

Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes

Psychometric properties of the Eating Attitudes Test (EAT- 26) in a non-clinical sample of adolescents

DOI: DOI 10.18270/chps.v19i2.3141

Recibido: 29-06-2020 **Aceptado:** 05-08-2020

<https://revistas.usb.edu.co/index.php/UJR>

Lugo-Salazar Kenia Jocelyne

Universidad Autónoma de Baja California

E mail: kenia.lugo@uabc.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0007-466X>

Pineda-García Gisela

Universidad Autónoma de Baja California

E mail: gispineda@uabc.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9873-1589>



Copyright: ©2019.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial- NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0)

Declaración de disponibilidad de datos: Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

Conflicto de intereses: Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar las propiedades psicométricas del Test de actitudes alimentarias (EAT-26) en una muestra de estudiantes de educación media superior sin diagnóstico clínico para los trastornos de conducta alimentaria. La muestra estuvo conformada por 1,337 estudiantes (n= 604 hombres, n= 733 mujeres) entre 14 y 20 años ($\bar{x}=15.93$ D.E.=1.07). El EAT-26 se aplicó en nueve escuelas distribuidas en todas las delegaciones de Tijuana. El test se completó dentro del horario académico y en las instituciones correspondientes. Los resultados muestran que la versión en castellano del instrumento tiene una consistencia interna de $\alpha = .82$. A diferencia de la escala original, que cuenta con cuatro factores, esta versión presentó una estructura de siete factores que explican el 55.78% de la varianza total, los cuales fueron: preocupación por la comida ($\alpha=.82$), dieta ($\alpha=.69$), bulimia ($\alpha=.60$), presión social percibida ($\alpha=.60$), anorexia ($\alpha=.58$), atracones ($\alpha=.55$) y conducta ante los alimentos ($\alpha=.31$). Se puede concluir que esta versión del EAT-26 posee buenas propiedades psicométricas y es útil para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Tijuana.

Palabras clave: propiedades psicométricas, EAT-26, confiabilidad, análisis factorial

Abstract

The aim of this investigation was to evaluate the psychometric properties of the Eating Attitude Test-26 (EAT-26) in a sample of high school students without clinical diagnosis for eating disorders. The sample was constituted by 1,337 students (n = 604 men, n = 733 women) between 14 and 20 years old ($x = 15.93$ SD = 1.07). The EAT-26 was applied in nine schools distributed in all the Tijuana delegations. The participants filled out the scale during the academic schedule at school. Results showed that the current version of the instrument has an internal consistency of $\alpha = .82$. Unlike the original scale -which comprises four factors-, the current version presented a structure of seven factors that explain 55.78% of the total variance. These factors were: concern about food ($\alpha = .82$), diet ($\alpha = .69$), bulimia ($\alpha = .60$), anorexia ($\alpha = .58$), perceived social pressure ($\alpha = .60$), binge eating ($\alpha = .55$), and behavior towards food ($\alpha = .31$). It can be concluded that the EAT-26, in its Spanish version, has good psychometric properties and it is useful for evaluating the risk of eating disorders in Tijuana adolescents.

Key words: psychometric properties, EAT-26, reliability, factor analysis.

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se clasifican en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de conducta alimentaria no especificados. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y se subdivide en dos tipos: restrictivo y compulsivo/purgativo. En el primero, la pérdida de peso se encuentra asociada a las dietas, ayunos o ejercicio físico intenso; así mismo, en los episodios restrictivos, no se presentan atracones ni purgas; en el subtipo restrictivo/purgativo, existen episodios de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas (e.g. vómito provocado, abuso de fármacos laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo); más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observan en mujeres, con un promedio de edad de inicio a los 17 años (American Psychiatry Association, 2013).

Por otra parte, la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso; para realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben aparecer, en promedio, dos veces a la semana durante 3 meses. La bulimia nerviosa se subdivide en dos tipos: purgativo y no purgativo. En el primero, existen cuadros clínicos, en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio; en el tipo no purgativo se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas (e.g. ayunar o practicar ejercicio intenso), sin incurrir en el vómito o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (American Psychiatry Association, 2013).

Tener un trastorno de conducta alimentaria no es exclusivamente una condición conductual relacionada con la comida o preocupaciones incontrolables, sino que trae consigo otras complicaciones físicas como desnutrición, pancreatitis, hematemesis, hemorragia digestiva, hipopotasemia, afecciones cardíacas (Centro Nacional de Equidad de Género & Salud Reproductiva, 2004), e incluso puede llevar a la muerte a quienes no reciben el tratamiento adecuado (Mérica & López, 2013; Vargas, 2013).

La investigación de los trastornos de conducta alimentaria ha avanzado en las últimas décadas (León, Gómez-Peresmitré & Platas, 2008). Se ha descubierto que la preocupación por la apariencia física va en aumento; así mismo, se cree que “un cuerpo perfecto” traerá beneficios, lo cual promueve nuevas necesidades, dirigidas a la obtención de ideales estéticos en la sociedad (Valdés, Lagos, Gedda, Millapy & Webar 2013). Además, las investigaciones cualitativas también han aportado al campo científico de los trastornos de conducta alimentaria. En este punto, cabe mencionar la investigación de Andrade (2009), quien presentó el caso de un joven con diagnóstico de anorexia nerviosa, y así expuso la vulnerabilidad de los hombres jóvenes ante los trastornos de conducta alimentaria.

La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria se ha estudiado en hombres y mujeres. Esta va desde el 10.1%, hasta el 30.1% en diferentes partes del continente americano y europeo. La investigación ha involucrado muestras de adolescentes entre 13 y 18 años, así como adultos jóvenes entre 18 y 23 años (Martínez-González et al, 2014; Ponce et al, 2017; Álvarez-Malé, Bautista & Serra, 2015; Upadhyah, Misra, Parchwani & Maheria, 2014; Fajardo, Méndez & Jauregui, 2018).

Nuño-Gutiérrez, De la Rosa & Unikel-santoncini (2009) observaron a 1,134 estudiantes de primer y segundo año de educación media superior de Guadalajara. Los autores aplicaron instrumentos para evaluar autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre, estrés y conductas alimentarias de riesgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo de los participantes: la preocupación por engordar, la sensación de falta de control al comer y ayunar, el seguimiento de dietas y la realización de ejercicio para bajar de peso, fueron mayores en las mujeres. En cuanto a los hombres, la práctica de vómito fue superior; por lo tanto, los autores concluyeron que las conductas alimentarias de riesgo eran mayores en las mujeres. En este caso, la prevalencia fue de 10.3% en mujeres y de 2.8% en hombres.

Las conductas alimentarias de riesgo estudiadas por Unikel-Santoncini et al. (2010) mediante un instrumento validado para mujeres mexicanas, señala que existe una prevalencia de 6.8% de conductas alimentarias de riesgo a un nivel alto y un 14.2% de prevalencia respecto a las conductas alimentarias con un nivel moderado; la muestra de estudio fue de 4,358 mujeres de 15 a 19 años que estaban inscritas en escuelas preparatorias públicas de 17 localidades urbanas de la República Mexicana. Si bien esta no es una muestra representativa del país, sirve para conocer el estado de las conductas alimentarias de riesgo en México.

Al comparar las regiones, los autores encontraron que existían diferencias estadísticamente significativas: las conductas alimentarias de riesgo a un nivel alto con mayor prevalencia se encontraron en el Estado de México, con 12.1%, mientras que la prevalencia más baja se halló en Aguascalientes, con 2.1%. Respecto a las conductas alimentarias de riesgo a un nivel moderado, la región norte presentó las puntuaciones más elevadas, tanto para las conductas alimentarias de riesgo a un nivel moderado (17.2%) como para las conductas alimentarias de riesgo a un nivel alto (9.7%). La región centro-occidente obtuvo el segundo lugar, con 15.1%, mientras que el tercer lugar pertenece a la región centro, con 8%, y el cuarto lugar, a la región sur-sureste, con 4.5%.

Por otra parte, Mérida & López (2013) aplicaron el *Inventario de trastornos alimentarios* con adolescentes de ambos sexos, con el fin de encontrar prevalencia y correlación entre los trastornos de conducta alimentaria, ansiedad y depresión. Los autores contaron con muestra de 1,173 estudiantes adolescentes, inscritos a escuelas de la ciudad de La Paz. Se halló que el 2.9% de los participantes presentaron trastorno de conducta alimentaria y, de estos, 1.5%, anorexia, y 1.4%, bulimia. Además, se encontró una mayor presencia de trastorno de conducta alimentaria en mujeres que en hombres. Finalmente, se halló que el 6.9% de los participantes estaba en riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria.

Respecto a la validación de instrumentos en México, Paredes, Álvarez-Rayón & Ramírez (2011) realizaron una revisión de la literatura, donde se encontró que, en 2011, existían 16 instrumentos validados, de los cuales cinco son de origen nacional. En esta revisión, los autores señalan que la información sobre la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria ha aumentado considerablemente, así como la amplitud de la población estudiada. Así mismo, exponen que anteriormente los estudios de este trastorno se enfocaban en las mujeres, mientras que actualmente la investigación se enfoca en ambos géneros.

En este punto, cabe mencionar el estudio de Unikel-santoncini & Bojórquez-chapela (2004), quienes validaron en la ciudad de México un cuestionario de conductas alimentarias de riesgo

con dos muestras de estudio conformadas por mujeres: la primera estaba constituida por jóvenes con diagnóstico de trastorno alimentario, y la segunda, por estudiantes de nivel medio y medio superior. Los investigadores concluyeron que el instrumento es una opción confiable y válida para la evaluación de conductas alimentarias de riesgo ya que presentó una alta confiabilidad ($\alpha=0.83$) y una varianza explicada de 64.7%.

El Inventario de trastornos alimentarios es otro instrumento validado en México por Unikel-Santoncini, Bojórquez, Carreño & Caballero (2006). En este estudio se hizo la eliminación de 12 reactivos dado que el análisis factorial lo proponía así según las cargas de cada factor. El instrumento final abarca 6 factores y está integrado por 36 reactivos, los cuales presentaron una consistencia interna de .92 y una estructura que explica el 56% de la varianza total. Los autores concluyeron que este instrumento distingue adecuadamente las conductas de tipo bulímico y evita el sesgo con la anorexia nerviosa restrictiva.

Además, en México, también se ha aplicado la Encuesta Nacional de la Juventud de Ávila-Sánchez y Jáuregui (2015), quienes encontraron una prevalencia de por lo menos un comportamiento de riesgo alimentario en jóvenes de ambos sexos de Nuevo León; así mismo, señalan que las mujeres son quienes tienen un mayor riesgo.

En este orden de ideas, cabe mencionar la validación, en hombres y mujeres, del Test de actitudes alimentarias en su versión extendida (EAT-40). Saucedo (2004) validó el instrumento con hombres mexicanos, y este presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.72$). Así mismo, se obtuvieron cinco factores del instrumento: preocupación por la delgadez ($\alpha= 0.70$), presión social percibida ($\alpha= 0.59$), conductas restrictivas y de tipo compensatorio ($\alpha= 0.49$), control alimentario y ejercicio ($\alpha= 0.48$) y estilos alimentarios ($\alpha= 0.55$); con dichos resultados, Saucedo (2004) concluye que el EAT- 40 es un instrumento eficaz para evaluar signos y síntomas de trastorno alimentario al ser aplicado a hombres de 13 a 18 años. Álvarez-Rayón, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz & Gómez-Pérez-Mitré (2004) se encargaron de la validación de este mismo instrumento con mujeres mexicanas. En este caso, el test presentó una consistencia interna de .72 para una muestra no clínica y .76 para una muestra de mujeres con trastorno alimentario. El análisis factorial presentó siete factores: motivación para adelgazar, evitación de comida engordante, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesión y compulsiones, patrones y estilos alimentarios estereotipados y conductas compensatorias; estos factores explicaron el 37.2% de la varianza.

En su versión reducida, el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) tiene buenas propiedades psicométricas en su versión original (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). sin embargo, esta versión no tiene validación en población mexicana de la frontera noroeste, por lo que surge la necesidad de realizar esta investigación; se ha encontrado que el instrumento mantiene propiedades psicométricas adecuadas en poblaciones distintas a la original en otros estudios (Véloso, Pronk, Santos, Gouveia & Cavalcanti, 2010; Constaín, Ramírez, Rodríguez-gázquez, Gómez, Marín & Agudelo, 2014; Constaín, Rodríguez-gázquez, Ramirez-Jiménez, Gómez, Cardona & Cardona-Vélez, 2016).

Con base en la revisión anterior, el objetivo principal de la presente investigación es determinar las propiedades psicométricas del Test de actitudes alimentarias en su versión reducida (EAT-26) con población adolescente de la frontera noroeste de México; y como objetivo secundario se presentará la prevalencia del riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

Método

Diseño

Esta investigación es de enfoque cuantitativo de tipo instrumental, dirigida al estudio de las propiedades psicométricas del Test de actitudes alimentarias en su versión reducida (EAT-26).

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico, conformada por 1,337 estudiantes hombres y mujeres de escuelas públicas (66%) y privadas (34%) de las nueve delegaciones de Tijuana, de los cuales $n=733$ corresponde a mujeres y $n=604$, a hombres; el rango de edad fue de 14 a 20 años ($\bar{x}=15.93$ D.E.=1.07). Dentro de los criterios de inclusión se encuentran: estar inscritos en alguna de las escuelas participantes, tener entre 14 y 20 años, y participar de forma voluntaria en la investigación.

Instrumento

El Test de actitudes alimentarias, versión reducida (EAT-26) (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) es una escala multidimensional de auto reporte que evalúa los dominios: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral; esta escala es utilizada para evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria, incluyendo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El test registra la frecuencia de actividades y pensamientos en una escala tipo Likert de seis puntos: 1= Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5= Casi siempre, 6= Siempre. Este instrumento fue seleccionado debido a que no sólo sirve para casos clínicos, sino que también es útil para identificar trastornos alimentarios en muestras no clínicas. El EAT-26 en su versión original (Garner et al., 1982) ha sido traducido al castellano en diferentes investigaciones (Morán, Cruz & Iñárritu, 2009; Fischer & Prieto, 2016); además, es conocido a nivel internacional como una herramienta conveniente para identificar preocupaciones, actitudes y conductas relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria (Constaín et al. 2014; Rivas, Bersabé, Jiménez & Berrocal, 2010).

Procedimiento

Los autores manifiestan que se siguieron las recomendaciones del comité de bioética de la Universidad Autónoma de Baja California. Así mismo, se procedió con la aplicación de instrumentos hasta obtener la aprobación de dicho comité.

Se realizó el contacto con las nueve escuelas, y se entregó una carta de presentación dirigida por la Universidad Autónoma de Baja California para solicitar la autorización para así proceder con la aplicación del instrumento. Una vez obtenido el permiso, se informó a los participantes voluntarios sobre el objetivo del estudio y la confidencialidad de la información. Tras obtener el consentimiento y asentimiento informado, los participantes completaron el instrumento en una sesión conjunta, la cual se realizó en aulas y auditorios de cada institución educativa durante el horario académico. Se siguieron los lineamientos para investigaciones no intrusivas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Los autores declaran que han seguido los protocolos adecuados en el manejo de la información tanto en la recepción, codificación y publicación de datos, además todas las instituciones de educación media superior y los estudiantes han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

El procesamiento de los datos fue realizado con el programa SPSS para Windows (versión 25.0). Para evaluar la validez de constructo del instrumento, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados y una rotación Oblimin con normalización Kaiser; se tomó en cuenta que las cargas fueran mayores a .3. A mayor carga factorial del reactivo, se determinó a qué componente pertenece. Para evaluar la pertinencia del análisis factorial, se estimó el estadístico de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del método basado en una sola aplicación de la prueba, identificando específicamente la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach de la prueba completa y por

subescalas. Además, se realizó el análisis de confiabilidad por mitades, con la correlación entre formas y el coeficiente de dos mitades de Guttman, y finalmente la revisión de afectaciones negativas al Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Resultados

Los valores de asimetría y curtosis fueron de 2.34 y 7.6, respectivamente; esto indica que los datos no tienen una distribución normal, ya que se encuentran cargados a la izquierda, con una curva leptocúrtica. El examen de la matriz de correlaciones de los 26 ítems indicó que la cantidad de datos fue adecuada para el análisis factorial; la prueba de esfericidad de Bartlett = 8979.541, con una $p < .001$, mientras que la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = .875.

La estructura factorial de la matriz de correlación del EAT-26 identificó siete factores integrados por 19 reactivos; sin embargo, los reactivos “vómitos después de haber comido” y “tengo el impulso de vomitar después de las comidas” se agruparon en un factor, pero al no cumplir con la cantidad de reactivos mínimos, el factor fue eliminado, al igual que el reactivo “me gusta que mi estómago esté vacío”, ya que formaba otro factor. Por lo tanto, el análisis arrojó cinco factores, los cuales fueron integrados por 16 reactivos; estos últimos fueron distribuidos de a 3 o 4 por cada factor. Los factores resultantes fueron: preocupación por la comida, con 4 reactivos; dieta, con 3 reactivos; presión social percibida, con 3 reactivos; atracones, con 3 reactivos; y anorexia, con 3 reactivos (Tabla 1). Los reactivos “tomo más tiempo que otros para comer mis comidas”, “le dedico demasiado tiempo y pensamiento a la comida”, “evito comer cuando tengo hambre”, “corto mi comida en pedazos pequeños”, “muestro autocontrol alrededor de la comida”, “me encuentro preocupado por la comida” y “disfruto probando nuevas comidas ricas” no se integraron en ningún factor, dado que no cumplieron con la carga factorial necesaria.

Tabla 1

Análisis factorial exploratorio del EAT-26 aplicado a estudiantes adolescentes

Reactivos	Factores				
	Preocupación por la comida	Dieta	Presión social percibida	Atracones	Anorexia
Estoy preocupado con el deseo de ser más delgado	0.766				
Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo	0.738				
Estoy aterrizado por el sobrepeso	0.726				
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	0.614				
Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que como		0.612			
Evito especialmente los alimentos con un alto contenido de carbohidratos (es decir, pan, arroz, patatas, etc.)		0.572			
Me dedico a un comportamiento de dieta		0.320			
Siento que otros me presionan para comer			0.650		
Siento que otros preferirían si yo comiera más			0.584		
Otras personas piensan que soy demasiado delgada			0.559		
He seguido comiendo atracones donde siento que no puedo parar				0.639	
Siento que la comida controla mi vida				0.547	

Me siento extremadamente culpable después de comer	0.414
Me siento incómodo después de comer dulces	-0.580
Evitar alimentos con azúcar en ellos	-0.556
Yo como alimentos dietéticos	-0.465

Método de extracción: cuadrados mínimos no ponderados.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

Los cinco factores resultantes explican el 36.6% de la varianza total; el primer factor explicó el 21.23% de la varianza, siguiéndole los factores 2, 3, 4 y 5, los cuales explican el 5.12%, el 4.85%, el 2.13% y el 1.91%, respectivamente.

La confiabilidad total del instrumento con los 16 reactivos arrojados por el análisis factorial fue de $\alpha = .80$ según el coeficiente de Pearson. Por factores, esta se percibió así según cada factor: preocupación por la comida ($\alpha = .82$), dieta ($\alpha = .62$), presión social percibida ($\alpha = .59$), atracones ($\alpha = .66$) y anorexia ($\alpha = .60$). El análisis de confiabilidad por mitades arrojó una correlación entre formas de .568 y el coeficiente de dos mitades de Guttman fue de .659. En la Tabla 2, se encuentran las alfas si se elimina el elemento. Se puede corroborar que las alfas no tienen un cambio importante si se elimina algún reactivo. No obstante, en algunos casos, sufren afectaciones, lo que reafirma los hallazgos de consistencia de la escala.

Tabla 2

Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Reactivos	Alfa de Cronbach
Estoy aterrorizado por el sobrepeso	.780
Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo	.776
Estoy ocupado con el deseo de ser más delgado	.778
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.785
Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que como	.802
Evito especialmente los alimentos con un alto contenido de carbohidratos (es decir, pan, arroz, patatas, etc.)	.795
Me dedico a un comportamiento de dieta	.790
Siento que otros preferirían si yo comiera más	.803
Otras personas piensan que soy demasiado delgada	.823
Siento que otros me presionan para comer	.796
He seguido comiendo atracones donde siento que no puedo parar	.799
Siento que la comida controla mi vida	.797
Me siento extremadamente culpable después de comer	.790
Me siento incómodo después de comer dulces	.786
Evitar alimentos con azúcar en ellos	.798
Yo como alimentos dietéticos	.799

Respecto a la prevalencia, con el análisis propuesto de 16 reactivos, en la muestra total se identificó un 3.4% de riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria; este fue de 1.3% en los hombres y de 5.2% en las mujeres.

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue conocer las propiedades psicométricas del EAT-26 en adolescentes de la frontera noroeste de México, y el objetivo secundario fue presentar la prevalencia del riesgo de trastornos de conducta alimentaria en la muestra de estudio.

En relación con el primer objetivo, se encontró que la escala presentó un nivel adecuado de confiabilidad ($\alpha = .80$), coincidiendo con los hallazgos en otras poblaciones en Latinoamérica, como el caso de un estudio con mujeres colombianas, donde se tiene un $\alpha = .92$ (Constaín, et al., 2014) y un $\alpha = .89$ en hombres de la misma nacionalidad (Constaín, et al. 2016). Por otro lado, en hombres y mujeres españoles se tiene $\alpha = .79$ (Velooso et al., 2010); al comparar estos resultados con el $\alpha = .90$ obtenido originalmente (Garner, et al., 1982) y con los resultados de $\alpha = .80$ obtenido en esta investigación, se considera que la aplicación del instrumento es adecuada porque mantiene una buena consistencia interna en diversas poblaciones; y esto no sólo se da en comparación con el alfa en otras aplicaciones, sino que en la presente investigación también existe afectación negativa del instrumento y cambios no importantes en caso de eliminar elementos, lo cual establece una buena integración en los cinco factores propuestos con los 16 reactivos.

Se encontró una estructura factorial para el instrumento de cinco componentes en una muestra de estudiantes de bachillerato de ambos sexos; los cinco factores obtenidos fueron nombrados de acuerdo a la teoría sobre las definiciones diagnósticas: preocupación por la comida, dieta, presión social, atracones y anorexia. Las estimaciones de consistencia interna para las subescalas, así como la puntuación total, fueron moderadas con todas las alfas superiores a $.55$ (Coolican, 2005; Kerlinger & Lee, 2000).

En varias investigaciones, incluida esta, que analizan las propiedades psicométricas del EAT-26, se han encontrado diferencias respecto a los factores originales y al mantenimiento de los reactivos del instrumento; sin embargo, todas concluyen que el instrumento es adecuado para medir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria. De hecho, en Brasil, De Sousa, Soares, De Sousa, Aparecida & Caputo (2016) establecieron que el EAT- 26, aplicado a hombres adolescentes, tiene una estructura unifactorial que incluye todos los reactivos (26 elementos); esta estructura unifactorial explica el 32.8% de la varianza total y presenta una consistencia interna de $\alpha = .88$; también, encontraron que la prueba correlacionó con medidas de evaluación de insatisfacción corporal y discriminó entre diferentes estratos de IMC, por lo cual los autores consideran que quedan demostradas una adecuada consistencia interna y reproducibilidad de la prueba con la muestra estudiada.

Así mismo, Fischer & Prieto (2016) señalan la utilidad del EAT- 26; encontraron que la prueba con hombres y mujeres paraguayos presenta una estructura unifactorial, al igual que en el estudio por De Sousa et al. (2016). Sin embargo, Fisher y Prieto proponen la utilización de 18 reactivos y 3 categorías de respuesta en lugar de los 26 reactivos y las 6 categorías de respuestas originales dado que así lo arrojaba el modelo aplicado, el cual explica el 39% de la varianza total y tiene un coeficiente de confiabilidad de $ISR = .98$ (confiabilidad de separación del ítem).

En otro estudio realizado en España por Velooso et al. (2010), el Test de actitudes alimentarias (EAT- 26), aplicado a hombres y mujeres, presentó una estructura factorial compuesta por tres factores que incluyen 12 reactivos. Esta estructura explica el 40.2% de la varianza total y se encontró una alfa de $.79$. Con dichos resultados, los autores señalan la eficacia del EAT-26 para la detección precoz de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres españoles.

Al comparar las propiedades psicométricas obtenidas en la presente investigación con los resultados en otras poblaciones, incluyendo el estudio original, es evidente que el instrumento no solo tiene una estructura distinta según las poblaciones, sino que aun con esas diferencias,

que podrían deberse a las divergencias culturales que caracterizan a cada nación e incluso a cada subcultura dentro de un país, el instrumento tiene buenos estadísticos, mantiene una adecuada consistencia interna y explica un nivel de varianza aceptable.

Según las investigaciones presentadas, el alfa mínima encontrado es de .79 y el máximo, de .90. El alfa del presente estudio ($\alpha = .80$) se encuentra dentro de ese rango y es considerado elevado según diversos autores (Hernández- Sampieri & Mendoza, 2018; Coolican, 2005; Kerlinger & Lee, 2000). Respecto a la varianza explicada, los extremos encontrados van de 32.8% a 40.2%; en el presente estudio, la varianza explicada está dentro de ese rango (36.6%), por lo que se considera adecuada y persistente.

Aunque existen diferencias en la estructura factorial de los instrumentos, en comparación con el estudio original y los diferentes análisis con poblaciones de otros países, los resultados presentados permiten concluir que el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) es un instrumento útil para evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en muestras no clínicas de adolescentes de la frontera noroeste de México; esto obedece a los valores asociados a sus propiedades psicométricas, tanto en la permanencia de un coeficiente de confiabilidad elevado como en una varianza explicada muy similar entre estudios.

Para futuros estudios, se recomienda integrar una muestra de pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa para la evaluación de las propiedades psicométricas, así como trabajar con muestras probabilísticas.

Respecto a la prevalencia del riesgo de trastorno de conducta alimentaria, se encontró que el 3.4% de la muestra tiene este riesgo, porcentaje inferior al presentado por Nuño-Gutiérrez (2012), donde se encontró una prevalencia total de conducta alimentaria de riesgo de 7.2% (2.8% para hombres y 10.3% para mujeres). Estos resultados también son diferentes a los encontrados un año después por Unikel-Santoncini et al. (2010), donde la zona norte obtuvo un 9.7% para las conductas alimentarias de riesgo a un nivel alto; aun con estas discrepancias, que podrían deberse a los momentos de estudio, a la metodología o al instrumento utilizado, es importante enfatizar que se tiene estabilidad en la prevalencia según el sexo. Si bien las mujeres presentan mayor riesgo, los hombres no están exentos; aunque inferior, la prevalencia es existente (Mérida & López, 2013; Ávila-Sánchez & Jauregui, 2015).

En este estudio se pudo evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos. Así mismo, se determinó la funcionalidad del Test de actitudes alimentarias en su versión reducida (EAT- 26) por las adecuadas propiedades psicométricas encontradas. Por lo anterior, se invita a la comunidad científica a utilizar este instrumento para evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en población adolescente mexicana y replicar los análisis para seguir confirmando la utilidad del instrumento.

Referencias

- American Psychiatry Association (2013). Feeding and eating disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista Castaño, I., & Serra Majem, L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canarias. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2283-2288. <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8583.pdf>
- Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M. & Gómez-Pérez-Mitré, G. (2004). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, 19 (1), 47-56. https://www.researchgate.net/publication/275273573_Evaluacion_de_las_propiedades_psicometricas_del_Test_de_Actitudes_Alimentarias_EAT-40_en_mujeres_mexicanas

- Andrade, T. F. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (3), 454-468. <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n3/v12n3a03.pdf>
- Ávila-Sánchez, M. & Jáuregui, A. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo León. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.002>
- Centro Nacional de Equidad de Género & Salud Reproductiva. (2004). *Guía trastornos alimentarios*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología (3th ed.)*. México: Manual Moderno.
- Constaín, G. A., Ramírez, C. R., Rodríguez-gázquez, M. D. L. Á., Gómez, M. Á., Marín, C., & Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín. *Atención Primaria*, 46 (6), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Constaín, G. A., Rodríguez-gázquez, M. D. L. Á., Ramirez-Jiménez, G. A., Gómez, G., Cardona, L. & Cardona Vélez, J. (2016). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín. *Atención Primaria*, 49 (4), 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- De Sousa, L., Soares, A., De Sousa, S., Aparecida, M. & Caputo, M. (2016). Psychometric qualities of the Eating Attitudes Test (EAT-26) for Brazilian Male Adolescents. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (3), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e323220>
- Fajardo, E., Méndez, C., & Jauregui, A. (2018). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá - Colombia. *Revista Med*, 25 (1), 46–57. <https://doi.org/10.18359/rmed.2917>
- Fischer, R. & Prieto, G. (2016). Análisis del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo Rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16 (1), 5–16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855294>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12 (4). 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- García-Padilla, A. K. (2017). Análisis Psicométrico del Staxi-2 Y MI-Staxi en Adultos del Área Metropolitana de Bucaramanga. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 16(2), 33-44. <https://doi.org/10.18270/chps.v16i2.1972>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza. C.P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta*. México: Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2000) *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales (4ta ed.)* México: Mc Graw Hill.
- León, R., & Gómez-Peresmitré, G., & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31 (6), 447-452. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212099004.pdf>
- Martínez-González, L., Villa, T. F., De La Torre, A. J. M., Pérez, C. A., Cavanillas, A. B., Álvarez, R. C. & Sánchez, V. M. (2014). Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: UniHcos project | Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30 (4), 927–934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
- Mérida, C., & López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Psicología*, 10, 69–85. http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n10/n10_a07.pdf

- Morán, I. C., Cruz, V. & Iñárritu, M. C. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 72 (2), 68-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092c.pdf>
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Rosa, A. C., & Unikel-santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según el sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61, 286–293. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41069>
- Paredes, K. F., Álvarez-Rayón, G. L. & Ramírez, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 148–164. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n2/v2n2a9.pdf>
- Ponce, C., Turpo Espinoza, K., Salazar Pérez, C., Viteri-Condori, L., Carhuancho Aguilar, J., & Taype Rondan, Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (3), 552–563 <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n4/spu06417.pdf>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1044-1056. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Saucedo, I. A. (2004). Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. [Tesis de Licenciatura]. México: FES Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo (5ta ed.)*. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Unikel-santoncini, C. & Bojórquez-Chapela, I. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46 (6), 509–515. <https://www.scielo.br/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>
- Unikel-Santoncini, C., Bojorquez, I., Carreño, S. & Caballero, A. (2006). Validación del eating disorder inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud mental*, 29 (2), 44-51. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n2/0185-3325-sm-29-02-44.pdf>
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., De la Rosa, A., Saucedo-Molina, T., Trujillo Chi Vacuán, E., García-Castro, F. & Trejo-Franco J. (2010) Conductas alimentarias de riesgo : prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 424–432. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
- Upadhyah, A., Misra, R., Parchwani, D., & Maheria, P. (2014). Prevalence and risk factors for eating disorders in Indian adolescent females. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 4 (2), 153. <https://doi.org/10.5455/njppp.2014.4.041220131>
- Valdés, P.; Lagos, R.; Gedda, R.; Cárcamo, E.; Millapy, C. & Webar, M. (2013). Prevalencia de Vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, N° 14 (2), 7-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5256/525657741002>
- Vargas, J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica LXX*, (607), 475-482. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Veloso, V., Pronk, S., Santos, W., Gouveia, R. & Cavlacanti, J. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (1), 28. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>