



Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q): adaptación de una versión breve en muestras colombianas.

Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q): adaptation of a brief version with a Colombian sample.

Autores

Juanita Jaramillo-Muñoz¹
 Carolina Naranjo Luque¹
 Manuela Bernal Cundy¹
 Fernando Riveros Munévar¹

¹ Universidad de La Sabana, Chía-Cundinamarca, Colombia.

Autor de correspondencia:
 Fernando Riveros Munévar
edgar.riveros@unisabana.edu.co

Recibido: 04-08-25
 Aceptado: 25-02-26

Cómo citar en APA

Jaramillo-Muñoz, J., Naranjo Luque, C., Bernal Cundy, M., & Riveros Munévar, F. (2026). Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q): adaptación de una versión breve en muestras colombianas. *Retos*, 78, 552-564. <https://doi.org/10.47197/retos.v78.117329>

Resumen

Introducción: las problemáticas de la conducta alimentaria requieren de herramientas objetivas de evaluación, más allá de un criterio diagnóstico (hay conductas de riesgo que no configuran un trastorno pero sí requiere atención temprana). Para ello está la Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q), pero no hay estudios que la adapten al contexto colombiano.

Objetivo: este estudio pretendió adaptar el instrumento S-EDE-Q (Peláez-Fernández et al., 2012) con una muestra colombiana.

Metodología: participaron 538 colombianos (estudio 1 = 262, estudio 2 = 276). En el estudio 1 se realizó prueba piloto para verificar el vocabulario y análisis factoriales exploratorios, en el estudio 2 se hicieron ajustes derivados del estudio 1, y nuevamente análisis factoriales y de fiabilidad.

Resultados: el tipo de respuesta y la temporalidad influyen en la validez de la prueba (la estructura inicial daba dos factores, uno de los reactivos de 3 meses y el otro reunía los ítems de 28 días), por tanto se unificó la forma de respuesta y la temporalidad a los últimos 3 meses. Esta nueva versión, entendiendo cuatro subpruebas independientes presenta adecuados indicadores de fiabilidad ($\alpha = .85-.93$; $\omega = .89-.90$) y bondad de ajuste de los modelos (CFI = .965-.999; TLI = .930-.999; SRMR = .011-.065).

Conclusiones: el S-EDE-Q es una batería válida de cuatro dimensiones (restricción, preocupación por comer, por la forma, y por el peso) para el tamizaje de conductas alimentarias. Se propone la elaboración de una versión breve (de 33 reactivos) para Colombia.

Palabras clave

Colombia; cuestionarios; psicometría; trastornos de la conducta alimentaria; validación de pruebas.

Abstract

Introduction: Eating behavior issues require objective assessment tools that go beyond diagnostic criteria, (as risk behaviors may not constitute a full disorder but still require early intervention). The Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q) is available for this purpose; however, there are no studies adapting it to the Colombian context.

Objective: This study aimed to adapt the S-EDE-Q instrument (Peláez-Fernández et al., 2012) in a Colombian sample. **Methodology:** A total of 538 Colombians participated (Study 1 = 262, Study 2 = 276). In Study 1, a pilot test was conducted to verify vocabulary, followed by exploratory factor analyses. In Study 2, adjustments derived from Study 1 were implemented, followed by further factors and reliability analyses.

Results: The response type and timeframe influenced the validity of the test (the initial structure yielded two factors: one for 3-month items and another for 28-day items); therefore, the response format and timeframe were unified to the last 3 months. This new version, comprising four independent subtests, shows adequate reliability indicators $\alpha = .85-.93$; $\omega = .89-.90$ and model goodness-of-fit (CFI = .965-.999; TLI = .930-.999; SRMR = .011-.065).

Conclusions: The S-EDE-Q is a valid four-dimensional battery (restraint, eating concern, shape concern, and weight concern) for screening eating behaviors. The development of a short version (33 items) for Colombia is proposed.

Keywords

Colombia; eating disorders; evaluation methods; psychometrics; questionnaires.

Introducción

La conducta alimentaria se entiende como la ingesta de alimentos en una temporalidad particular (Torrres-Meza et al., 2022). La conducta alimentaria es mediada y se relaciona con factores de carácter externos donde no solo cumple con su objetivo de satisfacer necesidades alimenticias, sino que implica aspectos de orden biológicos, psicológicos, y socioculturales (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010). En esta línea, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son considerados alteraciones recurrentes de la alimentación o de los comportamientos relacionados que provocan deficiencias significativas en el funcionamiento en la salud física y psicosocial (Romero-Mesa et al., 2022). Estos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, y el trastorno por evitación y restricción de la ingesta, los cuales pueden presentarse en cualquier edad y estar presentes tanto en hombres como en mujeres, aunque se ha evidenciado mayor prevalencia en las mujeres jóvenes (Romero-Mesa et al., 2022).

Estudiar la conducta alimentaria es de suma importancia, ya que se ha identificado que los trastornos derivados cuentan con una alta tasa de mortalidad, y deben revisarse los diversos factores a su alrededor (Ayuzo-del valle y Covarrubias-Esquer, 2019), por ello es pertinente seguir interviniendo e investigando el fenómeno. Se ha evidenciado que los trastornos alimenticios tienen gran influencia en la función social y la calidad de vida de una persona: aparte de causar la alteración en la conducta alimentaria suele asociarse con mayores indicadores de ansiedad o fobia social (Bernal-Altamirano et al., 2022), depresión (Berrío et al., 2024), o experiencias adversas vitales, lo cual lleva a la afectación de la imagen corporal (Idini et al., 2021), alexitimia o mayores riesgos de conductas autolesivas o suicidas (Fiestas More, 2024; Solis, 2024), mientras que a nivel físico en cuanto a la talla, el peso y la salud en general. Es de tal importancia, que se ha evidenciado un aumento en la prevalencia de los TCA a nivel mundial, pasando del 7.8% al 35%, lo cual se relaciona directamente con el incremento en las tasas de mortalidad, de riesgo de suicidio y autolesión (Romero-Mesa et al., 2022). Las conductas alimentarias y los trastornos de dicha conducta alimentaria han sido de interés para la comunidad científica, desde hace décadas y en la actualidad, lo que sustenta la necesidad de su evaluación objetiva.

En el marco del deporte, las relaciones con las problemáticas de la alimentación son de alta importancia, dado que los estudios soportan que los atletas tienen altos riesgos de sufrir estas alteraciones. En esta línea la revisión de Pazmiño (2022) halló que los TCA afectan en alto grado a deportistas élite latinoamericanos y adolescentes, Hernández-Mulero y Berengüí (2016) encontraron altos niveles de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y ascetismo en mujeres deportistas, y mayor obsesión por la delgadez y perfeccionismo en deportistas con mayores niveles de identidad deportiva, Villamediana y Baile (2021) reportan en su revisión altas prevalencias también en deportistas y con mayores prevalencias en deportistas mujeres, y la asociación de factores deportivos (competencias, mejorías en el rendimiento, refuerzo de compañeros y entrenadores, y ciertos deportes que implican más importancia a la estética y la imagen), este último aspecto también hallado por Teixidor-Batlle et al (2019), Salas-Morillas et al (2022) refieren el riesgo de padecer TCA en gimnastas a mayor nivel competitivo, y la insatisfacción corporal y la presión del entorno sobre todo en el periodo de la adolescencia como factores de riesgo.

Si bien se cuenta con diversos instrumentos para la evaluación de la conducta alimentaria, la mayoría de estos instrumentos no tienen un enfoque general que permita evaluar la conducta alimenticia, y se centran en la presencia de un trastorno como tal, únicamente con una mirada diagnóstica. En esta línea, el Spanish Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q, Peláez-Fernández et al., 2012) siendo la versión española del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994), evalúa tanto conductas clínicas como la dieta, sobreingesta, laxantes, ejercicio excesivo entre otros, como la frecuencia de estos (14 ítems), y también evalúa patrones de restricción (5 ítems), preocupación con la comida (5 ítems), preocupación con la figura (8 ítems) y preocupación con el cuerpo (5 ítems). La escala resalta en la evaluación de estos cuatro componentes que pueden estudiarse tanto en condiciones de consulta y diagnóstico como en condiciones de evaluación en muestras comunitarias. A lo largo del tiempo diferentes estudios han evidenciado que el EDE-Q muestra una consistencia interna alta, adecuada validez convergente y discriminante (Fairburn & Beglin, 1994; Fairburn & Beglin, 2008).



Se han llevado varios estudios sobre la validez y fiabilidad del EDE-Q con muestras comunitarias, especialmente en estudiantes: Allen et al. (2011), con muestras universitarias australianas, realizó un análisis factorial confirmatorio, hallando un solo factor con 8 reactivos, y el cual obtuvo una alfa de Cronbach en el puntaje global de .93 y de .95. Los autores señalan un sesgo de mayor evaluación en mujeres. Por otro lado, Barnes et al. (2012) en el Reino Unido, obtuvo una muestra de 166 participantes con trastornos alimentarios y 403 universitarios sin dicho trastorno, realizando un análisis factorial confirmatorio donde se postuló que la escala presentaba tres factores (restricción, preocupación por comer, preocupación por el peso y la forma) quedando con 21 ítems, y se obtuvo un alfa de Cronbach bajo este modelo de .96, mismo hallazgo de factores en el estudio de Pliatskidou et al. (2013) en con muestras universitarias griegas, y Carey et al. (2019), también en Reino Unido, contó con una muestra de 1075 universitarios. En este último estudio también se realizó un análisis factorial confirmatorio, en el cual se estipula que ningún modelo presentó un ajuste adecuado y por lo tanto se tomó la determinación de realizar un análisis factorial exploratorio para realizar una evaluación adecuada sobre la estructura y de esta manera volverlo a someter a una AFC, encontrando también una distribución trifactorial (preocupación por la figura y peso, preocupación por comer, y restricción), finalmente, este obtuvo un alfa de Cronbach en la puntuación global para mujeres de .95 y para hombres de .94.

En Estados Unidos, Darcy et al. (2013) con una muestra de 1637 estudiantes universitarios, llevó a cabo un AFC que presentó un ajuste inadecuado para los 4 factores por lo tanto se procedió realizar un AFE, que arrojó 3 factores para mujeres no atletas (restricción por comer y evitación por la comida, preocupación por comer, y dieta restrictiva) y 2 para hombres no atletas (restricción por comer y evitación por la comida, y preocupación por comer). También en Estados Unidos, Franko et al., (2012) analizó las propiedades psicométricas del EDE-Q, con una muestra de 173 mujeres latinas universitarias, encontrando un alfa de Cronbach de .92, en este se realizó un AFC bajo el modelo de 4 factores, con un ajuste moderado, y Elder y Grilo (2007) evaluaron la confiabilidad del EDE-Q con mujeres latinas residentes en Estados Unidos (previo a un trabajo de traducción y retro traducción, y revisión lingüística) encontrando buen test-retest y asociaciones adecuadas con la versión aplicada por parte de los profesionales.

Respecto a población hispanohablante, Villarroel et al. (2011) en España, examinó la consistencia interna y validez convergente de la versión del EDE-Q, en castellano, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .95, y Peláez-Fernández et al. (2012) lleva a cabo una validación de una versión en español, denominada S-EDE-Q, trabajando con 1543 estudiantes, encontrando valores adecuados de fiabilidad (restricción = .86; preocupación por la comida = .75, preocupación por la imagen = .93, preocupación por el peso = .74), altos valores de sensibilidad (96.08) y especificidad (94.01), y correlaciones significativas con las dimensiones del EAT, lo que muestra adecuadas evidencias de validez y fiabilidad del S-EDE-Q. Machado et al. (2018), en Portugal, obtuvo una muestra de 2026 mujeres estudiantes de bachillerato entre los 12 y 23 años, ($M = 16.2$) y 2091 de mujeres universitarias entre los 17 y los 58 años, ($M = 21.7$), por último, se tuvo en cuenta una muestra clínica de 609 participantes con trastornos alimenticios entre los 11 y los 62 años ($M = 23.8$), en la cual 592 fueron mujeres y 17 hombres. En este estudio se estableció que el modelo de Grilo et al. (2015) de tres factores fue el que presentó mejor ajuste para las diferentes muestras y sus características.

Si bien hay algunos estudios que han utilizado el EDE-Q. Por ejemplo Figueroa et al. (2010) en Argentina lo utilizó para comparar adolescentes con diabetes tipo 1 con y sin trastornos de conducta alimentaria, o en México, Castillo et al. (2018) hicieron la adaptación de la escala Male Body Attitudes Scale (MBAS) junto con los análisis de validez convergente con la escala EDE-Q, no se hallan aproximaciones de la revisión de propiedades métricas, o adaptaciones a contexto latinoamericano de esta escala.

En conclusión, la conducta alimentaria y los trastornos derivados requieren de atención clínica y de herramientas de tamizaje que permitan, tanto evaluar las dificultades de dicha conducta en población comunitaria como tener medidas de seguimiento durante las intervenciones, el S-EDE-Q es una escala adecuada para ello, pero no se cuenta con estudios de adaptaciones o de propiedades métricas para el contexto latinoamericano ni específicamente colombiano, sustentando la presente investigación, que tiene como objetivo adaptar el Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q) en Colombia, proponiendo una versión validada culturalmente al contexto colombiano.

Método

Tipo de estudio

La presente investigación se entiende como un estudio cuantitativo de tipo psicométrico (Montero y León, 2007), dado que el objetivo del estudio está encaminado a probar la calidad métrica de una escala, en este caso el Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q), que implicó dos fases de manera transversal, en la primera el proceso de adaptación cultural y pruebas métricas preliminares (análisis de factores), y la segunda fase con análisis factoriales confirmatorios posteriores a los ajustes del estudio 1 y análisis de fiabilidad.

Participantes

Se contó con la participación de 538 colombianos, obtenidos por un muestreo no probabilístico por sujetos disponibles, tipo bola de nieve, como criterios de inclusión, debían ser colombianos, nacidos y residentes en el país, mayores de edad, y ser de muestras comunitarias (entendido ello como personas de la población general no clínica, sin diagnósticos psicológicos o psiquiátricos, ni condiciones médicas o del desarrollo que alteren sus capacidades cognitivas o físicas), se indagó sobre estos aspectos, y cualquier diagnóstico médico, psicológico o psiquiátrico se configuraba como un criterio de exclusión. Los participantes estuvieron divididos en dos estudios (esto debido a que inicialmente los hallazgos del estudio 1 plantearon ajustes para la escala, y en el estudio 2 se desarrollaron y probaron métricamente estos ajustes).

- Estudio 1: 262 colombianos, 80 hombres (30.53%) y 182 mujeres (69.46%), con edades entre los 18 y los 39 años (M = 21.41; DT = 3.58).
- Estudio 2: 276 colombianos, 70 hombres (25.36%) y 206 mujeres (74.64%), con edades entre los 18 y los 40 años (M = 23.09; DT = 5.24).

En ambos casos, se contactaba a los participantes por medio de canales institucionales y redes sociales y laborales del equipo de investigación, a quienes se les enviaba el formulario de recolección de datos, que incluía un resumen del estudio y su invitación a participar, el consentimiento informado (donde se explicaba el estudio indicando que se buscaba la adaptación de la escala al contexto colombiano, que su participación implicaba contestar la escala bajo condiciones de anonimato y confidencialidad, que los datos se utilizarían para una publicación científica relacionada a la calidad métrica del instrumento, que no existía riesgos directos ni indirectos pero si había algún malestar respecto a la aplicación podía detenerse sin problema o escribir a los investigadores, además se brindaba un folleto informativo sobre cuándo debe prestarse atención a la conducta alimentaria de manera clínica, y centros de atención), una ficha de datos demográficos, y el S-EDE-Q. Los participantes del estudio 1 se reclutaron en el primer semestre del 2023, y los participantes del segundo estudio en el segundo semestre de 2023.

Instrumento

El Spanish Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q, Peláez-Fernández et al., 2012), es una escala compuesta por 37 ítems que evalúa actitudes y conductas hacia la alimentación. Los ítems de actitud son tipo likert y evalúan conductas clínicas como la dieta, sobreingesta, laxantes, ejercicio excesivo entre otros, así como la frecuencia de estos (14 ítems), así como patrones de restricción (5 ítems), preocupación con la comida (5 ítems), preocupación con la figura (8 ítems) y preocupación con el cuerpo (5 ítems). En cuanto a la consistencia interna de la escala original (Peláez-Fernández et al., 2012), probada en estudiantes hispanohablantes en Madrid, España, con edades entre los 12 y 21 años, se identifican valores alfa de Cronbach superiores a .70 para las dimensiones anteriormente nombradas.

Procedimiento

Inicialmente se obtuvo la autorización para uso de la prueba y sus ajustes (Peláez-Fernández et al., 2012), seguido de la revisión gramatical de la traducción existente. Se reunió el 8 de octubre del 2022 un equipo de psicólogos clínicos bilingües con experticia en manejo clínico de trastornos emocionales y de conducta alimentaria de más de 10 años, a quienes se les pidió que revisaran la instrucción y cada

uno de los reactivos e indicaran si los reactivos efectivamente evaluaban comportamientos relacionados con la conducta alimentaria y si la escritura era comprensible para la población colombiana. Posteriormente, se realizó una prueba piloto el 10 de noviembre del 2022 para garantizar temas lingüísticos con 20 participantes (donde se les pedía evaluar la claridad y comprensión de la escala), y luego se llevaron a cabo las aplicaciones del estudio 1, los ajustes derivados de los resultados, la aplicación del estudio 2 y los análisis estadísticos correspondientes.

Es importante señalar que este estudio se acoge a los lineamientos propuestos por la ley 1090 del 2006 que regula el ejercicio del psicólogo en el contexto colombiano, la resolución 8430 que regula la investigación en salud, y los lineamientos de la declaración de Helsinki, bajo estos lineamientos a todos los participantes se les informó del objetivo de la investigación, procedimiento a realizar, riesgos y beneficios y se contó con la aceptación por medio del consentimiento informado. Igualmente, la recolección de datos fue anónima y confidencial y no se solicitaron datos que permitieran la identificación de los participantes y, como contraprestación, a todos los participantes se les entregó un folleto informativo sobre la conducta alimentaria y recursos en los que encontrar apoyo psicológico para esta problemática. Este estudio es derivado del proyecto “Factores de riesgo y protección asociados a conductas de riesgo y problemas que afectan la salud mental en niños y adolescentes”, con código PSIPHD-4-2023, y avalado por la Subcomisión de Investigación y Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Sabana, y financiado por la Universidad de La Sabana. Se explicó a los participantes el objetivo del estudio y la naturaleza del instrumento.

Análisis estadísticos

En el estudio 1, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), dada la ausencia de estructuras factoriales en Latinoamérica y con el fin de evidenciar la forma subyacente de organización de los reactivos, con un método de estimación de factores de mínimos cuadrados ponderados dada la presunción de interrelaciones de los factores, con extracción de dimensiones bajo análisis paralelo, y rotación tipo oblicua Promax dado el carácter ordinal de los reactivos (Lloret-Segura et al., 2014). En el estudio 2, tras los ajustes derivados del estudio 1, se llevaron a cabo análisis factoriales confirmatorios con modelos mimic bajo el paquete Lavaan, con estimadores de máxima verosimilitud robusta y errores estándar robustos (para subsanar los efectos que puedan tener las alteraciones de la normalidad multivariada, dado el carácter ordinal de las variables), esperando índices de ajuste (CFI, TLI, NNFI y GFI) superiores a .90 e ideales si son mayores a .95, e índices de error bajos (SRMR < .10) (Hair et al., 2014; Samperio-Pacheco, 2019), y finalmente análisis de fiabilidad alfa de Cronbach y Omega de McDonald para cada dimensión obtenida esperando valores mayores a .80, simulaciones de eliminación de reactivos para evaluar su consistencia interna (esperando afectaciones de estos valores en cada eliminación, como indicador de su aporte a la consistencia interna), y correlaciones ítem-ítem (se esperan correlaciones significativas, positivas y superiores a .30). Los análisis se realizaron a través del software estadístico Jasp, versión 18.3.

Resultados

Estudio 1

Respecto al análisis gramatical de la versión existente (Peláez-Fernández et al., 2012), el equipo independiente de psicología clínica refirió que los ítems eran comprensibles y evaluaban comportamientos relacionados con la conducta alimentaria. Asimismo, la prueba piloto demostró que la escala era clara y comprensible: el 100% de los participantes del piloto reportaron que tanto los ítems como la instrucción era fácil de entender y de responder. No se registran ajustes. Inicialmente se realizó el análisis factorial exploratorio, cuyos hallazgos se observan en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio.

	Factor 1	Factor 2	Unicidad
En los últimos 3 meses... [En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?]	1.05		.15



En los últimos 3 meses... [En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvestes o te duchas?]	.98		.12
En los últimos 3 meses... [En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?]	.98		.11
En los últimos 3 meses... [Ha influido tu figura en c.mo te has juzgado a ti mismo/a como persona?]	.95		.18
En los últimos 3 meses... [Ha influido tu peso en c.mo te has juzgado a ti mismo/a como persona?]	.95		.19
En los últimos 3 meses... [En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?]	.95		.17
En los últimos 3 meses... [En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?]	.70		.44
Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)	.55		.38
Cuántos días en los pasados 28 días... [Te has sentido gordo/a?]	.52		.29
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has sentido un fuerte deseo de perder peso?]	.50	.40	.29
En los últimos 3 meses... [En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?]	.44		.43
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?]	.40	.48	.32
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calor.as, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?]		1.00	.34
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?]		.90	.32
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?]		.90	.31
Cuántos días en los pasados 28 días... [Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?]		.73	.46
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?]		.71	.48
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?]		.64	.34
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has deseado que tu estómago esté vacío?]		.63	.43
Cuántos días en los pasados 28 días... [Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarse en cosas en las que estés interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?]		.61	.39
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has comido en secreto (exceptuando atracones)?]		.56	.60
Cuántos días en los pasados 28 días... [Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?]		.41	.44

Al revisar la agrupación obtenida en la tabla 1, si bien se esperaban cuatro factores, los datos mostraron dos dimensiones, que agrupaban todos los reactivos según la condición temporal, sea en los últimos tres meses o en los últimos 28 días. De igual forma, al revisar las formas de respuesta en cada dimensión, se halla que el factor 1 tiene siete alternativas (Ningún día, 1-5 días, 6-12 días, 13-15 días, 16-22 días, 23-27 días, o Todos los días) y el factor 2 reunió los reactivos de cuatro categorías de respuesta (nada en absoluto, levemente, moderadamente, y marcadamente). Lo anterior muestra la necesidad de homogeneizar el patrón de respuestas a un mismo espacio de tiempo (últimos tres meses para todos los ítems), y una sola forma de escalamiento de respuesta (se conserva la dimensión de días).

Estudio 2

Se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio replicando la estructura de cuatro factores (restricción, preocupación por comer, preocupación por la forma y preocupación por el peso), tras los ajustes derivados del estudio 1, y aunque se halló que todos los reactivos son cargados por los factores ($p < .001$), indicando que sí pertenecen a esa dimensión, los índices de bondad de ajuste de la estructura son muy bajos (ver tabla 2), sumado a que los indicadores de fiabilidad son pobres (omega escala total = .28) lo que refiere que la estructura de una sola prueba con cuatro categorías no parece ser la adecuada, si bien sí existen dimensiones dentro de ella.

Tabla 2. Índices de ajuste del modelo de cuatro factores en una sola prueba.

Índice	Valor
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	.629
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	.588
Índice de ajuste no normalizado de Bentler-Bonett (NNFI)	.588
Índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonett (NFI)	.610
Índice de ajuste relativo de Bollen (RFI)	.567
Índice de ajuste incremental de Bollen (IFI)	.630
Índice de no centralidad relativa (RNI)	.629
Índice de bondad de ajuste (GFI)	.557



Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	.201
RMSEA 90 % IC límite inferior	.194
RMSEA 90 % IC límite superior	.208
Valor p de RMSEA	.000
Raíz del error cuadrado medio estandarizado (RECMS, SRMR)	.492

Estos resultados pueden explicarse porque las dimensiones o factores se entienden como escalas independientes entre sí, lo que plantea no una sola prueba con cuatro factores sino cuatro instrumentos independientes. Dados los resultados anteriores, se procedió a realizar los análisis factoriales confirmatorios, entendiendo a cada dimensión como una prueba independiente, cuyos hallazgos se observan en la tabla 3 (en la escala de Preocupación por la forma se presentan dos análisis, uno con la escala completa y el otro con la supresión de dos reactivos con bajo funcionamiento: Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?, y En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escarpate, cuando te desvistes o te duchas?-)

Tabla 3. Índices de ajuste del modelo, con cada dimensión como prueba independiente.

	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90 % IC límite inferior	RMSEA 90 % IC límite superior	SRMR
Restricción	.965	.930	.151	.107	.198	.048
Preocupación por comer	.999	.999	.050	.000	.113	.011
Preocupación por la forma	.838	.773	.249	.227	.272	.065
Preocupación por la forma, sin dos ítems	.989	.979	.082	.043	.122	.026
Preocupación por el peso	.979	.957	.111	.067	.161	.029

Nota: CFI = Índice de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis, RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación; IC = intervalo de confianza; SRMR = Raíz del error cuadrado medio.

Como se evidencia en la tabla 3, los indicadores de ajuste son adecuados (CFI , GFI , NFI , IFI y $GFI > .95$) y los índices de error son bajos ($SRMR < .08$, $RMSEA < .15$), lo que indica que los modelos de cada escala son adecuados y los patrones de respuesta de los participantes se ajustan a la estructura establecida de cuatro instrumentos aparte. En la tabla 4 se reportan los indicadores de fiabilidad para cada escala, encontrando valores altos (valores $> .85$) lo que, unido a correlaciones positivas y significativas entre los reactivos de cada escala, y afectaciones ante eliminaciones hipotéticas de cada reactivo, se entienden valores adecuados de consistencia interna y estabilidad de cada prueba.

Tabla 4. Indicadores de fiabilidad para las escalas.

	Coefficiente ω	Coefficiente α
Restricción	.89	.90
Preocupación por comer	.89	.85
Preocupación por la forma	.90	.93
Preocupación por el peso	.90	.90

Finalmente, se proponen normas de calificación de acuerdo con criterios de comparación con la muestra (tabla 5). Se propone que el percentil 60 es un indicador de revisión y que el percentil 75 sería el valor de atención clínica. Si bien esta no es una escala diagnóstica, cuando la puntuación es muy alta (percentil 75) es un indicador de conductas y cogniciones que requerirían atención profesional. La versión del instrumento y las normas de calificación (opcional con los baremos acá propuestos) se adjuntan como anexos.

Tabla 5. Normas de calificación para muestras colombianas.

	Restricción	Preocupación por comer	Preocupación por la forma	Preocupación por el peso
M	10.09	7.24	17.16	12.41
DT	8.91	6.75	11.31	9.29
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	30	30	36	30
Percentil 20	1	1	6	3
Percentil 40	5	3	12	7

Percentil 60	11	7	19	14
Percentil 80	19	13	30	22
Percentil 75 (remisión)	17	12	28	21

Nota: M = media; DT = desviación típica.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar las propiedades psicométricas del Spanish-Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q) en Colombia, y proponer la versión adaptada para este contexto, esto ante la necesidad de contar con instrumentos adecuados y justos métricamente para evaluar la conducta alimentaria, en contexto nacional. Los hallazgos de la presente investigación muestran, desde el estudio 1, que la escala requería de ajustes en torno al escalamiento, ya que la agrupación de los ítems se daba en torno a las alternativas por número o frecuencia de síntomas (factor 1) y por nivel de intensidad (factor 2), por ello la propuesta adaptada para Colombia organiza en todos los ítems el mismo espacio de tiempo (últimos tres meses) y también dejar de una sola forma el escalamiento de respuesta (se conserva la dimensión de días, con las siete opciones que se mostraron anteriormente).

Esta nueva organización a tres meses es coherente con las tendencias actuales de la psicopatología alimentaria, y los indicadores de relevancia clínica reportados en las categorías diagnósticas, por ejemplo en el DSM-5 se establece este marco de tiempo como indicador de alerta y significancia diagnóstica (Vázquez-Arévalo et al., 2015).

En el estudio 2, de acuerdo con los resultados obtenidos puede suponerse que el instrumento en realidad no se compone de una sola escala con diversos factores, dado los pobres indicadores de bondad de ajuste y la baja fiabilidad, sino una batería de evaluación con cuatro instrumentos independientes entre sí, y en esta condición los índices de ajuste son muy favorables, y con altos indicadores de fiabilidad y consistencia interna, lo que plantea al S-EDE-Q como una batería confiable y válida para la evaluación de la conducta alimentaria en muestras colombianas. Es importante señalar que los estudios anteriores ya mostraban diferencias en las estructuras de factores: había propuestas de un solo factor y menos reactivos en Australia (Allen et al., 2011), o de tres factores, todas en la Unión Europea (Barnes et al., 2012; Carey et al., 2019; Darcy et al., 2013; Pliatskidou et al., 2013; Machado et al., 2018), y una aproximación que halla los cuatro factores en muestras latinoamericanas que residen en Estados Unidos (Elder & Grilo, 2007; Franko et al., 2012). Justamente al plantear escalas diversas y no solo un instrumento, esto puede solucionar las discrepancias factoriales ya encontradas y permitir estudios multinacionales más homogéneos, pero esto debe probarse en análisis multipaís con pruebas de invarianza factorial. En todo caso, este estudio encuentra que cada dimensión en sí misma es una prueba, por lo que puede utilizarse la totalidad del EDE-Q o solo la subprueba deseada, pero se mantiene la idea de cuatro dimensiones. A diferencia de los hallazgos de otras partes del mundo, puede pensarse que la preocupación por la forma y por el peso sí son aspectos distintos en muestras latinas, pero debe confirmarse con estudios posteriores.

La adaptación realizada para contexto colombiano se diferencia de estudios previos porque se encuentra que la estructura de las cuatro dimensiones no tiene que ser usadas como la totalidad de la batería, por el contrario, este estudio demuestra que cada subescala puede usarse como una prueba per se y de esta manera identificar en que subescala se está teniendo más dificultades. En todo caso, estos hallazgos son únicos en América Latina (las aproximaciones en la región eran con muestras de latinos residentes en Estados Unidos), y requieren replicaciones en otras muestras nacionales y de países de la región, y con un enfoque al deporte, dada la ausencia de estudios en deportistas sobre esta escala y sobre sus propiedades métricas.

Respecto al por qué quedan las dimensiones por aparte, y no una sola escala con factores interrelacionados, la literatura parece apuntar a que cada condición de la conducta alimentaria puede ser una conducta blanco independiente: el mismo DSM-5 (American Psychological Association, 2013) refiere las conductas inapropiadas conocidas como CAR, las cuales hacen referencia y se relacionan con los trastornos alimenticios, donde se destacan preocupación por engordar, falta de control al comer, y conductas alimentarias restrictivas, donde se establece que una conducta no está en función de la otra, suceden de forma independiente (Unikel-Santoncini et al., 2010).

En esta línea, Sábada (2024) refiere que la exposición de imágenes y mensajes en redes sociales presiona hacia estándares de belleza y de apariencia física (forma del cuerpo) poco cumplibles, que a su vez llevaría a conductas problemáticas en la alimentación o el ejercicio, y después a las patologías per se, lo que implicaría independencia y secuencialidad de cada dimensión, elementos similares fueron referidos por Cohen et al. (2017) o García-Puerta (2020) que indicaban las redes sociales como elemento que impacta en la imagen corporal y su preocupación, y que esto lleva a conductas restrictivas o preocupaciones por perder peso, y con lo que indicaba Oyarce et al. (2016) quienes establecen la relación entre los trastornos de conducta alimentaria con la imagen corporal y la preocupación por el peso, evidenciando que a mayor edad mayor preocupación por ambas. Esto sustenta la independencia de cada categoría, y recomendaría la necesidad de evaluar cada aspecto por aparte, y por el ende el uso de esta escala con cada dimensión.

Los hallazgos de este estudio, en fiabilidad, son similares a las investigaciones previas (Allen et al., 2011; Bernes, et al., 2012; Carey et al., 2019; Darcy et al., 2013; Franko et al., 2012; Grillo et al., 2015; Pliatskidou et al., 2013; Machado et al., 2018; Villarroel et al., 2011), quienes encontraron un alto nivel de fiabilidad, la diferencia es que estos estudios utilizaban toda la escala como solo un instrumento, mientras que la presente investigación entiende cada factor como una prueba aparte. Estas congruencias plantean que el S-EDE-Q parece ser una escala confiable a nivel mundial, y que las preocupaciones por el peso, por la forma, y por la comida, así como las conductas restrictivas son consistentes independientemente a la cultura o al país, estudios posteriores deben seguir probando ello. En todo caso, los reportes de los valores Alfa de Cronbach o del ω de McDonald, junto a los demás hallazgos permiten afirmar una adecuada consistencia interna y estabilidad de la medida de la prueba.

Debe señalarse que, aunque los índices de bondad de ajuste mejoraban en cada escala, con esta nueva distribución, el valor RMSEA estuvo adecuado, aunque en algunos casos puede asumirse como inadecuados si son superiores a 0.10. Esto puede explicarse por la sensibilidad de este indicador: este indicador de ajuste se suele afectar cuando la escala tiene pocas opciones de respuesta y cuando hay bajos indicadores de simetría (Morata-Ramírez, et al., 2015), y la presente escala posee cuatro puntos, y el escalamiento likert, de entrada se asume como una condición ordinal, y ello no permite un análisis de simetría, y en todo caso este instrumento pregunta elementos de carácter clínico que se espera poca frecuencia en la muestra comunitaria, lo que conlleva a un sesgo en el patrón de respuesta.

Respecto a la razón por la cual se establecieron estas normas de calificación (P60 y P75), debe señalarse que estudios previos en muestras comunitarias ya señalaban esta necesidad: Mond et al. (2006) habían indicado para esta escala que un punto de corte fijo no es correcto dada la variabilidad cultural y la implicación diferencial en cada país de la imagen corporal, y ellos usaron varios espacios percentiles, y Aardoom et al. (2012) y Peláez-Fernández et al. (2012) ya encontraban en muestras comunitarias tener asimetrías positivas, lo que implica que los casos significativamente altos recaen en valores del último cuartil, por ello se sustenta el criterio del percentil 75 como indicador de atención, y como vigilancia el criterio del percentil 60.

Los hallazgos de esta investigación tienen algunas limitaciones como la amplitud de la muestra: sin bien los índices de adecuación muestral eran pertinentes (Kyriazos, 2018), puede considerarse útil la replicación con una mayor cantidad de participantes. De igual manera, la recolección de los datos se realizó en la zona céntrica del país, y en grandes ciudades, por ello vale la pena verificar la estructura del instrumento en zonas rurales, pequeñas ciudades y municipios, así se probaría la invarianza factorial del instrumento. Otra limitación radica en el muestreo no probabilístico, que si bien es una dificultad de la mayoría de las investigaciones, en la presente sesga el poder de generalización de la investigación, por ello se recomienda llevar a cabo réplicas de esta investigación con otras muestras, que prueben estos resultados, y de igual manera este instrumento se aplicó de forma virtual por tanto no se pudieron controlar variables extrañas, a pesar del claro funcionamiento del instrumento. Finalmente, la ausencia de una medida de convergencia con otras escalas (más allá de la varianza media extraída, que responde a este tipo de evidencia de validez) no se realiza en esta investigación, aspecto que debe tenerse en cuenta para futuras investigaciones y réplicas.

Contar con instrumentos adaptados, válidos y confiables para evaluar los fenómenos psicológicos garantiza la credibilidad y objetividad de los datos y la misma American Psychological Association indica

la necesidad y profesional de trabajar con pruebas de calidad métricas. Este estudio aporta en esta línea, y permite evaluar de forma objetiva, para muestras colombianas cuatro comportamientos relacionados con los problemas de la conducta alimentaria (restricción, preocupación por comer, por la forma, y por el peso). Futuros beneficiarios de este estudio serían tanto muestras comunitarias como clínicas (ya que las escalas permiten evaluar conductas problemáticas y no necesariamente patológicas). Para futuros estudios se recomienda el uso de este instrumento como una herramienta objetiva, para evaluar la eficacia del tratamiento (pretest - post test), así como investigaciones sobre la prevalencia de dichas problemáticas y el estudio de factores asociados. De igual manera, los estudios sobre la conducta alimentaria en el deporte aún son reducidos en contextos latinoamericanos, por ello se recomiendan futuras investigaciones sobre dicha conducta alimentaria en muestras de deportistas de diversos niveles, competencias, con enfoques por edades, sexo y deporte, lo que permitiría análisis tempranos, que permitan procesos de prevención, y que a su vez potencialicen las condiciones del mismo deportista.

Conclusiones

El EDE-Q se muestra con un batería de cuatro instrumentos (Restricción, Preocupación por comer, Preocupación por la forma, Preocupación por el peso), cada uno mostró adecuadas evidencias de confiabilidad y validez, lo que sugiere al EDE-Q como una batería de tamizaje de las conductas alimentarias. En este estudio se plantea una versión más corta, con 33 reactivos en su totalidad, y proponiendo la alternativa de usar cada dimensión inicial como una prueba independiente. Es importante indicar que esta escala no realiza un diagnóstico en el campo clínico, sino debe ser tomada como un tamizaje de las problemáticas de la conducta alimentarias, sin embargo permite la detección temprana de comportamientos de riesgo lo que favorece intervenciones tempranas inclusive a nivel de prevención primaria.

Agradecimientos

A la Facultad de Ciencias del Comportamiento de la Universidad de La Sabana, por su apoyo, financiación y gestión de este proyecto.

Financiación

Este estudio es derivado del proyecto “Factores de riesgo y protección asociados a conductas de riesgo y problemas que afectan la salud mental en niños y adolescentes”, con código PSIPHD-4-2023, y avalado por la Subcomisión de Investigación y Ética de la Facultad de Ciencias del comportamiento de la Universidad de La Sabana, y financiado por la Universidad de La Sabana.

Referencias

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slofstra, C., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors, 13*(4), 305-309. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
- Allen, K., Byrne, S., Lampard, A., Watson, H., & Fursland, A. (2011). Confirmatory factor analysis of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors, 12*(2), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.005>
- Ayuzo-del Valle, N. y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría, 86*(2), 80-86. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es.
- Barnes, J., Prescott, T., & Muncer, S. (2012). Confirmatory factor analysis for the Eating Disorder Examination Questionnaire: Evidence supporting a three-factor model. *Eating Behaviors, 13*, 379-381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.001>



- Bernal-Altamirano, D., Herrera-Quispe, B. A. y Cunza-Aranzábal, D. F. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en una muestra peruana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2), 113-120. <https://doi.org/10.5944/rppc.29581>
- Berrío, N., Sánchez, J. P., Mora, S., Faley-García, O. y Fernando-Vieco, G. (2024). Validación del cuestionario sobre depresión PHQ-9 en una muestra colombiana no clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 59-69. <https://doi.org/10.5944/rppc.37748>
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N., Jenkinson, P., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in U.K. females and males. *Psychological Assessment*, 31(7), 839-850. <https://doi.org/10.1037/pas0000703>
- Castillo, I., Solano, S. y Sepúlveda, A. R. (2018). Validación mexicana de la Escala de Actitudes Masculinas sobre el Cuerpo en estudiantes universitarios varones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(46), 51-65. <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.04>
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Darcy, A., Hardy, K., Lock, J., Bell, K., & Peebles, R. (2013). The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among university men and women at different levels of athleticism. *Eating Behaviors*, 14(3), 378-381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.002>
- Elder K. & Grilo C. (2007). The spanish language version of the eating disorder examination questionnaire: Comparison with the spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1369-1377. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.012
- Fiestas More, Y. M. (2024). *Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de educación secundaria de Piura* [Tesis de grado]. Universidad privada Antenor Orrego.
- Figueroa-Sobrero, Á., Evangelista, P., Mazza, C., Basso, P., López, S.M., Scaiola, E., Honfi, M., Ferraro, M., Eandi, M. y Walz, F. (2010). Seguimiento a 3 años del control metabólico en pacientes con diabetes tipo 1 con trastornos de la conducta alimentaria y sin ellos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(2), 130-135.
- Franko, D., Jenkins, A., Roehrig, J., Luce, K., Crowther, J., & Rodgers, R. (2012). Psychometric properties of measures of eating disorder risk in Latina college women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 592-596. <https://doi.org/10.1002/eat.20979>
- García Puertas, D. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 244-254. <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>
- Grilo, C., Reas, D., Hopwood, C., & Crosby, R. (2015). Factor structure and construct validity of the Eating Disorder Examination-Questionnaire in college students: further support for a modified brief version. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 284-289. <https://doi.org/10.1002/eat.22358>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Pearson Education Limited.
- Hernández-Mulero, N. & Berengüí, R. (2016). Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: estudio preliminar en deportistas de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 37-44.
- Idini, E., Barceló Soler, A., Navarro Gil, M. T., Paredes Carreño, P., Pérez Tausia, D. y Garcia Campayo, J. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria, experiencias adversas vitales e imagen corporal: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 217-235. <https://doi.org/10.5944/rppc.28064>
- Kyriazos, T. (2018). Applied Psychometrics: Sample Size and Sample Power Considerations in Factor Analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*, 9, 2207-2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). Exploratory Item Factor Analysis: A practical guide revised and up-dated. *Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Machado, P., Grilo, C., & Crosby, D. (2018). Replication of a Modified Factor Structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to Clinical Eating Disorder and Non-clinical Samples in Portugal. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 75-80. <https://doi.org/10.1002/erv.2569>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.003>
- Montero, I., & León O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F., Barbero-García, I. & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicológica*, 12(1). 79-90. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>
- Sábada, C. (2024). Redes sociales, adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria: la necesidad de una mirada comprensiva. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(1), e1075. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1075>
- Oyarce, K., Valladares, M., Elizondo-Vega, R. y Obregón, A. (2016). Conducta alimentaria en niños. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1461-1469. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.810>
- Pazmiño, J. (2022). Trastornos alimenticios de los deportistas: Una revisión sistemática. *MENTOR Revista de Investigación Educativa y Deportiva*, 1(1), 7-21.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for the screening of eating disorders in community samples. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817-824. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893
- Pliatskidou, S., Samakouri, M., Kalamara, E., Goulemtzakis, C., Koutrouvi, K., Papageorgiou, E., & Livadites, M. (2012). Reliability of the Greek version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a sample of adolescent students. *Psychiatrike*, 23(4), 295-303.
- Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. y Extremera, N. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 15(1), 1-18. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i1.1767>
- Salas-Morillas, A., Gutiérrez-Sánchez, A. & Vernetta-Santana, M. (2022). Insatisfacción corporal y trastornos de conducta alimentaria en gimnastas: revisión sistemática. *Retos*, 44, 577-585. <https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.91042>
- Samperio-Pacheco, V. M. (2019). Ecuaciones estructurales en los modelos educativos: Características y fases en su construcción. *Apertura*, 11(1), 90-103.
- Saucedo-Molina, T. y Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002&lng=es&tlng=es.
- Solis, M. (2024). Conducta alimentaria de riesgo y autolesión no suicida en población comunitaria: revisión narrativa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 14(1), 90-100. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.1.739>
- Teixidor-Batlle, C., Andrés, a. & Vall-llovera, C. (2019). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria asociados a deportes estéticos en deportistas españolas. *Revista española de educación física y deportes*, (426), 430-437. <https://doi.org/10.55166/reefd.vi426.811>
- Torres-Meza, A., Cisneros-Herrera, J. y Guzmán-Díaz, G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 9(17), 38-44. <https://doi.org/10.29057/esat.v9i17.8154>
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. D. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F. y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.

- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Ocampo-Téllez, M.T. y Mancilla-Díaz, J.M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Villamediana y Baile (2021). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en deportistas de alto rendimiento. Revisión sistemática. *Clínica Contemporánea*, 12, e131-13. <https://doi.org/10.5093/cc2021a9>
- Villarreal, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: Norms and validity of the Spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 121-128. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9177-6>

Datos de los/as autores/as y traductor/a:

Juanita Jaramillo-Muñoz
Carolina Naranjo Luque
Manuela Bernal Cundy
Fernando Riveros Munévar

juanitaja@unisabana.edu.co
carolinanalu@unisabana.edu.co
manuelabecu@unisabana.edu.co
edgar.riveros@unisabana.edu.co

Autora
Autora
Autora
Autor