

## Validación y punto de corte de la Escala de Atracón Alimentario (BES) en población mexicana

Mariana Valdez-Aguilar\*, Rosalia Vázquez-Arévalo, Xochitl López Aguilar y Luis Alberto Regalado Ruíz

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México (México)

### PALABRAS CLAVE

Trastorno de la conducta alimentaria  
Diagnóstico  
Análisis factorial confirmatorio  
Tamizaje

### RESUMEN

**Introducción:** el trastorno por atracón (TpA) es la psicopatología alimentaria más prevalente entre la población, por lo que son necesarios instrumentos validados de tamizaje para su detección y diagnóstico oportuno. **Objetivo:** confirmar la estructura factorial de la Escala de Atracón Alimentario (BES) a través del análisis factorial confirmatorio (AFC) y proponer un punto de corte en una muestra mexicana. **Método:** la muestra fue no probabilística constituida por 421 personas (66.7% mujeres) con un rango de edad de 18 a 57 años ( $M = 23.92$ ,  $DE = 7.38$ ) provenientes de la ciudad de México y zona metropolitana. Todos los participantes contestaron dos instrumentos que evaluaban sintomatología de TpA y aquellos que puntuaron alto fueron entrevistados para diagnóstico del trastorno. **Resultados:** de las 421 personas, se diagnosticaron 60 con TpA. Se observó una adecuada consistencia interna del instrumento y el AFC ratificó la estructura de la versión original de dos factores: 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales, presentando un buen ajuste de los datos. Se exploraron diferentes puntos de corte, observando el 17 como el más adecuado de acuerdo con los valores de sensibilidad (98%) y especificidad (93%). **Conclusión:** estos resultados contribuyen al desarrollo de una medida de evaluación de atracón alimentario en la población mexicana y proporciona una exploración del BES válida para la detección de sintomatología de TpA tanto en hombres como en mujeres.

## Validation and cut-off point of the Binge Eating Scale (BES) in Mexican population

### KEYWORDS

Eating behavior disorder  
Diagnosis  
Confirmatory factor analysis  
Screening

### ABSTRACT

**Introduction:** binge eating disorder (BED) is the most prevalent eating psychopathology among the population, so validated screening instruments are necessary for its detection and timely diagnosis. **Objective:** to confirm the factor structure of the Binge Eating Scale (BES) through confirmatory factor analysis (CFA) and to propose a cut-off point in a Mexican sample. **Method:** the sample was non-probabilistic, consisting of 421 people (66.7% women) with an age range of 18 to 57 years ( $M = 23.92$ ,  $SD = 7.38$ ) from Mexico City and the metropolitan area. All the participants answered two instruments that evaluated symptoms of BED and those who scored high were interviewed for diagnosis of the disorder. **Results:** of the 421 people, 60 were diagnosed with BED. An adequate internal consistency of the instrument was observed, and the CFA ratified the structure of the original version of two factors: 1) cognitive manifestations and 2) behavioral manifestations, presenting a good adjustment of the data. Different cut-off points were explored, observing 17 as the most appropriate according to the values of sensitivity (98%) and specificity (93%). **Conclusion:** these results contribute to the development of an evaluation scale of binge eating in the Mexican population and provide a valid BES examination for the detection of BED symptoms in both men and women.

\* *Autor de correspondencia:* Mariana Valdez Aguilar. Av De Los Barrios 1, Los Reyes Ixtacala, Hab Los Reyes Ixtacala Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla de Baz, México. [psicmarianav@gmail.com](mailto:psicmarianav@gmail.com)

*Cómo citar:* Valdez-Aguilar, M., Vázquez-Arévalo, R., López Aguilar, X., y Regalado Ruíz, L. A. (2022). Validación y punto de corte de la Escala de Atracón Alimentario (BES) en población mexicana. *Psychology, Society & Education*, 14(3), 68-77. <https://doi.org/10.21071/psyce.v14i3.14323>

*Recibido:* 22 de marzo de 2022. *Primera revisión:* 24 de septiembre de 2022. *Aceptado:* 11 de noviembre de 2022.

ISSN 1989-709X | © 2022. Psy, Soc & Educ.



Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAIA) son enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento y las actitudes relacionadas con la ingestión de alimentos. Pueden llegar a ser serios problemas de salud por repercutir sobre la calidad de vida, debido a sus múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, llegando incluso a la muerte (APA, 2013). Se estima que la prevalencia de los TAIA en el mundo es del 5.7% en las mujeres y del 2.2% en los hombres. Por continentes se ha descrito que la mayor prevalencia de los TAIA se observa en América: 4.6%, seguida de Asia: 3.5% y Europa: 2.2% (Galmiche et al., 2019).

El trastorno por atracón (TpA) se define por episodios recurrentes de atracones, que están caracterizados por la ingestión en un período corto de tiempo de una gran cantidad de alimentos, superior a lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares, además, se tiene una sensación de pérdida de control sobre lo que se consume. Dichos episodios de sobreingesta se asocian con sentimientos negativos como vergüenza, culpa y angustia, además, a diferencia de la bulimia nerviosa (BN), quienes los padecen no se involucran en conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, diuréticos o laxantes (APA, 2013).

El TpA es la psicopatología alimentaria más prevalente entre la población adulta en países de occidente (Hilbert, 2019). Los estudios epidemiológicos sugieren que entre un 1 y 2.8% de la población en el mundo padece este trastorno. Se ha observado que afecta al 1.5% de las mujeres y al 0.3% de los hombres. En América Latina, recientemente, se ha identificado una mayor frecuencia, principalmente, en jóvenes en comparación con otros países, asimismo, se ha observado que el trastorno comienza en la adultez joven, razón por lo cual es importante indagar en este estrato de la población, sobre todo en jóvenes universitarios, dado que en ellos se conjunta la diversidad de las poblaciones estudiadas, razón por la cual se decidió elegir esta población (Davis, 2015). La alta prevalencia de este trastorno podría ser un fenómeno concomitante de la epidemia de obesidad, debido a que la mayoría de los países latinoamericanos tienen mayores tasas de sobrepeso y obesidad en comparación con los países europeos. En especial en México, donde un estudio identificó que la prevalencia para adultos es de 1.6% (Benjet et al., 2016).

A pesar de la gran predominancia de este trastorno, menos de la mitad de las personas con esta psicopatología son examinadas y diagnosticadas oportunamente (Lydecker et al., 2020), ya que este padecimiento se relaciona con diferentes comorbilidades como obesidad, hipertensión y diabetes. Además de un deterioro en la calidad y satisfacción con la vida, así como mayor mortalidad y morbilidad (Hilbert, 2019). Por lo anterior, es importante contar con instrumentos válidos y confiables que ayuden a la detección de signos y síntomas del TpA y que faciliten una primera aproximación al reconocimiento de dicha patología (Brownley et al., 2016).

Existen algunas herramientas para evaluar el TpA como son el *Eating Disorder Examination* (Fairburn et al., 2009) y el *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-R* (Spitzer et al., 1992), no obstante, ambos son instrumentos que requie-

ren de una capacitación específica para su utilización. Por lo que contar con un buen instrumento de cribado puede favorecer a disminuir los tiempos de detección, los costos y servir en la implementación, tanto para el paciente como para el clínico/a o investigador/a (Feltner et al., 2022).

Uno de los instrumentos desarrollados para este fin y utilizado ampliamente es la Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale*, BES), la cual fue desarrollada por Gormally et al. (1982), quienes se basaron en diferentes modelos cognitivos y de comportamiento explorados en personas con obesidad que tenían episodios de atracón. Uno de estos modelos es el propuesto por Marlatt (1979), quien conceptualizó la cognición sobre el autocontrol de la alimentación de la manera siguiente: los altos estándares de hacer una dieta acompañados por una baja autoeficacia aumentan la probabilidad de perder el control cuando una persona enfrenta una situación de alto riesgo. De esta forma, en lugar de hacer frente a “un error” en la dieta de manera adecuada, las personas con TpA atribuyen la falta de control a la fuerza de voluntad, lo que conduce a un atracón (Schulte et al., 2016). El BES (Gormally et al., 1982) está compuesto por 16 reactivos, ocho describen las manifestaciones conductuales y ocho los sentimientos y cogniciones asociadas. Cada ítem contiene de tres a cuatro afirmaciones que son opciones de respuesta y reflejan un rango de severidad para cada característica medida. Algunos ejemplos de lo que se evalúan en este cuestionario son: la presencia de estándares muy elevados de control en las dietas, el desencadenamiento de atracones ante emociones negativas, la urgencia por alimentos y una forma descontrolada de comer y masticar. El BES ha sido utilizado como medida dimensional de la gravedad de los atracones, herramienta de tamizaje y para medir los resultados de diferentes intervenciones clínicas (Freitas et al., 2006; Katterman et al., 2014).

El BES fue validado inicialmente en hombres y mujeres con obesidad con un rango de edad de 24 a 67 años. La estructura original se propuso a partir de un análisis factorial exploratorio (AFE), estableciendo dos factores: 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales. Diversas investigaciones han demostrado que la escala presenta buena validez tanto en población clínica (p. ej., pacientes con obesidad, pacientes con TpA; Hood et al., 2013; Mootabi et al., 2009), como en muestras no clínicas (p. ej., estudiantes universitarios; Gordon et al., 2012).

Se sabe que el análisis factorial (AF) es la técnica por excelencia para el desarrollo, evaluación y validación de instrumentos psicológicos. Es uno de los métodos multidimensionales más utilizados debido a que ayuda a examinar diversos factores que explican los reactivos de una prueba, en el precepto de que estos se vinculan con las variables que miden. (Lloret et al., 2014). El AF tiene dos usos: exploratorios generales y análisis de medidas para evaluar constructos psicológicos, o confirmar estructuras factoriales (Martínez-Ávila, 2021).

Ahora bien, el análisis factorial confirmatorio (AFC) es una herramienta de representación de ecuaciones estructurales que ayuda a contrastar un modelo, permitiéndole a quien investiga probar la estructura de los datos en función de una teoría esta-

blecida, en el supuesto de que las respuestas a los ítems comparan un único constructo subyacente y que las varianzas verdaderas y totales se deriven de las estimaciones de los parámetros, de esta forma, se define las variables del modelo y la covarianza entre ellas (Viladrich et al., 2017).

Dado lo anterior, y después de una revisión de la literatura, se puso de manifiesto la necesidad de continuar brindando mayores evidencias psicométricas del BES acerca de su validez de constructo, utilizando estrategias estadísticas más robustas, como es el caso del AFC. Diversas validaciones del instrumento han corroborado la estructura original de dos factores mediante el AFE, como la validación malaya (Robert et al., 2013), la mexicana (Zúñiga y Robles, 2006) y la francesa (Brunault et al., 2016), realizadas con muestras clínicas y no clínicas. La más reciente es la versión libanesa (Zeidan et al., 2019) que utilizó el AFC. No obstante, existe la propuesta de un solo factor, como la validación portuguesa (Poinhos et al., 2009), italiana (Imperator et al., 2016) y la española (Duarte et al., 2015).

En México se cuenta con una primera validación del BES realizada por Zúñiga y Robles (2006), la cual contempló en su muestra a 100 personas con obesidad que acudían a una clínica para perder peso. Participaron en su mayoría mujeres (81%) con un rango de edad de 17 a 57 años. Los participantes no tenían un diagnóstico previo de TpA. Esta versión se obtuvo a través de un AFE, siendo una importante aportación, no obstante, es necesario obtener un punto de corte a través de conocer valores de especificidad y sensibilidad, debido a que los estudios realizados con este instrumento no cuentan con una población proporcional latina, por lo que es importante analizar si las propuestas previas son acordes a nuestro país. Además, es necesario realizar la confirmación de la estructura factorial. Dado lo anterior, es indispensable elaborar un nuevo análisis y saber de su efectividad como instrumento de tamizaje, sobre todo en población comunitaria, ya que la mayoría de los estudios realizados con este instrumento son en escenarios clínicos.

## Método

### Participantes

La muestra fue no probabilística, constituida por 421 personas (66.7% mujeres), con un rango de edad de 18 a 57 años ( $M = 23.92$ ,  $DE = 7.38$ ) provenientes de la ciudad de México y la zona metropolitana.

### Instrumentos

*Hoja de datos sociodemográficos.* Implementada en el estudio actual. Contiene ocho preguntas para recolectar información sociodemográfica de los participantes como edad, sexo, estatura, peso, antecedentes familiares de enfermedades, historial de dietas, hábitos alimentarios y actividad física.

*Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Williamson et al., 1995).* Es una entrevista semiestructurada que contiene 18 interrogantes. Su objetivo es ayudar al diagnóstico de la anorexia, BN y TpA. Dentro de la entrevista

se explora la historia del problema, sintomatología y patrones alimentarios. Tiene una duración de entre 30 y 45 minutos. Fue validada al contexto mexicano por Vázquez-Arévalo et al. (2000).

*Escala de Atracón Alimentario (BES, Gormally et al., 1982).* Ayuda a la detección y diagnóstico de un atracón alimentario. La finalidad del instrumento es indicar si existe un TpA así como su gravedad. Su confiabilidad fue evaluada con el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de .85. La escala cuenta con 16 ítems agrupado en dos dimensiones: 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales. Cada pregunta tiene de tres a cuatro opciones de respuestas asignando un valor numérico de cero a tres puntos. El rango de puntuación es de 0-46. Los evaluados se agrupan en tres categorías según el nivel de gravedad: quienes puntúan con 17 o menos no tienen atracones, los que obtienen entre 18 y 26 puntos presentan sintomatología moderada de atracones y quienes obtienen 27 padecen una gravedad severa del trastorno. Se suele utilizar un punto de corte de 17, una puntuación de 18 y superior indica la presencia de atracones (Gormally et al., 1982).

*Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWPR; Questionnaire on Eating and Weight Patterns-R, Spitzer et al., 1992).* López-Aguilar et al. (2010) lo validó en México. Este instrumento contiene 13 ítems en los que se pregunta sobre los alimentos consumidos durante el atracón, emociones respecto al episodio alimentario, así como diversos patrones alimentarios. El cuestionario ayuda a reconocer a personas con atracones, pérdida de control y sentimientos negativos, sin comportamientos compensatorios, con los criterios del DSM-IV. Cada pregunta tiene de cuatro a cinco opciones de respuesta, que se califican para el tamizaje de TpA o BN.

### Procedimiento

Antes de llevar a cabo la aplicación del instrumento se realizó una revisión de la traducción y del contenido para analizar la propuesta de Zúñiga y Robles (2006). Se ejecutó un proceso de equivalencias, primero de traducción y después operacional, de acuerdo con Streiner et al. (2015). La equivalencia de traducción se desarrolló por equipos independientes de traductores, se revisaron los reactivos traducidos y retraducidos y se resolvió cualquier discrepancia. Después, se entregó la nueva versión traducida a diferentes estudiantes de la universidad y población comunitaria y se les pidió que rephrasaran el reactivo que no hubieran entendido. La equivalencia operacional se realizó a través de un piloteo, revisando si era adecuado el formato de la escala, las instrucciones y el modo de aplicación. El piloteo se aplicó en un grupo de 20 personas, quienes eran pasantes de licenciatura, estudiantes de doctorado y profesores de Psicología. Se les solicitó que escribieran comentarios en aquellas preguntas que fueran difíciles de entender. Únicamente se agregaron comas y puntos en los reactivos 5 y 9 (ver Apéndice). Todas las oraciones se escribieron con incisos, ya que se observó que en el formato anterior resultaba confuso.

Con respecto a la recolección de la muestra, la mitad fue recabada de forma presencial antes de la pandemia de COVID-19 (2019). La otra mitad fue a partir de una convocato-

ria por medio del Facebook de la institución de referencia de los autores durante la pandemia, por lo que se realizó una convocatoria abierta a público en general. La muestra previa al COVID-19 se recabó en una institución pública de educación superior.

La aplicación del cuestionario fue grupalmente y de manera voluntaria. El tiempo estimado de respuesta fue de 10 minutos. La muestra recolectada durante la pandemia fue a través de formularios de *Google* por medio de redes sociales de la institución de referencia de los autores. A todos los participantes que reportaron puntuaciones altas en las escalas BES y QEWP-R se les entrevistó. De estas entrevistas, 60 personas fueron diagnosticadas con TpA. Las entrevistas tuvieron una duración de una hora aproximadamente y se realizaron a través de la plataforma *Zoom* por el grupo de psicólogos/as del equipo de investigación de los autores, basándose en la entrevista IDEED que fue adaptada a los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Las personas con TpA fueron referidas para su tratamiento. A los participantes que no tenían el trastorno se les ofreció un taller de cinco sesiones que abordaba alimentación y estilo de vida saludable, esto con el fin de agradecer su interés en el estudio.

#### Consideraciones éticas

La aprobación del estudio fue otorgada en agosto de 2021 por el Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, el cual contenía el objetivo del estudio y se les informó que su participación era confidencial, voluntaria y con fines de investigación científica.

#### Análisis de datos

Cabe aclarar que debido a que el instrumento se aplicó antes y durante la pandemia por COVID-19, se realizó una *t* de student para comparar las puntuaciones totales y observar si pudieran haber existido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, no se observaron tales diferencias, por lo que se procedió a utilizar ambas aplicaciones como un solo grupo para la validación del instrumento.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 27. Se realizó el análisis de la confiabilidad a través del alfa de Cronbach y correlación de cada ítem con el total del BES. Para la validez de constructo, primero se llevó a cabo el AFE que se realizó con el análisis de componentes principales. Para extraer el número de factores se analizaron las validaciones anteriores del estudio y se aplicaron dos criterios importantes: valor *eigen* superior a la unidad y el criterio de interpretabilidad de las estructuras factoriales. Por último, se realizó una rotación varimax y oblimin (Gorsuch, 1983). Posteriormente, se realizó el AFC mediante el programa estadístico AMOS. El tamaño muestral estimado fue de 20 participantes por reactivo, según la propuesta de Stevens et al. (1992). De esta manera se rebasó el tamaño muestral estimado ya que el total de la muestra fue de 421 participantes.

Se empleó la estimación de máxima verosimilitud, calculando el ajuste del modelo propuesto mediante los índices de

**Tabla 1**

Valores de sensibilidad y especificidad de cada uno de los puntos de corte explorados

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
17	<b>98.3</b>	<b>93</b>
18	95	73
19	92.5	64
20	90.8	54
21	86.7	51

*Nota.* Los valores marcados en negrita indican que el punto de corte 17 fue el que se eligió y se determinó que tenía mejor sensibilidad y especificidad.

ajuste absolutos y relativos. En los absolutos se utilizó el valor *p*, el estadístico chi cuadrado, y el valor de la ratio entre  $\chi^2$  y los grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ). También se calcularon otros índices, como el índice de bondad de ajuste (*GFI*), el error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*), así como los siguientes índices incrementales: índice de ajuste comparado (*CFI*), el índice de ajuste normado (*NFI*) y el índice no normalizado de ajuste (*NNFI*). Para dichos índices se esperaron valores de  $\chi^2/gl \leq 2$ , *GFI* y *CFI*  $\geq .95$ , *RMSEA*  $\leq .08$ , *NFI* y *NNFI*  $= \geq .90$ . Todos son indicadores de un buen ajuste a los datos (Byrne, 2016).

Todos los resultados fueron considerados significativos cuando la probabilidad fue  $\geq .05$ . Con el objetivo de determinar el punto de corte para el BES adecuado para la población mexicana se exploraron 5 valores: 17, 18, 19, 20, 21 (Ver Tabla 1), estos valores de punto de corte se eligieron considerado lo reportado en la validación original (Gormally et al., 1982) y validaciones posteriores (Brunault et al., 2016; Duarte et al., 2015; Imperatori et al., 2016; Robert et al., 2013).

## Resultados

#### Detección de casos

De los 421 participantes de la muestra inicial, 60 (83.33% mujeres) con un rango de edad de 18 a 53 años ( $M = 28.23$ ,  $DE = 8.94$ ) presentaron TpA. A estas personas se les aplicó una entrevista de diagnóstico para trastorno alimentario de acuerdo con los criterios del DSM5- (APA, 2013).

#### Análisis de la confiabilidad

La confiabilidad fue analizada por medio del alfa de Cronbach, de esta manera, se produjo un coeficiente de .90, mostrando excelente consistencia interna. Se encontró que todos los reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total del BES. La Tabla 2 recoge las correlaciones entre los ítems y el total de la escala. Se observa que 14 de los ítems mostraron un coeficiente de correlación considerado como bueno para predecir ( $r \geq .70$ ), mientras que los 2 reactivos restantes presentaron una correlación útil para predecir ( $r \geq .50$ ).

### Análisis de la validez

En primer lugar, el AFE extrajo dos factores quedando agrupados los 16 reactivos, que en conjunto explicó el 57.99% de la variabilidad total. El factor 1 correspondiente a la dimensión de sentimientos y cogniciones explicó el 32.11% de la variabilidad total y obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .91. El factor 2, que corresponde a las dimensiones conductuales, explicó el 27.74% de variabilidad total y mostró un alfa de Cronbach de .90 (ver Tabla 3).

Después de explorar la estructura de dos factores de acuerdo a la versión mexicana anterior (Zúñiga y Robles, 2006), se procedió a confirmar la estructura obteniendo el modelo representado en la Figura 1, en donde se observaron los siguientes los índices de bondad de ajuste con valores: 1) Chi cuadrado significativo ( $\chi^2(421, 100) = 226.201, p = .001$ ); 2)  $GFI = .961$ ; 3)  $NFI = .955$ ; 4)  $NNFI = .966$ ; 5)  $CFI = .975$ ; y 6)  $RMSEA = .053$ . Estos valores indicaron un buen ajuste para el modelo.

### Punto de corte para la Escala de Atracón

Se exploraron los puntos de corte del BES para la población mexicana. Después de haber calculado los valores de sensibilidad y especificidad fueron graficados en la Curva de Rendimiento Diagnóstico (ROC). El punto de corte de 17, como se observa en la Figura 2, es el que identifica de forma precisa a las personas con sintomatología de atracón alimentario. Este punto obtuvo el mejor equilibrio entre sensibilidad (98.3%) y especificidad (93%).

## Discusión

El BES es una de las medidas más utilizadas para evaluar sintomatología de TpA. Se ha reconocido como un instrumento válido para detectar manifestaciones tanto cognitivas como conductuales del atracón desde una perspectiva multidimensional, tanto en muestras clínicas como comunitarias. Sin embargo, la estructura factorial y la validez no se han confirmado en población mexicana comunitaria. Dado lo anterior, los objetivos del presente estudio fueron: confirmar la estructura factorial del BES y proponer un punto de corte adecuado a través de la sensibilidad y especificidad en una muestra mexicana.

A través del AFC se confirmó la estructura factorial de la versión mexicana de dos factores (Zúñiga y Robles, 2006), la versión original (Gormally et al., 1982), y también en otros estudios realizados en muestra clínica y no clínica (Brunault et al., 2016; Duarte et al., 2015; Imperatori et al., 2016; Robert et al., 2013; Zeidan et al., 2019). De esta forma, se puede interpretar que en nuestro estudio la estructura del instrumento corresponde a la propuesta teórica previamente establecida tanto en el diseño como en el modelo multidimensional del atracón alimentario.

Nuestra versión mostró una adecuada consistencia interna  $\alpha = .90$ . Esta fue similar a la mostrada en la versión original y a otras versiones (Brunault et al., 2016; Mootabi et al., 2009) en las que el alfa de Cronbach osciló entre .85 y .93. Esto indicó

**Tabla 2**

Relación ítem-total y coeficiente alpha de los reactivos de la escala

Reactivo	R	$\alpha$
1	.53	.75
2	.49	.76
3	.55	.76
4	.52	.77
5	.58	.75
6	.49	.77
7	.59	.75
8	.60	.77
9	.55	.75
10	.62	.75
11	.58	.75
12	.56	.75
13	.50	.76
14	.59	.76
15	.50	.75
16	.49	.76

**Tabla 3**

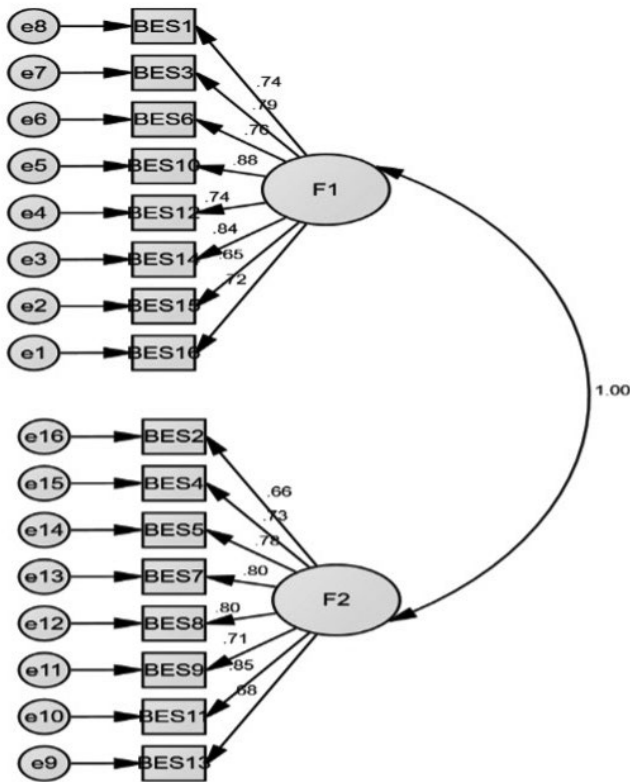
Análisis factorial exploratorio del BES

Estructura factorial de la Escala de Atracón Alimentario		
Reactivos	Cargas factoriales	
	Factor 1	Factor 2
1	.42	
3	.63	
6	.32	
10	.66	
12	.58	
14	.62	
15	.65	
16	.61	
2		.49
4		.57
5		.61
7		.58
8		.44
9		.47
11		.57
13		.51

Nota. Coeficiente alpha total = .90; Porcentaje de varianza explicada = 57.99%; Prueba de esfericidad de Barlett = 4936.13;  $gl = 120$ ;  $p = .01$ .

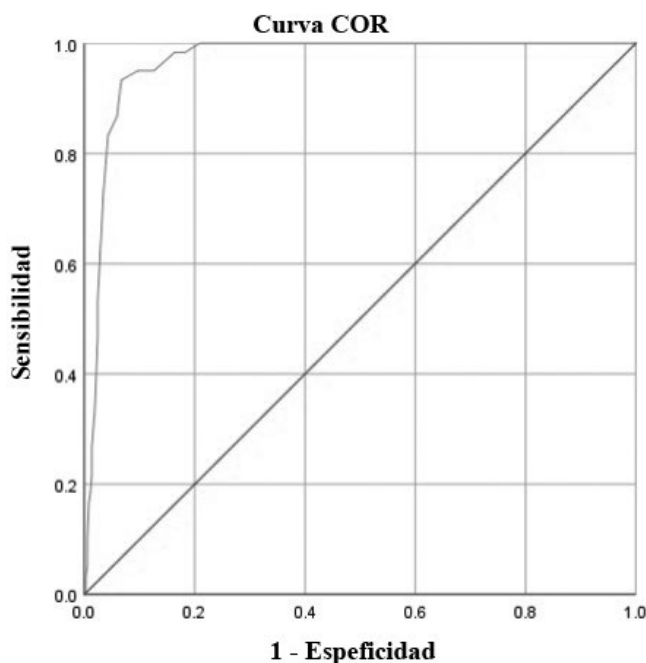
**Figura 1**

*Modelo de la estructura factorial confirmatoria de la Escala de Atracón en población mexicana de hombres y mujeres (BES, Gormally et al., 1982)*



**Figura 2**

*Curva de ROC para la Escala de Atracón Alimentario en población mexicana dating victimization*



que la escala es confiable para su aplicación. Asimismo, todos los ítems del BES se correlacionaron positivamente por encima de .5, lo que indicó un buen valor predictivo. Esto fue similar a un estudio en el que encontró que casi la mitad de los ítems estaban correlacionados positivamente (Grupski et al., 2013). Sin embargo, en otro estudio (Grilo, 2001) se encontraron correlaciones muy bajas para la mayoría de los reactivos. Se puede analizar que estas diferencias en los resultados de ambos estudios probablemente se debieron a la metodología empleada tanto para la recolección como para el análisis de los datos, ya que en nuestro estudio para el análisis de datos se empleó el AFC y en ese estudio únicamente un AFE, por lo que podría haber intervenido en la relación entre ítems.

Respecto a los resultados de sensibilidad y especificidad, los hallazgos mostraron que esta versión del BES es una buena herramienta para discriminar entre personas con atracón y sin atracón en la población comunitaria. El análisis de la curva ROC indicó alto nivel de sensibilidad en la identificación de individuos con sintomatología de atracón alimentario (98.3%) y también buena especificidad (93%) en identificar individuos sin atracones. Las observaciones tanto de sensibilidad como especificidad son similares a las reportadas en otros estudios realizados con muestras clínicas y comunitarias (Cella et al., 2019; Duarte et al., 2015; Grupski et al., 2003; Mina et al., 2021; Mourilhe et al., 2021). Estos estudios mostraron una sensibilidad ligeramente más alta y una especificidad más baja, lo que puede explicarse por las características de las muestras investigadas, ya que algunos de ellos se realizaron con pacientes candidatos para cirugía bariátrica (Grupski et al; 2003) y otros en población general (Duarte et al., 2015). Dado todo lo anterior, es importante resaltar que el BES es un buen instrumento de tamizaje que puede ayudar en la detección de casos de TpA y que también podría servir para optimizar un diagnóstico oportuno y la canalización de estos pacientes.

Es importante hacer notar que los resultados de este estudio indicaron que se puede identificar sintomatología de atracón alimentario tanto en hombres como mujeres, esto está en concordancia con otros estudios realizados (Escrivá-Martínez et al., 2019; Ribeiro et al., 2014). Sin embargo, la muestra de hombres que participaron en nuestro estudio fue baja, por lo que esta sería una limitante para poder generalizar los hallazgos.

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el BES es una herramienta de detección válida y útil. Dado que el BES es una de las escalas de evaluación más utilizadas para pacientes con TpA, los resultados obtenidos ayudan a que tanto clínicos/as como investigadores/as en el campo de los trastornos alimentarios puedan utilizarlo, maximizando sus beneficios tanto en población clínica como en comunitaria. Los resultados presentados ofrecen evidencia que apoya el uso del BES como una herramienta de tamizaje de la sintomatología de atracón, además, puede ser útil en estudios epidemiológicos de prevalencia e incidencia de TpA en la población mexicana.

En este sentido, el BES también puede ayudar a valorar los resultados de los tratamientos clínicos tanto a corto, mediano y largo plazo, y también en el trabajo multidisciplinar que se hace con otros profesionales de la salud que se dedican a la inter-

vención de esta psicopatología. Es importante mencionar que las intervenciones integrales y multidisciplinarias deben abordar aspectos psicológicos, sociales y culturales, además de los factores desencadenantes de un atracón, así como las causas del trastorno, ya que son de vital importancia para el tratamiento del mismo. Es en este contexto en el que los profesionales de la salud mental, en especial los psicólogos, desempeñan un papel importante para tratar los trastornos de la conducta alimentaria, donde se debe de dar un valor a las herramientas de tamizaje y cribado que apoyen en la práctica clínica y que respalden las diferentes investigaciones que se realizan con los pacientes.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Aunque hubo un buen tamaño de la muestra, hubo un bajo porcentaje de hombres. Esto es debido a que los hombres acuden poco a buscar ayuda para este padecimiento (Citrome, 2019), ya que en ellos existe menor conciencia de las psicopatologías alimentarias y mayor reticencia a buscar tratamiento para un trastorno que posiblemente consideren “femenino” (Velázquez-López et al., 2018). Esto pudo limitar la posibilidad de generalizar estos hallazgos en la población general. Además, los hallazgos con respecto a la precisión de la clasificación del instrumento deben corroborarse en investigaciones futuras utilizando muestras más grandes de diferentes edades (p. ej. adolescentes con y sin sintomatología de TpA) para confirmar la capacidad de la BES para discriminar casos clínicamente significativos.

### Conclusiones

El BES, de acuerdo a los resultados obtenidos, demostró una adecuada estructura factorial y es una medida válida y confiable para evaluar la severidad de los atracones. Además, este estudio ofrece una contribución sobre cómo el instrumento ayudó a identificar personas con sintomatología de TpA, por lo que es una herramienta útil para continuar investigando esta psicopatología alimentaria.

### Agradecimientos

Este artículo ha sido financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT-306721) y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, Número de cuenta 519011803, Número de becado 622907).

### Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>  
Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Albor, Y., Casanova, L., Orozco, R., Curiel, T., Fleiz, C., y Medina-Mora, M. E. (2016). Eight-year

- incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: Longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(2), 163-173. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0721-5>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C., y Courtois, R. (2016). Validation of the French version of the binge eating scale: Examination of its factor structure, internal consistency, and construct validity in a non-clinical and a clinical population. *L'Encephale*, 42(5), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>
- Cella, S., Fei, L., D'Amico, R., Giardiello, C., Allaria, A., y Cotrufo, P. (2019). Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates. *Open Medicine*, 14(1), 407-415. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0043>
- Citrome, L. (2019). Binge eating disorder revisited: What's new, what's different, what's next. *CNS Spectrums*, 24(S1), 4-13. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001032>
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6), 522-529. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000462>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., y Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., y Baños, R. M. (2019). The Binge Eating Scale: Structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and body mass index. *Frontiers in Psychology*, 10, 530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00530>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Feltner, C., Peat, C., Reddy, S., Riley, S., Berkman, N., Middleton, J. C., Balio, C., Coker-Schwimmer, M., y Jonas, D. E. (2022). Screening for eating disorders in adolescents and adults: Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA*, 327(11), 1068-1082. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1807>
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., y Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the Binge Eating Scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors*, 7(3), 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.09.002>
- Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., y Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, 9(3), 352-357. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.04.001>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., y Wilson, G. T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 69(2), 317-322. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.317>
- Grupski, A. E., Hood, M. M., Hall, B. J., Azarbad, L., Fitzpatrick, S. L., y Corsica, J. A. (2013). Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0537-4>
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., y McElroy, S. L. (2019). Update on binge eating disorder. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 669-680. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.003>
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Hood, M. M., Grupski, A. E., Hall, B. J., Ivan, I., y Corsica, J. (2013). Factor structure and predictive utility of the Binge Eating Scale in bariatric surgery candidates. Surgery for obesity and related diseases: *Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 9(6), 942-948. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.06.013>
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Contardi, A., Continisio, M., Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., y Fabbriatore, M. (2016). Factor structure of the binge eating scale in a large sample of obese and overweight patients attending low energy diet therapy: Psychometric properties of the binge eating scale. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 174-178. <https://doi.org/10.1002/erv.2384>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., y Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Lydecker, J. A., Gueorguieva, R., Masheb, R., White, M. A., y Grilo, C. M. (2020). Examining sex as a predictor and moderator of treatment outcomes for binge-eating disorder: Analysis of aggregated randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 20-30. <https://doi.org/10.1002/eat.23167>
- López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arevalo, R., Ocampo, M. T., Franco, K., y Alvarez-Rayón, G. L. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 25-38. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.1.20407>
- Martínez-Ávila, M. (2021). Análisis factorial confirmatorio: Un modelo de gestión del conocimiento en la universidad pública. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 53(23) e305. <https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1103>
- Marek, R. J., Tarescavage, A. M., Ben-Porath, Y. S., Ashton, K., y Heinberg, L. J. (2015). Replication and evaluation of a proposed two-factor binge eating scale (BES) structure in a sample of bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 11(3), 659-665. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.09.015>
- Mina, A., Hallit, S., Rogoza, R., Obeid, S., y Soufia, M. (2021). Binge eating behavior in a sample of Lebanese adolescents: Correlates and Binge Eating Scale validation. *Journal of Eating Disorders*, 9, 134. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00493-7>
- Mootabi, F., Moloodi, R., Dezhkam, M., y Omidvar, N. (2009). Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(4), 143-146.
- Mourilhe, C., Moraes, C. E. de, Veiga, G. da, Q da Luz, F., Pompeu, A., Nazar, B. P., Coutinho, E. S. F., Hay, P., y Appolinario, J. C. (2021). An evaluation of binge eating characteristics in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 162, 105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105176>
- Poinhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V. H., Moreira, P., Durão C. I., Pinho, O. I., Silva, D. I., Lima Reis, J. P., Verissimo, M. T., y Almeida, M. D. V. (2009) Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: Metodologia e resultados preliminares. *Alimentacao Humana*, 3, 2.
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., y Machado, P. P. P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 22(3), 185-190. <https://doi.org/10.1002/erv.2283>
- Robert, S. A., Rohana, A. G., Suehazlyn, Z., Maniam, T., Azhar, S. S., y Azmi, K. N. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: A comparison with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 28. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-28>
- Schulte, E. M., Grilo, C. M., y Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, 44, 125-139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., y First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Stevens, J. (1992). Applied Multivariate Statistics for the social sciences. *Journal of the American Statistical Association*, 63, 1-28.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., y Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use (5ª ed.)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., Ocampo Téllez-Girón, M. T., y Mancilla Díaz, J. M. (2000). Eating disorders and associated factors in dance students. *Psicología Contemporánea*, 7, 56-65.
- Velázquez López, H. J., Vázquez-Arévalo, R., y Mancilla-Díaz, J. M. (2018). Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literature. *Salud Mental*, 41(2), 91-100. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.014>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Williamson, D. A., Anderson, D. A., Jackman, L. P., y Jackson, S. R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En D. B. Allison y M. L. Baskin (Eds.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). Sage Publications, Inc.
- Zeidan, R. K., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., Hallit, S., y Obeid, S. (2019). Validation of the Arabic version of the Binge Eating Scale and correlates of binge eating disorder among a sample of the Lebanese population. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0270-2>
- Zúñiga, O., y Robles, R. (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15(5), 126-134.



## Apéndice. Escala de Atracón Alimentario

### Instrucciones:

- Al contestar cada pregunta, por favor, hazlo lo más verídicamente posible.
- Por favor selecciona solo una opción de respuesta.
- Marca con una "X" la respuesta que más se adecue a lo que piensas o haces.
- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- Recuerda que toda la información que proporciones será confidencial.

- 
- 1 a)  No me siento preocupado(a) con mi peso o mi talla cuando estoy con otros.  
 b)  Me siento preocupado(a) de cómo luzco para los demás, pero normalmente esto no me hace sentirme decepcionado(a) de mí mismo(a).  
 c)  Me siento preocupado(a) acerca de mi apariencia y peso y esto me hace sentir decepcionado(a) de mí mismo(a).  
 d)  Me siento muy preocupado(a) acerca de mi peso y frecuentemente siento una pena intensa y disgusto por mí mismo(a). Trato de evitar contactos sociales debido a mi preocupación por mi apariencia.
- 
- 2 a)  No tengo ninguna dificultad para comer lentamente y de manera adecuada.  
 b)  Aunque parece que "devoro" la comida no termino sintiéndome "lleno" por haber comido mucho.  
 c)  Algunas veces como muy rápido y después me siento incómodamente lleno.  
 d)  Siempre o casi siempre me paso la comida sin masticarla y cuando esto pasa me siento incómodamente "lleno" porque he comido demasiado.
- 
- 3 a)  Me siento capaz de controlar mis ganas de comer cuando yo quiero.  
 b)  Siento que he fallado en controlar mi alimentación más que una persona promedio.  
 c)  Me siento incapaz de controlar mis ganas de comer.  
 d)  Me siento desesperado porque no soy capaz de controlar mi manera de comer.
- 
- 4 a)  No acostumbro comer cuando estoy aburrido(a).  
 b)  Algunas veces me pongo a comer cuando estoy aburrido(a), pero siempre o casi siempre soy capaz de mantenerme ocupado(a) y dejar de pensar en la comida.  
 c)  Siempre o casi siempre me pongo a comer cuando estoy aburrido(a), pero algunas veces puedo hacer otra actividad para dejar de pensar en la comida.  
 d)  Siempre o casi siempre me pongo a comer cuando estoy aburrido(a) y nada parece ayudarme a romper ese hábito.
- 
- 5 a)  Generalmente, como cuando me siento físicamente con hambre.  
 b)  Algunas veces, como algo impulsivamente a pesar de que no tengo hambre.

- c)  Muchas veces, como cosas que realmente no disfruto para satisfacer mi sensación de hambre a pesar que físicamente no necesito comer en ese momento.  
 d)  A pesar de que físicamente no tengo hambre, tengo una sensación de hambre en mi boca que sólo es satisfecha comiendo cosas que me llenan la boca, como un sándwich. Cuando hago esto, algunas veces escupo la comida para no engordar.

- 
- 6 a)  No siento culpa ni me odio después de comer de más.  
 b)  A veces siento culpa o me odio después de comer de más.  
 c)  Siempre o casi siempre siento culpa o me odio después de comer de más.

- 
- 7 a)  Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, puedo volver a controlar mi forma de comer.  
 b)  Cuando hago dieta y la rompo comiendo algo "prohibido", algunas veces siento que "me equivoqué" y como aún más.  
 c)  Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, muchas veces siento que "cometí un error" y como aún más.  
 d)  Siempre o casi siempre hago dieta y la rompo porque tengo un atracón. Parece que mi vida transcurriera entre "atracones" y "tener hambre".

- 
- 8 a)  Muy pocas veces o nunca como tanto para sentirme incómodo(a).  
 b)  Algunas veces, aproximadamente 1 vez al mes, como tanto que al final termino sintiéndome "muy lleno(a)".  
 c)  Muchas veces durante el mes tengo periodos donde como grandes cantidades de comida, ya sea a la hora de la comida o entre comidas.  
 d)  Siempre o casi siempre como tanta comida que me siento incómodo(a) al acabar de comer, y a veces hasta con un poco de náuseas.

- 
- 9 a)  Mi ingesta de calorías no es muy baja ni muy alta.  
 b)  Algunas veces después de comer demasiado trato de disminuir mi ingesta de calorías casi a cero para compensar el exceso que había comido.  
 c)  Siempre o casi siempre como demasiado durante la noche. Generalmente no tengo hambre durante el día, pero como demasiado en la noche.  
 d)  Durante mi vida adulta hay semanas en que tengo largos periodos donde prácticamente me mato de hambre y luego como de más. Parece ser que mi vida transcurre entre "atracones" y "hambre".

- 
- 10 a)  Normalmente soy capaz de parar de comer cuando yo quiero. Sé cuándo "suficiente es suficiente".  
 b)  Algunas veces me da compulsión de comer y parece que no puedo controlar mi manera de comer.  
 c)  Muchas veces me da una urgencia por comer y pareciera que no la puedo controlar, pero otras veces sí la puedo controlar.  
 d)  Siempre o casi siempre me siento incapaz de controlar mi urgencia por comer. Tengo miedo de no poder parar de comer cuando yo quiera.

- 
- 11 a)  No tengo ningún problema para parar de comer cuando me siento “lleno(a)”.
- b)  Puedo parar de comer cuando me siento lleno, pero a veces como demasiado y me siento “muy lleno(a)”.
- c)  Muchas veces tengo el problema para parar de comer y me siento incómodamente “lleno(a)”.
- d)  Siempre o casi siempre soy incapaz de parar de comer cuando yo quiero y algunas veces ha sido necesario inducirme el vómito, usar laxantes o diuréticos para aliviar mi sensación de estar “muy lleno(a)”.
- 
- 12 a)  Como lo mismo cuando estoy con otros (familia, reunión social) que cuando estoy solo(a).
- b)  Algunas veces cuando estoy con otras personas no como tanto como quisiera porque me siento preocupado acerca de mi forma de comer.
- c)  Muchas veces como pequeñas cantidades de comida cuando hay gente a mi alrededor porque me siento avergonzado de mi forma de comer.
- d)  Siempre o casi siempre me siento muy avergonzado(a) por comer de más y elijo tiempos para comer de más cuando sé que nadie podría verme. Me siento como “un tragón de clóset”.
- 
- 13 a)  Hago tres comidas al día y solo algunas veces como bocadillos entre comidas.
- b)  Hago tres comidas al día pero muchas veces como bocadillos entre estas.
- c)  Cuando como muchos bocadillos me salto las comidas regulares.
- d)  Hay periodos que parece que estuviera comiendo todo el tiempo, sin ninguna comida planeada.
- 
- 14 a)  No pienso mucho acerca de tratar de controlar comer cosas que en realidad no deseo.
- b)  Algunas veces pienso acerca de tratar de controlar mi urgencia por comer.
- c)  Muchas veces paso mucho tiempo pensando acerca de cuanto comí o acerca de tratar de no comer más.
- d)  Siempre o casi siempre estoy pensando o comer o no comer. Siento que vivo para comer.
- 
- 15 a)  No pienso que la comida sea “lo más importante”.
- b)  Tengo antojos fuertes de comida, pero solo por periodos cortos de tiempo.
- c)  Hay días que parece que no puedo pensar en otra cosa que no sea la comida.
- d)  La mayoría de los días estoy preocupado acerca de la comida. Siento como si viviera para comer.
- 
- 16 a)  Siempre o casi siempre puedo distinguir si estoy físicamente hambriento(a) o no.
- b)  A veces me siento inseguro(a) de saber si estoy físicamente hambriento(a) o no. Cuando pasa esto me es difícil saber qué tanto debo comer para satisfacerme.
- c)  Aunque pienso que debería saber cuántas calorías debo comer, no tengo ni la menor idea cual es la cantidad “normal” de comida para mí.
-