

Marle dos Santos Alvarenga¹; Rachel Francischi²; Flávia Fontes³; Fernanda Baeza Scagliusi³; Sonia Tucunduva Philippi¹

Resumen

Introducción: las creencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos y la relación con los alimentos, en su conjunto, constituyen las actitudes alimentarias. **Objetivo:** desarrollar la versión en español del Disordered Eating Attitude Scale y realizar su evaluación psicométrica. **Materiales y métodos:** la encuesta original en portugués fue traducida al idioma español, re-traducida y comparada a la versión original, no presentando discrepancias. Se le denominó "Encuesta de actitudes alimentarias" (EAA) y fue aplicada a estudiantes universitarias de habla hispana (n=218). La consistencia interna fue determinada mediante el Alfa de Cronbach. La validez convergente fue establecida por correlación (Spearman) entre la EAA y el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26). La fiabilidad fue evaluada aplicando dos veces (test-retest) la EAA en una sub-muestra (n=26), con diferencia de 30 días utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (r). **Resultados:** la consistencia interna fue de 0,70. Hubo asociación significativamente positiva entre el puntaje total de la EAA con el puntaje obtenido mediante el EAT-26 ($r=0,54$). La correlación entre el test-retest fue de 0,81. **Conclusión:** la versión en español de la EAA es fiable, válida y precisa y será de utilidad para evaluar actitudes alimentarias en diferentes grupos poblacionales y en pacientes con trastornos alimentarios en países de habla hispana.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, actitud alimentaria, conducta alimentaria, psicometría.

¹ Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brasil.
marlealvarenga@gmail.com.

² Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.

³ Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

Como citar este artículo: Alvarenga MS, Francischi R, Fontes F, Scagliusi FB, Philippi ST. Adaptación y validación del Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspect Nutr Humana*. 2010;12:11-23.

Adaptation and validation of the Spanish version of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS)

Abstract

Introduction: the beliefs, thoughts, feelings, behaviors and relationship with food, all together, constitute eating attitudes. **Objective:** to develop and perform the psychometric evaluation of the Spanish version of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). **Methods:** the original scale was translated into Spanish, back translated and compared to the original version; discrepancies were not observed. The Spanish version was applied to Hispanic undergraduate female college students (n=218). Internal consistency was determined using Cronbach's Alpha; convergent validity was assessed by correlation (Spearman) between Spanish DEAS and the Eating Attitude Test -26 (EAT-26). Reliability was evaluated applying twice the scale to a sub-sample (n=26) within a 30 days interval. Spearman's correlation coefficient (r) was used to compare the test and retest scores. **Results:** internal consistency was 0,70. The DEAS total score was significantly associated with EAT-26 scores (r=0,54). The correlation between test-retest was r=0.81. **Conclusion:** the Spanish version of DEAS is reliable, valid and precise and will be useful to evaluate eating attitudes in different population groups and in eating disorder patients in Spanish spoken countries.

Key words: eating disorders, eating attitude, feeding behavior, psychometrics.

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos y actitudes alimentarias disfuncionales hacen parte del espectro de los desórdenes o trastornos alimentarios, que son cuadros psiquiátricos caracterizados por trastornos en la alimentación y en la imagen corporal (1), como por ejemplo la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Estos trastornos incluyen dietas muy restringidas, patrones de consumo inconsistentes, aversión a los alimentos y comportamientos purgativos.

A su vez, las actitudes alimentarias disfuncionales incluyen: tener pensamientos obsesivos sobre los alimentos y su contenido como el valor energético, sentir rabia por tener hambre, no ser capaz de seleccionar lo que va a comer, usar el alimento para compensar problemas emocionales, tener mitos y creencias irreales sobre alimentación y peso corporal, y comer hasta sentirse mal (2).

No solamente pacientes con trastornos alimentarios presentan actitudes alimentarias disfuncionales. En realidad, existen muchas personas con hábitos, creencias y sentimientos inadecuados en relación a la alimentación y el peso corporal (3), sin considerar que esto sea una actitud anormal, debido a que la preocupación por la dieta, las calorías, el peso y la apariencia es considerada normal en nuestra sociedad, especialmente entre las mujeres (4).

El concepto actitud alimentaria tiene diferentes interpretaciones según cada autor; de modo general el término es utilizado para referirse al conjunto de las actitudes relacionadas con el alimento y la dieta (5-8), independientemente de que exista o no un diagnóstico de trastornos alimentarios. Rozin y colaboradores (9) usan el término para referirse al rol del alimento en la vida de un individuo, mientras que Letarte, Dubé y Troche (10) afirman que las actitudes alimentarias tienen bases afectivas y cognitivas.

El conocimiento de las actitudes alimentarias de un grupo de individuos o de una población posibilita una mejor comprensión de las elecciones alimentarias de éstos e incluso, de sus estados de salud (9, 11). Además, la identificación de una actitud alimentaria aislada disfuncional, antes de que ocurra un cuadro patológico clásico, permite cuantificar la magnitud y trascendencia de ésta para actuar oportunamente y controlar el cuadro clínico.

Para evaluar trastornos alimentarios se han desarrollado buenos instrumentos como la Escala de Restricción Alimentaria (12), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (13), entre otros (14-16), pero éstos contemplan de manera limitada las actitudes alimentarias disfuncionales pre-patológicas. Dichos instrumentos se enfocan en los síntomas de los trastornos alimentarios, y dan poca relevancia a la relación entre la persona y el alimento en su dimensión simbólica, afectiva y cognitiva.

En el idioma español se cuenta con algunos tipos de instrumentos traducidos del inglés: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (17), validado al español por Castro y colaboradores (18); la versión más sintética de este, el EAT-26 (13), traducido al español por Baile y Garrido (19); el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) (14), adaptado al español por Guimerá y colaboradores (20); y su segunda versión, el EDI-2 (21), adaptado al español por Corral y colaboradores (22); la Escala Revisada de Restricción Alimentaria, propuesta por Herman y Polivy (23) y traducida al español por Silva (24).

A su vez, Alvarenga y colaboradores (25) conceptualizan actitud alimentaria como el conjunto de creencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos y la relación con los alimentos. Durante los años 2007-2009, estos autores desarrollaron en portugués el instrumento *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS), el cual se comprobó ser válido, fiable y preciso para evaluar las actitudes alimentarias

enmarcadas en este concepto más amplio (2). Posteriormente, la DEAS fue validada en el idioma inglés (26).

DEAS es una encuesta con 25 preguntas, cuyo puntaje se da en escala Likert (27) (valoración de mayor a menor en el constructo evaluado), con 5 sub escalas o factores: 1 relación hacia el alimento; 2 preocupación con la alimentación y la ganancia de peso; 3 comportamientos compensatorios y restrictivos; 4 sentimientos en relación a la alimentación; 5 concepto de alimentación normal. La DEAS puede ser utilizada tanto en colectividades como en grupos específicos de pacientes clínicos.

Este trabajo tuvo como objetivo traducir, adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la DEAS en su versión en español: la Encuesta de Actitudes Alimentarias (EAA), con la finalidad de contar con un instrumento en este idioma, que fuera válido, confiable y preciso para evaluar las actitudes alimentarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

La encuesta DEAS original en el idioma portugués fue traducida al idioma español por dos nutricionistas bilingües en portugués y español residentes en Panamá. Esta versión en español tuvo su comprensión de la terminología técnica en alimentación y nutrición validada y ajustada por tres nutricionistas del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud de Panamá. La versión final en español EAA fue traducida nuevamente al portugués por un traductor oficial y comparada con la versión original en portugués para verificar concordancia. No se encontraron discrepancias entre ambas versiones en portugués.

El instrumento de la EAA en español utilizado en este estudio se presenta en el anexo 1. La encuesta permite alcanzar un puntaje total que varía de 37 hasta 190 puntos, siendo el puntaje más alto el que indica peores actitudes alimentarias.

Encuesta de actitudes alimentarias

La presente investigación utilizó también el EAT-26 en su versión en español (19) para determinar la validez convergente del instrumento EAA. El EAT-26 fue el instrumento escogido para este análisis porque también fue utilizado para probar la validez convergente de la escala en portugués (2) e inglés (26) y por presentar traducción válida al idioma español.

Se solicitó a profesores de la Universidad de Panamá y Universidad Latina de Panamá la colaboración en la presente investigación. Dentro del salón de clases, los profesores deberían invitar, de modo aleatorio, a las alumnas que llenaban los criterios de selección para el estudio (detallados a continuación). A aquellas alumnas que aceptaron participar, se les entregaba el consentimiento previo, libre e informado para su firma y luego las encuestas EAA y EAT-26 para el auto llenado, dentro del salón de clases. Para caracterizar la muestra del estudio, se incluyeron preguntas sobre la edad, peso, estatura (todos auto-referidos), nivel socio-económico y grado de escolaridad del jefe del hogar. Las encuestas se realizaron entre los meses de octubre de 2008 y marzo de 2009.

Muestra

La muestra del estudio fue de 218 alumnas de las carreras de Arquitectura, Derecho, Enfermería, Tecnología Médica y Medicina de la Universidad de Panamá y de la Universidad Latina. La primera es una universidad pública y la segunda privada, ambas están ubicadas en la ciudad de Panamá y sus estudiantes tienen similar nivel socioeconómico.

Las alumnas fueron seleccionadas de la siguiente manera: con el objeto de alcanzar una muestra cercana al número mínimo que fue requerido para la validación de la encuesta en portugués e inglés [$n=200$ según Alvarenga y colaboradores (2, 26)], se invitó de modo aleatorio para participar de la presente investigación a cerca de 240 estudiantes universitarias que llenaban los criterios de inclusión

del estudio. Los criterios de inclusión fueron: sexo femenino, edad entre 18 y 50 años, aceptar y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: ser nutricionista o cursar las carreras de Nutrición o de Educación Física. Estos criterios fueron adoptados en la validación de la encuesta original en portugués (2) y también en la validación de la versión en inglés (26), para evitar sesgos por el conocimiento previo de estos estudiantes y su comportamiento alimentario tendencioso según describen varios autores (28-30). De todas las alumnas invitadas, 218 aceptaron participar de la presente investigación, componiendo así la muestra de este estudio.

Se aplicó la misma encuesta EAA una segunda vez (retest), a una sub muestra de 26 estudiantes de ambas universidades después de 30 días de la primera aplicación para poder determinar la fiabilidad del instrumento.

El estado nutricional fue definido según las categorías de clasificación del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (31): bajo peso (IMC < 18,50); peso normal o eutrofia (IMC entre 18,50 y 24,99); sobrepeso (IMC \geq 25,00). Para el sobrepeso, se definen pre-obesidad (IMC entre 25,00 y 29,99) y obesidad (IMC \geq 30,00).

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa SPSS versión 12.0 (Statistical Package for Social Science). Se definió el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Los análisis estadísticos y la metodología adoptada para la evaluación psicométrica de la EAA en español siguieron los estándares indicados en la literatura referente al tema (32) para la evaluación de la consistencia interna, la validez convergente y la fiabilidad según lo que se describe a continuación.

La consistencia interna de la EAA fue evaluada según Alpha de Cronbach que mide el grado de correlación entre las preguntas de la encuesta.

Para evaluar la validez convergente de la EAA, se comparó el puntaje obtenido en ésta con el de la versión en español del EAT-26 utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (r), debido a que los puntajes de las encuestas no tienen distribución normal. Se realizó la comparación de la suma de los puntajes de cada uno de los cinco factores de la EAA con la del total del EAT-26, así como del puntaje total de ambas, para obtener una mayor especificidad de la validez convergente.

Para evaluar la fiabilidad de la EAA se compararon los puntajes obtenidos mediante las pruebas test-retest utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (r).

Criterios éticos

El proyecto “Encuesta de actitudes alimentarias: desarrollo, validación y aplicación” fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (COEP 211/06 protocolo 1351). Hubo acuerdo sobre todas las cuestiones éticas para la validación del instrumento en español

entre la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y los investigadores responsables del proyecto de la Universidad de Sao Paulo. La presente investigación no implicó ningún tipo de riesgo para las participantes del estudio, las cuales sólo respondieron a cuestionarios, siempre y cuando libremente habían aceptado su participación y firmado un consentimiento previo, libre e informado.

RESULTADOS

La caracterización de las alumnas en cuanto a edad, peso, talla, IMC y renta mensual *per capita* puede ser apreciada en la Tabla 1. La evaluación del estado nutricional de las participantes según la clasificación del IMC indicó que el 7,8% ($n=17$) presentó bajo peso; 74,3% ($n=162$) estaba eutrófica; 15,1% ($n=33$) presentó pre-obesidad y 2,7% ($n=6$) obesidad.

En relación al grado de escolaridad del/la jefe de la familia, 213 alumnas respondieron a esta pregunta, siendo que 3,8% ($n=8$) refirió que el jefe de la familia era analfabeto o analfabeta; 14,5% ($n=31$) llegó a un ciclo básico; 26,3% ($n=56$) llegó a segundo ciclo básico; y 55,4% ($n=118$) llegó a curso superior.

Tabla 1. Datos generales de las estudiantes que participaron de la validación de la EAA

Característica	X±DE	Mediana	Rango
Edad (años)	20,8±3,1	20,0	18-40
Peso (kilogramos)	57,9±11,0	56,4	42,27-129,54
Talla (metros)	1,6±0,7	1,6	1,38-1,89
Índice de masa corporal (kg/m ²)	22,3±4,0	21,5	15,50-51,90
Renta mensual <i>per capita</i> (USD)	340±468,91	200	22,22-5000,00

X±DE= promedio ± desviación estándar

Rango= se refiere al valor mínimo y al máximo

Encuesta de actitudes alimentarias

La consistencia interna de la encuesta en su versión en español obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,70.

Los puntajes promedios y medidas de tendencia central obtenidos en la EAA (total y en cada uno de sus 5 factores) en el test y el retest, así como los del EAT-26 pueden ser observados en la Tabla 2. En la primera aplicación (test), el puntaje promedio en la EAA fue de 62,63 y en el retest fue de 57,27.

El coeficiente de correlación de Spearman entre el test y el retest (para el puntaje total de la EAA) fue de $r=0,81$ ($p<0,000$).

La Tabla 3 presenta la correlación entre los 5 factores de la EAA y el EAT-26. Los factores 1, 2 y 3 presentaron correlación positiva significativa, no ocurriendo lo mismo para los factores 4 y 5. La correlación entre el puntaje total de la EAA y el EAT-26 fue significativa con una r de 0,54.

Tabla 2. Puntaje de la EAA en el test y el retest en cada factor y en total del EAT-26

Factor	Test (n=218)			Retest (n=26)		
	X±DE	Mediana	Rango	X±DE	Mediana	Rango
Total EAA	62,6±13,4	61,0	40-136	57,3±10,4	55,0	42-79
Factor 1	18,3±6,2	17,0	12-58	15,5±3,6	14,0	12-24
Factor 2	7,4±3,3	7,0	4-20	6,4±2,0	6,0	4-11
Factor 3	5,8±2,9	4,0	4-18	4,7±2,1	4,0	4-14
Factor 4	3,6±1,7	3,0	3-11	3,3±1,1	3,0	3-7
Factor 5	27,6±6,0	26,0	14-52	27,1±7,5	26,0	18-42
Total EAT-26	11,7±8,0	10,0	0-48	-	-	-

X±DE= promedio ± desviación estándar

Rango= se refiere al valor mínimo y al máximo

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman del puntaje según factores de la EAA con el EAT-26

Factor	Coeficiente de correlación	Nivel de significancia (p)
Total EAA	0,54	<0,0001
1) Relación hacia el alimento	0,56	<0,0001
2) Preocupación con alimentación y ganancia de peso	0,57	<0,0001
3) Comportamientos compensatorios y restrictivos	0,35	<0,0001
4) Sentimientos en relación a la alimentación	0,07	0,309
5) Concepto de alimentación normal	0,12	0,084

DISCUSIÓN

La evaluación psicométrica de la versión en español de la EAA tuvo resultados similares a la evaluación del instrumento original en portugués (2) y de su validación en inglés (26).

El valor de la consistencia interna de la EAA en español fue muy próximo al de la encuesta original en portugués (0,75) (2) y de la versión en inglés (0,76) (26). Estos valores de consistencia interna son similares a los observados en otros instrumentos que analizan aspectos de las actitudes alimentarias (33, 34).

Los resultados del análisis convergente demostraron que cuanto mayor sea el comportamiento de riesgo para un trastorno alimentario (evaluado según el EAT-26), mayor es el puntaje total en la EAA. Al realizarse el análisis convergente separadamente por cada factor, se observó que el puntaje total de la EAT-26 se correlaciona positivamente con los factores 1, 2 y 3 de la EAA (relación hacia el alimento, preocupación con la alimentación y la ganancia de peso, comportamientos compensatorios y restrictivos) pero no con los factores 4 y 5 (sentimientos en relación a la alimentación, concepto de alimentación normal). Esta misma diferencia fue también observada en la evaluación psicométrica de la encuesta original en portugués (2). Teniendo en cuenta que el EAT-26 y la EAA evalúan diferentes aspectos y dimensiones de las actitudes alimentarias, la correlación entre ambos instrumentos no debe ser muy fuerte y no se hace necesaria la correlación con todos los factores de la escala (32). Es importante resaltar que la correlación significativa entre la EAA y el EAT-26 tanto para el puntaje total como para los factores uno a tres comprueba la validez convergente del instrumento; al mismo tiempo, la ausencia de correlación con los factores cuatro y cinco demuestra que la EAA complementa el EAT-26.

El EAT-26 es uno de los instrumentos más utilizados en el área de los trastornos alimentarios (35) y uno de los pocos instrumentos traducidos y validados al español que permiten conocer y evaluar aspectos de las actitudes alimentarias disfuncionales. Aunque el EAT-26 sea útil y válido, desde su desarrollo en 1982, tuvo su interpretación modificada en el escenario nutricional y no necesariamente señala actitudes alimentarias disfuncionales. Por ejemplo, la pregunta del EAT-26 sobre el consumo de productos dietéticos asume que el patrón de consumo “frecuente” significa un comportamiento disfuncional. Actualmente se considera que este interrogante no evalúa un comportamiento alimentario anormal, ya que los alimentos dietéticos (contenido reducido en azúcar, grasas o sodio, por ejemplo) fueron incorporados en la dieta de la población en general, incluso de aquellos que no necesariamente buscan reducir su peso corporal.

A partir de estas consideraciones se presenta la EAA como un instrumento más adecuado para evaluar las creencias, los pensamientos, los sentimientos, los comportamientos y la relación con los alimentos.

El promedio del total de puntos en la EAA de las universitarias de habla hispana fue similar al obtenido por las estudiantes universitarias de habla portuguesa de Brasil (61 ± 11) (2). El análisis discriminador de la EAA en el idioma portugués realizado con pacientes con trastornos alimentarios (bulimia y anorexia) reveló que el puntaje promedio de mujeres con bulimia fue de 135 ± 19 , y con anorexia de 115 ± 30 . Estos dos valores tan elevados fueron estadísticamente diferentes del puntaje obtenido por la muestra general de universitarias brasileñas (2). Similar análisis discriminador de la EAA pudiera ser realizado en un futuro estudio para verificar si pacientes con trastornos alimentarios de habla hispana presentan puntajes en la EAA significativamente superiores a la población femenina, en general también de habla hispana.

Encuesta de actitudes alimentarias

Es importante señalar que el enfoque de las actitudes alimentarias permite el entendimiento de los determinantes del consumo alimentario de un individuo o de un grupo poblacional, comprendiendo el porqué se come lo que se come y en lo que se basan las elecciones alimentarias. Lo anterior amplía la clásica evaluación de consumo alimentario, que considera solamente la ingesta de alimentos, energía y nutrientes (36-37). Todavía hay mucho que estudiar en esta área de investigación que integra conocimientos de varias ciencias como la nutrición, la psicología, la psiquiatría, la sociología y la antropología.

Instrumentos desarrollados, traducidos y validados que permitan la evaluación sistemática de las actitudes alimentarias constituyen herramientas esenciales para su comprensión. Como se pudo demostrar, la EEA en español parece ser fiable, válida y precisa. Además, la EEA considera una gama amplia de aspectos relacionados con las actitudes alimentarias, y podría permitir el

estudio de la alimentación en diferentes poblaciones, así como clarificar las diferencias en las actitudes disfuncionales. A su vez, la EEA en español podría ser de utilidad tanto para profesionales del área de la salud como para investigadores, interesados en evaluar las creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos alimentarios específicos y la relación con el alimento en grupos de pacientes clínicos y en diferentes poblaciones de habla hispana.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Fundación de Investigación del Estado de Sao Paulo (FAPESP, proceso número 06/56850-9) por el apoyo a la primera autora de este trabajo mediante el financiamiento de su investigación de post-doctorado; y a la Universidad de Panamá y a la Universidad Latina de Panamá por permitir el desarrollo de la investigación con sus alumnas.

Referencias

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 ed. Washington: APA; 1994. p. 583-96.
2. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and psychometric evaluation of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Percept Mot Skills*. 2010;110:1-17.
3. American Psychiatry Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3 ed. Virginia: APP; 2006.
4. Germov J, Williams L. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*. 1996;27:97-108.
5. Eiger MR, Christie BW, Sucher, KP. Change in eating attitudes: an outcome measure of patients with eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 1996;96:62-4.
6. Roininen K, Tuorila H, Zandstra EH, de Graaf C, Vehkalahti K, Stubenitsky K, et al. Differences in health and taste attitudes and reported behavior among Finnish, Dutch and British consumers: a cross-national validation of the Health and Taste Attitude Scales (HTAS). *Appetite*. 2001;37:33-45.
7. Aikman SN, Crites Jr SL, Fabrigan LR. Beyond affect and cognition: identification of the information bases of food attitudes. *J Appl Soc Psych*. 2006;36:340-82.
8. Aikman SN, Crites Jr SL. Structure of food attitudes: replication of Aikman, Crites, and Fabrigan 2006. *Appetite*. 2007;49:516-20.

9. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet health debate. *Appetite*. 1999;33: 163-80.
10. Letarte A, Dubé L, Troche V. Similarities and differences in affective and cognitive origins of food liking and disliking. *Appetite*. 1997;28:115-29.
11. Roininen K, Tuorila H, Zandstra EH, de Graaf C, Vehkalahti K, Stubenitsky K, et al. Differences in health and taste attitudes and reported behavior among Finnish, Dutch and British consumers: a cross-national validation of the Health and Taste Attitude Scales (HTAS). *Appetite*. 2001;37:33-45.
12. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Personality*. 1975;43:647-60.
13. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. *Psych Med*. 1982;12:871-79.
14. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *Int J Eating Dis*. 1983;2:14-34.
15. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosomatic Res*. 1985;29:71-83.
16. Van Strien T, Frijters JE, Van Staveren WA, Defares PB, Deurenberg P. The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *Int J Eating Dis*. 1986;5:747-55.
17. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psych Med*. 1979;9:273-9.
18. Castro J, Toro J, Salmero M, Guimerá E. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*. 1991;7:175-90.
19. Baile J, Garrido E. Características psicométricas del "Eating Attitud Test-26" en una muestra de chicas universitarias. En: *Interpsiquis*. 6 Congreso Virtual de Psiquiatría. 2005 [citado marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1074>.
20. Guimerá E, Querol E, Torrubia-Beltri R. Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anal Psiquiatría*. 1987;3:185-90.
21. Garner, DM. EDI-2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: TEA Ediciones; 1998. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie Menor Nº 267.
22. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En: EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: TEA ediciones; 1998. p. 69-80. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie Menor Nº 267.
23. Herman CP, Polivy J. Restrained eating. En: Stunkard A, ed. *Obesity*. Philadelphia: Saunders; 1980. p. 208-25.
24. Silva J. Consistencia interna y validez factorial de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria. *Rev Chil Nutr*. 2010;37:41-9.
25. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Effects of multiprofessional treatment on clinical symptoms, food intake, eating patterns, eating behaviors and body image of Brazilian bulimic patients. In: *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: new research*. New York: Nova; 2006. p. 105-43.
26. Alvarenga MS, Pereira RF, Scagliusi FB, Philippi ST, Estima CCP, Croll J. Psychometric evaluation of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS) - English version. *Appetite*. 2010; 55:374-6.
27. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psych*. 1932;140:1-55.
28. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*. 2001;14:3-6.

Encuesta de actitudes alimentarias

29. Fredenberg JP, Berglund PT, Dieken HA. Incidence of eating disorders among selected female university students. *J Am Diet Assoc.* 1996;96:64-8.
30. Reinstein N, Koszewski WM, Chamberlin B, Johnson CS. Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference? *J Am Diet Assoc.* 1992;92:949-53.
31. WHO. Global database on body mass index. Geneva; 2006 [citado marzo de 2009]. Disponible en: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
32. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
33. Laessle RG, Tuschl RJ, Kotthaus BC, Pirke KM. A comparison of the validity of three scales for the assessment of dietary restraint. *J Abnormal Psych.* 1989;98:504-7.
34. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *J Bras Psiq.* 2004;53:339-46.
35. Mintz LB, O'Halloran MS. The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorders criteria. *J Pers Assess.* 2000;74:489-503.
36. Estima CCP, Philippi ST, Alvarenga MS. Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? *Rev Bras Nutr Clin.* 2009;24:263-8.
37. Menchú, MT. *Guía metodológica para realizar encuestas familiares de consumo de alimentos*. Guatemala: INCAP; 1991.

Anexo 1. Encuesta de actitudes alimentarias en español (EAA)

PARTE I

1) Señale con una X cuál Usted considera que es un consumo saludable y necesario para cada uno de estos alimentos:

a)

- | | | | |
|-------------------|--|--|--|
| Azúcar | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Papa frita | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Aceites | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |

b)

- | | | | |
|---------------------|--|--|--|
| Pan | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Pastas | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Arroz | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Frijoles | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Carne roja | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Leche entera | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Quesos | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |

c)

- | | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| Legumbres y vegetales | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Frutas | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |
| Carne blanca | <input type="checkbox"/> Consumo frecuente | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional | <input type="checkbox"/> No consumirlo |

2) ¿Siente usted placer al comer?

Sí No

3) ¿Comer es algo natural para Usted?

Sí No

4) ¿Usted pasa 1 (un) día entero (o más) sin comer o solamente con líquidos pensando que esto la puede adelgazar?

Sí No

5) ¿Usted cuenta las calorías de todo lo que come?

Sí No

6) ¿A Usted le gusta la sensación de estar con el estómago vacío?

Sí No

7) ¿Tiene Usted el hábito de "saltar" comidas para evitar aumentar de peso?

Sí No

Encuesta de actitudes alimentarias

- 8) ¿Comer le hace sentirse “sucia”?
Sí No
- 9) ¿Tiene Usted buenos recuerdos asociados a la comida?
Sí No
- 10) ¿Le gustaría a Usted no tener que alimentarse?
Sí No
- 11) ¿Piensa Usted que es normal comer, algunas veces, solo porque uno está triste, molesto o aburrido?
Sí No
- 12) ¿Qué comportamiento tiene Usted después de comer una cantidad de alimentos mayor de la que está acostumbrada?
 Vuelve a alimentarse de manera habitual.
 Considera que perdió el control y sigue comiendo aún más.
 Decide seguir algún tipo de dieta, para compensarlo.
 Utiliza alguna manera de compensación, como actividad física, vómitos, laxativos y diuréticos.

PARTE II

Para cada pregunta abajo, señale con una X la frecuencia con la cual tiene usted los siguientes pensamientos y/o comportamientos:

- 13) Yo siento culpa cuando como un alimento que yo había decidido no comer por algún motivo.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 14) Yo dejo de comer un alimento si sé que tiene más calorías de lo que yo imaginaba.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 15) Yo me preocupo todo el tiempo con lo que voy a comer, cuánto comer, cómo preparar el alimento o si debo o no comerlo.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 16) Yo me preocupo cómo un alimento o una comida me puede engordar.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 17) Tengo rabia de sentir hambre.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 18) Tengo dificultades en escoger lo que voy a comer, porque siempre pienso que debería comer menos y/o la opción con menos calorías.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 19) Cuando deseo un alimento específico, yo sé que no voy a lograr parar de comerlo hasta que lo termine.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.

- 20) Me gustaría tener total control sobre mi apetito y mi alimentación.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 21) Yo busco comer poco en frente de los otros para después comer mucho cuando estoy sola.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 22) Yo tengo miedo de empezar a comer y no parar más.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 23) Sueño con una “píldora” que sustituya la comida.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 24) En fiestas y *buffets*, me quedo nerviosa y/o fuera de control, en función de la gran oferta de comida.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.
- 25) Mi relación con la comida estorba toda mi vida.
 Siempre. Muy frecuentemente. Frecuentemente. A veces. Raras veces/nunca.

Notas:

Para los análisis de las respuestas, considerar las preguntas correspondientes para cada uno de los cinco factores o sub-escalas de la EAA:

- Factor 1 (relación hacia el alimento) incluye las preguntas 8, 10, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25;
- Factor 2 (preocupación con el alimento y la ganancia de peso) incluye las preguntas 5, 14, 15 y 16;
- Factor 3 (comportamientos compensatorios y restrictivos) incluye las preguntas 4, 6, 7 y 12;
- Factor 4 (sentimientos en relación a la alimentación) incluye las preguntas 2, 3 y 9;
- Factor 5 (concepto de alimentación normal) incluye las preguntas 1a, b, c y 11.

