



Consejo General  
de la **Psicología**  
ESPAÑA



Miembro de la Federación Europea  
de Asociaciones de Psicólogos

Conde Peñalver, 45. 5º Izq.  
28006 Madrid – España  
Tel.: +34 91 444 90 20  
Fax: +34 91 309 56 15  
secop@cop.es  
www.cop.es

# **EVALUACIÓN DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-3)**

## RESUMEN DE LA VALORACIÓN DEL TEST

### Descripción general

Características	Descripción
Nombre del test	EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.
Autor	David M. Garner
Autor de la adaptación española	Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui, y Fernando Sánchez Sánchez.
Variable(s)	Conducta alimentaria
Área de aplicación	Psicología clínica
Soporte	Papel y lápiz

### Valoración general

Características	Valoración	Puntuación
Materiales y documentación	Excelente	5
Fundamentación teórica	Excelente	5
Adaptación	Excelente	5
Análisis de los ítems	Buena	4
Validez: contenido	Buena-excelente	4,5
Validez: relación con otras variables	Buena	4
Validez: estructura interna	Excelente	5
Validez: análisis del DIF	Buena	4
Fiabilidad: equivalencia	--	--
Fiabilidad: consistencia interna	Buena	4
Fiabilidad: estabilidad	Adecuada-buena	3,5
Fiabilidad: TRI	--	--
Fiabilidad: inter-jueces	--	--
Baremos e interpretación de puntuaciones	Buena-excelente	4,5

## Comentarios generales

El Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3 (EDI-3) es un instrumento de fácil aplicación y corrección que nos ofrece una medida estandarizada de los rasgos y constructos psicológicos que se han mostrado clínicamente más relevantes en personas con trastornos de la conducta alimentaria. Se trata de una versión sustancialmente mejorada del EDI original y del EDI-2 incorporando en su desarrollo todos los avances teóricos de los últimos años en referencia a la etiología, mantenimiento y variación de los principales síntomas de los TCA. Se puede comentar que es uno de los instrumentos “gold” estándar para la evaluación de este conjunto de rasgos y fenómenos psicológicos así como para su uso en población no clínica cuando así se requiere requiera. Esta afirmación está justificada tanto a nivel empírico y como a nivel sustantivo.

Algunos de los aspectos de mejora o puntos fuertes de esta nueva versión del EDI con respecto a la versión anterior (EDI-2) y mencionados en el manual serían:

-El EDI-3 ha sido mejorado significativamente incorporando escalas que se ajustan más congruentemente a los dominios y constructos psicológicos que las modernas teorías han identificado como los más relevantes en la etiología, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Su revisión está basada en datos obtenidos de una amplia muestra clínica de pacientes de varios centros de tratamiento de TCA de EE.UU, Canadá, Europa, y Australia. Los autores indican que se ha llevado a cabo una depuración conceptual y una serie de mejoras de las propiedades psicométricas lo que representan un avance importante para la evaluación psicológica de los TCA.

-Introduce un sistema de puntuación de 0 a 4 puntos, mejorando la fiabilidad de algunas escalas y ampliando el rango de puntuaciones.

-Además, incorpora escalas para el control de sesgos de respuesta, algo que no estaba contemplado en las anteriores versiones del EDI. Esto nos ayuda a determinar el grado de confianza que el clínico puede depositar en los resultados alertando de la presencia de patrones de respuesta que sugieren un posible sesgo en los resultados.

-Es posible su uso tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, aunque su uso en esta última no está recomendado por los autores. Sin embargo, dada la extensión de su uso en población no clínica incorpora baremos de población no clínica española y mexicana.

-Se ha simplificado la hoja de perfil de las puntuaciones lo que permite una fácil representación de los resultados e incluye información sobre los grupos de comparación lo que permite una más rápida interpretación de los resultados y del perfil clínico del paciente.

-Otra de las novedades es el EDI-3 RF, que es un cuestionario de remisión que se puede utilizar en escuelas, institutos, centros deportivos y otros contextos no clínicos con fines de *screening* para la identificación de individuos que podrían presentar un TCA y necesitan ser derivados a un profesional.

- Se presenta un extenso manual que nos proporciona toda la información necesaria para la utilización del test, de forma clara y correcta. Se trata de un manual muy completo que nos

proporciona una revisión de las propiedades psicométricas del EDI-3 y una extensa revisión de la bibliografía más relevante, incluyendo además guías de interpretación con ejemplos prácticos que pueden ser muy útiles.

Por lo tanto la valoración del test en general resulta muy positiva por su utilidad clínica para la evaluación de la presencia y la gravedad de los distintos síntomas característicos de un TCA.

Algunos aspectos mejorables tienen que ver con:

- La descripción de las muestras de tipificación para su adaptación a población española y mexicana. No se detalla el proceso de selección, es decir, si se realizó algún tipo de sección aleatoria, o fue completamente una muestra incidental seleccionando a aquellos pacientes a los que se tenía acceso. En cuanto a la muestra no clínica, tampoco hay una descripción del proceso de selección, ni se aporta información sobre la voluntariedad de su participación en el estudio.

-Por otro lado, se podría incluir, en futuras versiones del EDI información sobre la categoría diagnóstica de trastorno por atracón (*Binge Eating Disorder*). Lógicamente el EDI-3 no ha podido incluir aspectos sobre este trastorno pues la fecha de publicación del tests es 2004 y el trastorno por atracón ha sido incluido en el Apéndice B del DSM-IV y recientemente ha sido reconocido como una categoría diagnóstica independiente en el DSM-5 (APA, 2013).

- Finalmente resultaría muy interesante que el soporte de aplicación y corrección del test pudiera estar disponible en otros formatos además del actual soporte papel y lápiz.

## ANÁLISIS DETALLADO DE LA PRUEBA

### 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TEST

#### 1.1. Nombre del test:

- EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

#### 1.2. Nombre del test en su versión original:

- EDI-3, Eating Disorder Inventory-3.

#### 1.3. Autor del test original:

- David M. Garner.

#### 1.4. Autor de la adaptación española:

- Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui y Fernando Sánchez Sánchez.

#### 1.5. Editor del test en su versión original:

- Psychological Assessment Procedures, Inc.

#### 1.6. Editor de la adaptación española:

- TEA Ediciones, S. A.

#### 1.7. Fecha de publicación del test original:

- 2004.

#### 1.8. Fecha de la publicación del test en su adaptación española:

- 2010.

**1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:**

- 2010.

**1.10. Área general de la(s) variable(s) que pretende medir el test:**

- Escalas clínicas, variables de riesgo y variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

**1.11. Breve descripción de la(s) variable(s) que pretende medir el test:**

- El EDI-3 evalúa los rasgos y constructos psicológicos que se han mostrado clínicamente más relevantes en la etiología, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas en personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo no es proporcionar un diagnóstico TCA sino ofrecer una medida comprensiva de la presencia e intensidad de los rasgos psicológicos y de las agrupaciones de síntomas clínicamente relevantes en el marco de una evaluación extensa de los sujetos con TCA. De este modo el instrumento proporciona un perfil psicológico útil para la planificación del tratamiento y para valorar su eficacia en aspectos psicológicos clave.
- En concreto, el inventario está organizado en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) y nueve escalas psicológica generales que son altamente relevantes, pero no específicas de, los TCA (Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos, Desajuste emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la madurez). También proporciona 6 índices o puntuaciones compuestas derivadas de las escalas: uno específico de los TCA (Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). En el manual pueden consultarse los seis índices del EDI-3 y las escalas de las que se derivan.
- Por último, además de las escalas e índices principales, el EDI-3 incorpora 3 escalas de validez que permiten detectar patrones de respuesta inconsistentes o extraños que deberían suscitar la sospecha del examinador sobre la validez de los resultados. Estas escalas son: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa.
- En resumen, el EDI-3 proporciona puntuaciones independientes de 12 escalas y de 6 índices que pueden ser empleadas para obtener el perfil clínico de pacientes TCA, así como tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones o estilos de respuesta extraños o infrecuentes. Los perfiles pueden emplearse para planificar el tratamiento, para identificar las áreas de específicas de intervención y valorar la respuesta al tratamiento.

- El EDI-3 RF es una medida breve de autoinforme diseñada para evaluar el riesgo de desarrollar TCA. Realiza una evaluación de la necesidad de remitir al sujeto a un servicio especializado en TCA mediante 3 escalas de riesgo (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal) y otras variables relacionadas con los TCA (aspectos sociodemográficos, la historia de peso y los comportamientos relacionados con los síntomas TCA. Incluye tres criterios independientes de remisión basados en la información proporcionada por el propio sujeto: a) criterio de remisión basado en el índice de masa corporal (IMC) en comparación con tablas de referencia; b) criterios de remisión basado en el IMC, en la presencia de preocupaciones excesivas sobre el peso y la alimentación y la presencia de patrones preocupantes de alimentación y; c) criterio de remisión basado en la presencia de síntomas conductuales indicativos de TCA.

#### **1.12. Áreas de aplicación:**

- Psicología clínica, psicología educativa, y psicología del deporte.

#### **1.13. Formato de los ítems:**

- Respuesta graduada tipo Likert.

#### **1.14. Número de ítems:**

A continuación se indica el número de ítems de las 12 escalas principales que suman los 90 ítems en total del EDI-III:

- - Obsesión por la delgadez: 7 ítems
- - Bulimia: 8 ítems
- - Insatisfacción corporal: 10 ítems
- - Baja autoestima: 6 ítems
- - Alienación personal: 7 ítems
- - Inseguridad interpersonal: 7 ítems
- - Desconfianza interpersonal: 7 ítems
- - Déficits interoceptivos: 9 ítems
- - Desajuste emocional: 8 ítems
- - Perfeccionismo: 6 ítems
- - Ascetismo: 7 ítems
- - Miedo a la madurez: 8 ítems

A continuación se indica el número de ítems del total de 90 ítems del EDI-III utilizados (que se tienen en consideración) en cada una de las 3 escalas de validez:

- Inconsistencia: 20 ítems
- Infrecuencia: 10 ítems.
- Impresión negativa: 89 ítems

- Por último, el EDI-3 RF se compone de 25 ítems en total en la Parte A que se corresponden con los ítems del EDI-3 de las escalas Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal y en la Parte B cuenta con 14 ítems adicionales.

#### **1.15. Soporte:**

- Papel y lápiz.

#### **1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada:**

- Nivel C.

#### **1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable:**

- Muestras clínicas de personas con trastornos de la conducta alimentaria de 12 años en adelante y muestras no clínicas de 10 años en adelante. Los autores aconsejan su uso preferentemente del EDI-3 en muestras clínicas y del EDI-3 RF para muestras no clínicas.
- Proporciona baremos para mujeres de 12 a 50 años para los siguientes grupos diagnósticos: a) Anorexia nerviosa subtipo restrictivo; b) Anorexia nerviosa subtipo purgativo; c) Bulimia nerviosa y d) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

#### **1.18. Existencia o no de diferentes formas del test y sus características:**

- Existe una versión del test denominado EDI-3 RF para población no clínica de 10 años en adelante. Esta versión contiene un manual propio con normas de aplicación, corrección e interpretación y está desarrollado para tratar de identificar a los sujetos en riesgo o con sintomatología de TCA no diagnosticada en población no clínica. Esta versión se ha diseñado para que pueda utilizarse por profesores, entrenadores, etc. Su interpretación se basa en la aplicación de una serie de sencillas y claras reglas de decisión que indican la necesidad o conveniencia de remitir/derivar a los sujetos en riesgo a un centro de salud mental.
- Por otro lado, también se ha desarrollado otro test complementario al EDI-3 para población clínica denominado EDI-SC. Se ha desarrollado como un listado de síntomas para ser usado en entornos clínicos y en otros contextos en los que sea necesario disponer de información sobre la presencia y frecuencia de síntomas específicos. Se trata de un listado de síntomas estructurado que contiene preguntas sobre la presencia y frecuencia de diferentes conductas (atracones, vómitos, etc.) agrupadas en 9 secciones.

#### **1.19. Procedimiento de corrección:**

- Manual y hoja auto corregible.

#### **1.20. Puntuaciones:**

- Los ítems tienen un formato de respuesta formada con 6 opciones: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Cada ítem puntúa de 0 a 4. Las respuestas extremas en la dirección patológica o sintomática del ítem (Siempre o

Nunca, dependiendo de la dirección del elemento) reciben una puntuación de 4. Las opciones de respuesta inmediatamente adyacentes a las anteriores (Casi siempre o Pocas veces) reciben una puntuación de 3, las siguientes opciones de respuesta adyacentes (A veces y A menudo) reciben 2 puntos y las dos siguientes opciones adyacentes (A menudo y A veces) reciben una puntuación de 1. Las dos opciones de respuesta opuestas al polo patológico del ítem reciben ambas una puntuación de 0. EDI-3: Es preciso que el sujeto conteste a todas las preguntas. Si hay algún ítem no contestado se podría prorratear pero es conveniente no tener que hacerlo.

- Para calcular una puntuación directa de una escala sólo es necesario sumar las puntuaciones que integran esa escala. Para facilitar el cálculo de las puntuaciones de las escalas se dispone de una hoja de corrección que se extrae al retirar el trepado (tira de papel perforada) de la derecha de la hoja de respuestas.
- El siguiente paso consiste en anotar las puntuaciones directas de cada escala en las casillas correspondientes de la hoja resumen de puntuaciones para transformar las puntuaciones directas de cada escala en puntuaciones T (puntuaciones típicas con media 50 y desviación típica 10) y en percentiles utilizando los baremos adecuados (población clínica o población no clínica). Para la transformación de las PD en puntuaciones T de las escalas de riesgo se utilizan diferentes tablas (son específicas para cada grupo diagnóstico). Nos proporcionan intervalos de confianza del 95%.
- En población no clínica hay dos baremos específicos, uno para población española y otro para población mexicana. Además, presenta tres escalas adicionales que permiten valorar la calidad de las respuestas dadas por una persona: la escala de inconsistencia, la escala de infrecuencia y la escala de impresión negativa. Para la escala de inconsistencia se calcula la diferencia entre cada par de ítems que forman parte de ésta y que podemos encontrar en la parte derecha de la hoja resumen de puntuaciones. Se resta la puntuación mayor de la menor en cada par y se suma el resultado proporcionando uno de tres rangos (típica, atípica y muy atípica). Con respecto a la escala de infrecuencia se calcula sumando los ítems de la escala que han obtenido una puntuación de 4. Este número nos proporciona también un rango de infrecuencia (típica, atípica y muy atípica). El mismo procedimiento se realiza con la escala de impresión negativa.
- En cuanto al EDI-3-RF sigue el mismo procedimiento que el EDI-3. En este caso se calculan las puntuaciones directas totales de las tres escalas de riesgo sumando los valores de cada uno de los ítems que la componen. Las puntuaciones directas de las escalas Tendencia a la delgadez y Bulimia se utilizan para establecer si el sujeto cumple o no los criterios de remisión y la puntuación directa total de la escala Insatisfacción corporal se utiliza de forma cualitativa para establecer cómo de insatisfecho se encuentra el sujeto con su cuerpo estableciendo 3 niveles cualitativos



de insatisfacción con el propio cuerpo (baja, moderada y alta). A continuación se calcula el IMC del sujeto y se contrasta si cumple alguno de los criterios de remisión.

**1.21. Escalas utilizadas:**

- Centiles y puntuaciones estandarizadas T (media 50, desviación típica 10).

**1.22. Posibilidad de obtener informes automatizados:**

- No.

**1.23. Tiempo estimado para la aplicación del test:**

- En aplicación individual: 20 minutos EDI-3 / 10 minutos EDI-3-RF.
- En aplicación colectiva: 20 minutos EDI-3 / 10 minutos EDI-3-RF.

**1.24. Documentación aportada por el editor:**

- Manual.
- Información técnica complementaria y actualizaciones.
- Manual del cuestionario de remisión EDI- RF.

**1.25. Precio de un juego completo de la prueba:**

- 148,28 Euros (consultado 08/Julio/2016).

**1.26. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos:**

- 11,98 Euros (pq 10). (consultado 08/Julio/2016).

**1.27. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta:**

- 24,31 Euros (pq. 25) (consultado 08/Julio/2016).

**1.28. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor:**

- 20,09 euros. Paquete de 25 ejemplares autocorregibles del EDI-3 RF 36,31 euros. (consultado 08/Julio/2016).

## 2. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TEST

### 2.1. Aspectos generales

Contenido	Valoración	Puntuación
2.1. Calidad de los materiales del test	Buena	4
2.2. Calidad de la documentación aportada	Excelente	5
2.3. Fundamentación teórica	Excelente	5
2.4. Adaptación del test	Excelente	5
2.5. Desarrollo de los ítems del test	Excelente	5
2.6. Calidad de las instrucciones para el participante	Excelente	5
2.7. Calidad de las instrucciones (administración, puntuación, interpretación)	Buena	4
2.8. Facilidad para registrar las respuestas	Excelente	5
2.9. Bibliografía del manual	Excelente	5
2.10. Datos sobre el análisis de los ítems	Buena	4

### 2.11. Validez

#### 2.11.1. Evidencias de validez de contenido

Contenido	Valoración	Puntuación
2.11.1.1. Calidad de la representación del contenido o dominio	Excelente	5
2.11.1.2. Consultas a expertos	-	-

## 2.11.2. Evidencias de validez basadas en la relación entre las puntuaciones del test y otras variables

### 2.11.2.1. Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

Contenido	Valoración	Puntuación
<b>2.11.2.1. Diseños empleados</b>	Correlaciones con otros tests, diferencias entre grupos	
<b>2.11.2.1.1. Tamaño de las muestras</b>	Varios estudios con muestras de tamaño moderado o con alguna muestra grande y otras pequeñas	4
<b>2.11.2.1.2. Procedimiento de selección de las muestras</b>	-	
<b>2.11.2.1.3. Calidad de los tests empleados como criterio o marcador</b>	Excelente	5
<b>2.11.2.1.4. Promedio de las correlaciones con otros tests que miden constructos similares</b>	Buena	4
<b>2.11.2.1.5. Promedio de las correlaciones con otros tests que miden constructos no relacionados</b>	Adecuada	3
<b>2.11.2.1.6. Resultados de la matriz multirasgo-multimétodo</b>	-	-
<b>2.11.2.1.7. Resultados de las diferencias intergrupo</b>	Excelente	5

### 2.11.2.2. Evidencias de validez basadas en la relación entre las puntuaciones del test y un criterio

Contenido	Valoración	Puntuación
<b>2.11.2.2.1. Criterios empleados</b>	Se han obtenido diferentes evidencias en muestras amplias y variadas	
<b>2.11.2.2.2. Calidad de los criterios empleados</b>	Excelente	5
<b>2.11.2.2.3. Relación temporal entre test y criterio</b>	Concurrente	
<b>2.11.2.2.4. Tamaño de las muestras</b>	Varios estudios con muestras de tamaño moderado o con alguna muestra grande y otras pequeñas	4
<b>2.11.2.2.5. Procedimiento de selección de las muestras</b>	-	
<b>2.11.2.2.6. Promedio de las correlaciones del test con los criterios</b>	Muy buena	4

### 2.11.3. Evidencias de validez basadas en la estructura interna

Contenido	Valoración	Puntuación
2.11.3.1. Resultados del análisis factorial	Excelente	5
2.11.3.2. Funcionamiento diferencial de los ítems	Buena	4

### 2.11.4. Acomodaciones en la administración del test

Contenido	Valoración	Puntuación
2.11.4. El manual del test informa sobre las acomodaciones en la administración del test	No	

## Comentarios generales sobre evidencias de validez

Las evidencias de validez de la adaptación española del EDI-3 se obtuvieron analizando las relaciones entre los elementos del test y su concordancia con el modelo teórico utilizado en su construcción. Se analizaron las relaciones entre el test y otras variables externas (puntuaciones en otros tests, comportamientos en subgrupos de pacientes y no-pacientes, variables con las que hipotéticamente es esperable que se relacionen o que no se relacionen, etc.).

Entre las evidencias basadas en la estructura interna se analizaron las relaciones entre las escalas, se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Se evidenció además una alta equivalencia factorial entre las estructuras de los ítems que componen las escalas de riesgo de TCA en la muestra original y en la muestra de tipificación de la adaptación española.

En la búsqueda de evidencias externas de validez se estudiaron las relaciones entre las escalas y otras variables de personalidad y se analizó el comportamiento de las escalas en muestras clínicas y no clínicas. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas entre mujeres con TCA y mujeres sin TCA indicaron que las puntuaciones del EDI-3 son capaces de discriminar y reflejar las diferencias entre individuos con y sin TCA, aportando por tanto evidencia sobre la sensibilidad y validez de sus puntuaciones.

En cuanto al análisis de los ítems de las escalas psicológicas, los resultados muestran un elevado grado de consistencia con el modelo teórico propuesto en la versión original. Los resultados sugieren que la adaptación española mantiene la estructura original del EDI-3.

## 2.12. Fiabilidad

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12.1. Datos aportados sobre fiabilidad	Coeficientes de fiabilidad y error de medida para diferentes grupos de personas	

### 2.12.2. Equivalencia formas paralelas

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12.2.1. Tamaño de las muestras	-	-
2.12.2.2. Puesta a prueba de los supuestos de paralelismo	-	-
2.12.2.3. Promedio de coeficientes de equivalencia	-	-

### 2.12.3. Consistencia interna

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12.3.1. Tamaño de las muestras	Varios estudios con muestras grandes	5
2.12.3.2. Coeficientes de consistencia interna presentados	Coeficiente alfa o KR-20	
2.12.3.3. Promedio de los coeficientes de consistencia	Buena	4

### 2.12.4. Estabilidad (test-retest)

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12.4.1. Tamaño de las muestras	Un estudio con una muestra pequeña	1
2.12.4.2. Coeficientes de estabilidad	Excelente	5

### 2.12.5. Cuantificación de la precisión mediante TRI

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12.5.1. Tamaño de las muestras	-	-

<b>2.12.5.2. Coeficientes proporcionados</b>	-	
<b>2.12.5.3. Tamaño de los coeficientes</b>	-	-

### 2.12.6. Fiabilidad inter-jueces

Contenido	Valoración	Puntuación
<b>2.12.6.1. Tipos de coeficientes presentados</b>	-	
<b>2.12.6.2. Promedio de los coeficientes</b>	-	-

### Comentarios generales sobre fiabilidad

La fiabilidad del instrumento ha sido evaluada utilizando dos aproximaciones diferentes. En primer lugar se analizó la consistencia interna de las puntuaciones y en segundo lugar su estabilidad temporal. En el manual se aportan los coeficientes de fiabilidad, los errores típicos de medida y los intervalos de confianza del EDI-3 en muestras amplias de la población general así como muestras clínicas. La consistencia interna en muestras clínicas es excelente obteniendo los valores de alfa entre 0,74-0,96 y en muestras no clínicas los alfa de las escalas e índices son más bajos que los obtenidos en la muestra clínica con un rango de valores alfa entre 0,44-0,95.

En relación a la estabilidad temporal, se realizó un estudio con una submuestra de 33 pacientes. Se estudiaron las puntuaciones obtenidas en dos aplicaciones del test (test-retest) y se estudió la correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambos momentos. Los valores obtenidos fueron muy elevados en todos los casos, indicando que las puntuaciones obtenidas con el EDI-3 presentan una alta fiabilidad en términos de estabilidad temporal. Los coeficientes oscilaron entre el 0,85 y el 0,99.

En términos generales, la estimación de la fiabilidad de las puntuaciones del EDI-3 son muy buenas.

## 2.13. Baremación e interpretación de las puntuaciones

### 2.13.1. Interpretación normativa de las puntuaciones

Contenido	Valoración	Puntuación
<b>2.13.1.1. Calidad de las normas</b>	Amplio rango de baremos en función de la edad, el sexo, el nivel cultural y otras características relevantes	5

<b>2.13.1.2. Tamaño de las muestras</b>	Muy grande	5
<b>2.13.1.3. Aplicación de estrategia de tipificación continua</b>	Sí	
<b>2.12.1.4. Procedimiento de selección de las muestras</b>	Incidental	
<b>2.12.1.5. Actualización de baremos</b>	Excelente	5

### 2.13.2. Interpretación referida a criterio

Contenido	Valoración	Puntuación
<b>2.13.2.1. Adecuación del establecimiento de los puntos de corte</b>	-	-
<b>2.13.2.2. Procedimiento empleado para fijar los puntos de corte</b>	-	
<b>2.13.2.3. Procedimiento de obtención del acuerdo inter-jueces</b>	-	
<b>2.13.2.4. Valor del coeficiente de acuerdo inter-jueces</b>	-	-

## Comentarios generales sobre baremación e interpretación de las puntuaciones

La utilización de baremos específicos para cada grupo diagnóstico ha sido una tradición en el EDI. Los autores recomiendan la utilización de baremos para cada uno de los grupos diagnósticos, y el análisis de las diferencias en las puntuaciones de los grupos diagnósticos de la muestra de tipificación apoya esta decisión. El manual nos proporciona baremos específicos para cada grupo diagnóstico (Anorexia Nerviosa-subtipo restrictivo; Anorexia Nerviosa subtipo purgativo; Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado) así como baremos para población no clínica española y baremos para población no clínica mexicana.

Las pautas de interpretación del EDI-3 se han elaborado utilizando las puntuaciones directas, las puntuaciones T y los percentiles de la muestra de tipificación. Se establecieron unos rangos clínicos que permiten al profesional saber si las puntuaciones que presenta un paciente en particular se sitúan por encima de lo que es habitual en los pacientes con el mismo diagnóstico (rango clínico elevado), si son similares (rango clínico típico) o se sitúan por debajo de lo que es habitual (rango clínico bajo). Los autores aconsejan el uso preferente del EDI-3 en muestras clínicas y del EDI-3 RF para muestras no clínicas. Estos baremos permiten al evaluador establecer si el individuo presenta alguno de los rasgos o constructos evaluados por el EDI-3 en comparación con la población general de su misma edad y sexo.