

Revisión

Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos

Belén Leyva Vela¹, Silvia Henarejos Alarcón¹, Alejandro Martínez Rodríguez²

¹Hospital del Vinalopó. ²Departamento de Biología Aplicada. Universidad Miguel Hernández. Elche. España.

Resumen

Fundamentos: Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son uno de los principales temas de interés del siglo XXI. El creciente interés en el tratamiento y la investigación de los TCA ha fomentado el desarrollo de los métodos de evaluación, y ahora se pueden encontrar diversos cuestionarios para la evaluación de TCA, centrados tanto en las características de los hábitos alimentarios como de los aspectos psicológicos. Este trabajo pretende revisar los instrumentos de detección y evaluación que se utilizan ampliamente en la práctica clínica y la investigación en materia de TCA.

Métodos: Las bases de datos científicas que se utilizaron para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica fueron: MEDLINE, Cochrane, Scopus, PsycINFO, Psycodoc y Web of Science.

Resultados: Los instrumentos descritos incluyen cuestionarios de evaluación y herramientas de medición para los síntomas específicos de los TCA.

Discusión: Se discuten los factores que influyen en la validez diagnóstica de las diferentes herramientas de evaluación de los TCA. Estos problemas aparecen a causa de las dificultades asociadas a una detección del trastorno parte de los sujetos analizados.

Conclusiones: Los TCA son enfermedades psiquiátricas complejas asociadas a aspectos nutricionales, que pueden derivar en complicaciones médicas importantes.

Palabras clave: Desórdenes alimentarios. Hábitos alimentarios. Detección precoz.

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son un problema de salud con un elevado impacto en la sociedad. Hoy en día, el peso y la figura corporal son aspectos que preocupan mucho a la población, sobre todo a los adolescentes y a los adultos jóvenes. Aparecen

REVIEW OF TOOLS IN ADULT SPANISH POPULATION FOR DETECTION OF EATING DISORDERS

Abstract

Background: Eating disorders are one of the principal interest issue of the twenty-first century. The growing interest in the treatment and research of eating disorders has stimulated the development of assessment methods, and there are now many questionnaires for evaluating behavioral and attitudinal characteristics of eating pathology.

Objectives: This work sets out to review the assessment tools that are widely used in clinical practice and research over eating disorders. In particular, it covers self-report measures with summaries of their psychometric properties.

Method: MEDLINE, Cochrane, Scopus, PsycINFO, Psycodoc and Web of Science were searched up until nowadays for tools assessing the detection of eating disorders.

Results: The instruments described include screening questionnaires and measurement tools for specific eating disorder symptoms.

Discussion: There is also a discussion of distorting factors that decrease the authenticity of assessment tools. These problems arise from the definition of some constructs and from the phenomena of denial and concealment, which are frequent among eating-disordered individuals.

Conclusion: Eating disorders are complex psychiatric and nutritional disorders with significant medical complications.

Key words: Eating disorders. Food habits. Early diagnosis.

cada vez en edades más tempranas y continúan presentes hasta edades más avanzadas. Normalmente, estos TCA suelen aparecer con más frecuencia en las mujeres¹ y en los países desarrollados^{2,3}. En esta población, los TCA se sitúan como la tercera enfermedad crónica, que se ha visto incrementada en los últimos años, como muestran estudios recientes^{4,5,6}.

Estudios sobre la población española^{7,8}, muestran que las cifras de prevalencia global de TCA en mujeres, se sitúan en torno al 4-5%. Específicamente, en la Comunidad Valenciana, se estimó que la prevalencia de TCA fue del 5% en mujeres y casi el 1% en varones.

Los TCA se pueden definir como aquellos trastornos psicológicos que comportan alteraciones graves en el comportamiento de la ingesta. Estos trastornos suelen

Correspondencia: Alejandro Martínez Rodríguez.
Departamento de Biología Aplicada.
Universidad Miguel Hernández.
Avda. de la Universidad, s/n.
03202 Elche. Alicante. (España).
E-mail: alejandro.martinez@umb.es

Fecha Recibido: 4-9-2014.
Fecha Aceptado: 18-11-2014.



tener un origen multifactorial. Otros autores^{9,10}, realizan una definición más generalizada, entendiendo los TCA como un grupo de síndromes cuyos rasgos psicopatológicos son una preocupación por el peso y la figura exagerada, así como la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física, a la que puede acompañar los sentimientos de baja autoestima.

En resumidas cuentas, entre los factores que están relacionados con la aparición de los TCA, es importante remarcar, entre otros la dieta, ser mujer, adolescente y tener una percepción distorsionada de la imagen corporal. Los TCA están caracterizados por la gravedad de la sintomatología asociada, una fuerte oposición al tratamiento y un elevado riesgo a la nueva aparición del TCA^{11,12}; además del elevado grado de comorbilidad o la aparición de nuevos trastornos como las adicciones, estados depresivos, baja autoestima y problemas en las conductas sociales¹³.

Dentro de los diferentes TCA¹⁴, la anorexia nerviosa (AN) se puede definir de forma resumida como una serie de conductas de restricción alimentaria y emaciación que se observan en el bajo peso y la amenorrea. La bulimia nerviosa (BN), sin embargo, muestra episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias, pudiendo ser o no de tipo purgativo. Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), incluye a aquellos TCA que no cumplen con todos los criterios de AN o BN.

Por un lado, la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría y el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV)¹⁵, diferencia los siguientes TCA: AN (subtipos restrictivo y bulímico); BN (subtipos purgativo y no purgativo); Rumiación o pica y otros TCA, como el trastorno por atracón (TPA).

Por otro lado, la clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)¹⁶, apartado de Psiquiatría, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), distingue entre: AN (AN Atípica, hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, otros TCA) y BN (BN Atípica, vómitos en otras alteraciones psicológicas y TCA sin especificación).

En cuanto a la definición diagnóstica de los TCA, es necesario comentar las dificultades que presentan. En la mayoría de los casos, los estudios de prevalencia sobre TCA, atienden a los criterios diagnósticos que se establecen los manuales DSM-IV¹⁵ y CIE-10¹⁶. No obstante, son muchos los TCANE que deben de tenerse en cuenta, por lo que se han establecido una serie de clasificaciones de estos atendiendo a los diferentes cuadros sintomatológicos.

La principal preocupación en cuanto a los TCA, debido a su aumento en los últimos años, reside en la AN y la BN. En España^{17,18}, la AN está presente en cerca del 1% de la población, en la que el 90% de los casos son mujeres. La BN, que afecta al doble o al triple de la población, es más habitual que la AN.

En relación a la detección de los TCA^{19,20,21}, se ha de prestar atención a las manifestaciones clínicas, que comprenden cuatro dimensiones fundamentales. La pri-

mera son las alteraciones de la conducta, entre las que se encuentra la conducta de ingestas (restricción alimentaria, purgas, dietas muy severas, episodios de atracones, actividad física intensa, excesivo control de peso, obsesión por la imagen corporal, etc.), las relaciones sociales (retraimiento social, conductas de evitación o fóbicas, problemas en el establecimiento de vínculos, alteraciones en la sexualidad, etc.) y las adicciones (drogadicción, alcoholismo, etc.). La segunda son la rigidez mental y el pensamiento supersticioso, por un lado; y las alteraciones cognitivas, por otro, donde aparecen las distorsiones cognitivas, como la magnificación de las consecuencias, la personalización, o la generalización entre otras. La tercera son los trastornos psicopatológicos, entre los que se pueden diferenciar a su vez, la alteración de la corporalidad, los trastornos afectivos (ansiedad, depresión, trastornos compulsivos), los trastornos de la personalidad, la escasa consciencia de la enfermedad, y el trastorno obsesivo de control del entorno (engaño, manipulación, etc.). La cuarta y última, son las complicaciones médicas, que pueden ser numerosas y muy diversas; pueden afectar a todos los sistemas del organismo, en ocasiones produciendo hasta la defunción.

Anteriormente se ha comentado que la etiopatogenia de los TCA suele ser multifactorial. No obstante, diferentes estudios^{22,23} han demostrado que en el 76% de los casos el inicio de la anorexia o la bulimia nerviosa está precedido por factores estresantes. Además, concretamente en BN se refieren mayores casos de atracones debido a situaciones estresantes²⁴. Incluso recientes estudios^{25,26}, exponen que los TCA son un refugio para combatir al estrés.

Por ejemplo, dentro del ámbito laboral sanitario, las enfermeras muestran elevados niveles de estrés, asociados a diferentes factores, entre los que predomina el exceso de trabajo. Además, el estrés laboral que sufre esta población, se ve agravado por las rotaciones en los turnos laborales²⁷.

Un estudio realizado con enfermeras militares²⁸, presenta que un 1% se ajustan a los criterios (CIE-10) para AN y un 12,5% para BN. Dicho estudio informa que el estilo de vida excesivamente activo, como se da dentro del ámbito militar y la profesión de enfermería, parece imitar al ambiente que pueden presentar las enfermeras civiles hoy en día.

Asimismo, los resultados del estudio realizado con enfermeras de Ohio en 2002²⁹, muestran que los TCA estaban aumentados en las enfermeras con niveles de estrés laboral elevado.

Diversos autores³⁰ ponen de manifiesto las limitaciones metodológicas a la hora de registrar los diagnósticos en la detección de los TCA, ya que en muchos procesos no hay uniformidad en los criterios a analizar.

En materia de salud pública, la programación de los recursos sanitarios se centrarán en aquellas poblaciones en las que se precise una intervención, por lo que es necesario conocer una serie de factores y especificarlos en cada estudio que se vaya a llevar a cabo; entre los que se encuentran el tipo de trastorno a analizar, cómo se





van a determinar las muestras, cuál va a ser el diseño del estudio y sobre todo qué instrumento se va a utilizar para evaluar la presencia de los TCA.

En este sentido, debido a que las enfermeras presentan altos niveles de estrés laboral y por ello están predispuestas a presentar problemas relacionados con la conducta alimentaria. El objetivo de este estudio es realizar una búsqueda bibliográfica de los diferentes cuestionarios que permitan alertar de un posible TCA en adultos para poder administrarlos al personal sanitario de enfermería.

Metodología

Este trabajo de revisión bibliográfica se realizó a través de las directrices informativas para revisiones sistemáticas "Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health" publicadas en 2013³¹.

El primer paso fue la formulación del problema, en este caso "conocer los distintos cuestionarios que permitan detectar la posible presencia de un TCA en la población adulta".

El segundo paso, la estrategia de búsqueda se desarrolló con la intención de identificar todos aquellos estudios que tratan de detectar o evaluar la presencia o los efectos de TCA en personas adultas. Las fuentes de información de la búsqueda sistemática, incluyó las siguientes bases de datos científicas: MEDLINE, Cochrane, Scopus, PsycINFO, Psicodoc y Web of Science. El período de tiempo que se contempló fue: desde sus inicios hasta la actualidad. Los descriptores utilizados fueron: "eating disorder", "eating attitudes", "eating behavior", "test", "questionnaire", "BED (binge eating disorder)", "anorexia", "bulimia", "assessment", "validity". También se realizó una búsqueda manual en las citas de referencias de revisiones. Se obtuvieron los artículos en los que aparecían descritos los cuestionarios sobre TCA originales con el texto completo.

En el tercer paso, se realizó una preselección de las referencias más importantes en relación a la evaluación de los TCA. A continuación, se realizó la selección de aquellos estudios que contenían los diferentes cuestionarios aplicados para detectar TCA. Una vez seleccionados los estudios, los criterios de inclusión para cada uno de los cuestionarios se describen a continuación. Debían poder emplearse de alguna de las siguientes maneras: como forma de cribado para los TCA, así como medir sus síntomas, factores de riesgo o características específicas. La aplicación de estos cuestionarios tenía que ser posible para la población adulta, que debía estar bien definida e identificada en el estudio correspondiente. Los criterios de exclusión fueron que los cuestionarios no estuviesen validados en lengua castellana, que no se pudiesen aplicar en la población adulta, que se tratase de cuestionarios abiertos o entrevistas semi-estructuradas o estructuradas.

En el cuarto paso, se realizó la lectura crítica y evaluación de los estudios analizados, para confirmar la validez de los estudios y comprobar que no estaban presentes

determinadas características, bien del diseño o de la muestra, que pudiese influir en las interpretaciones y conclusiones. Por estos motivos, se excluyeron cuestionarios que incluían otros sectores de la población que no fuesen adultos, y que podían influir dependiendo de la edad de la población de estudio. No se limitó la inclusión de los cuestionarios en la revisión por el país de publicación. Sin embargo, si que se limitó la inclusión de los cuestionarios a aquellos que estuviesen validados en lengua castellana.

El quinto paso que se realizó fue la extracción de datos. En esta se procedió a recoger la información principal de cada uno de los estudios seleccionados, que se centraba principalmente en la aplicación del cuestionario sobre TCA pertinente. La recopilación de los datos se realizó en una hoja de cálculo, con formato previo, se resumieron las variables que se muestran a continuación: autor principal, año de publicación, nombre del cuestionario, TCA que evalúa, población en la que se estudia, propiedades psicométricas, escalas, características, versión, sociedad para la que ha sido validado y características principales.

En el sexto paso se analizaron los datos que aportaron los diferentes estudios y se sintetizaron los principales resultados, que se combinaron e integraron en forma de tablas representadas en el apartado de los resultados.

En el séptimo paso, para la interpretación de los resultados, a través de la representación de toda la información de los distintos cuestionarios contemplados en una tabla, trata de facilitar el proceso de toma de decisiones basado en pruebas científicas para seleccionar una u otra herramienta.

Resultados

En cuanto a la evaluación en la detección de TCA, parece que la manera más común y fácil para realizar un cribado en la población general o en grandes grupos de riesgo, es la de realizar cuestionarios validados, en los que se pregunte acerca de la preocupación por la comida, conductas compensatorias y demás indicadores de un posible TCA.

Los resultados que se extraigan de estos cuestionarios, tan sólo pueden servir para indicar la presencia de casos con un posible TCA, aunque no puede considerarse como un diagnóstico, sino que debería confirmarse a través de otras herramientas, como son las entrevistas, llevadas a cabo por los profesionales competentes en la materia, en este caso, los psicólogos.

Para llevar a cabo un cribado de los TCA con garantía de incorporar al máximo los cuadros positivos y los mínimos falsos negativos, es necesario utilizar cuestionarios validados en español, y a ser posible en la sociedad española.

Las tablas I, II, III y IV muestran los principales cuestionarios válidos para población adulta y con versión en español: SCOFF^{32,33}, BITE^{34,35,36}, BES^{37,38}, QEWP-R^{39,40}, BULIT^{41,42,43}, BULIT-R^{44,45,46}, EAT-40^{47,48}, EAT-26^{49,50}, TFEQ/EI^{51,52}, EDI^{53,54,55}, EDI-2^{56,57} y EDE-Q^{58,59,60,61}.





Tabla I
Cuestionarios TCA

Siglas	SCOFF ^{32,33}	BITE ^{34,35,36}	BES ^{37,38}
Nombre	Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire	Bulimic Investigatory Test Edinburgh	Binge Eating Scale
Instrumento para	Tamizaje	Tamizaje	Características específicas
Objetivo	Cribado para detectar posibles TCA	Evaluar aspectos cognitivo-conductuales de la BN, con énfasis en la medición del atracón	Evaluar características cognitivo-conductuales del atracón y diferenciar entre niveles de severidad del atracón
Autores	Morgan, Reid & Lacey	Henderson & Freeman	Gormally, Black, Daston & Rardin
Año	1999	1987	1982
Población	Adultos. Estudiantes universitarias y atención primaria	Adultos	Adultos. Pacientes en tratamiento conductual para la obesidad. Mujeres y varones
Versión	Español	Español	Español
Validado para la sociedad	Española: Garcia-Campayo & cols., 2005	Española: Rivas, Bersabé & Jiménez, 2004. Mejicana: Franco & cols., 2010	Mejicana: Zuñiga & Robles, 2006
Propiedades psicométricas	Adecuada sensibilidad y especificidad para el tamizaje de pacientes con TCA. La consistencia interna (CI) (alfa (α) de Cronbach) fue aceptable	La CI de las subescalas, en la muestra total, fue para la puntuación total, síntomas y severidad $\alpha = 0,85, 0,96$ y $0,62$; Sensibilidad = $84, 88$ y 71 ; y Especificidad = $83, 86$ y 63 ; respectivamente	La CI total fue $\alpha = 0,85$; Sentimientos y Cogniciones ($\alpha = 0,88$) y Manifestaciones Conductuales ($\alpha = 0,87$). Existe poca evidencia respecto a su validez
Escalas	Está compuesto por 5 preguntas dicotómicas. Todos los ítems son directos. El punto de corte utilizado fue de 2 respuestas afirmativas	Síntomas y Severidad	Sentimientos y Cogniciones; y Manifestaciones Conductuales
Características	Fácil de aplicar dada la reducida cantidad de preguntas y que éstas se responden como sí o no. Es una buena alternativa para tamizar grandes grupos de población por su sencillez y rapidez de administración. Los casos positivos podrían estudiarse a profundidad por el profesional de atención primaria, antes de realizar una remisión automática	Descripción: Consta de 33 reactivos, 30 con un formato de respuesta dicotómico (No-Sí) que se califica con 0 y 1, mientras que los tres reactivos restantes tienen 5, 6 ó 7 opciones de respuesta en escala tipo Likert y se califican de 1 a 5, 6 ó 7, respectivamente	Se compone de 16 reactivos, ocho miden aspectos conductuales del atracón y, los ocho restantes, los sentimientos y/o cogniciones asociadas al mismo. Cada reactivo incluye cuatro enunciados que miden la severidad del rasgo y se califican en una escala de 0 a 3 puntos

Discusión

Los TCA representan una de las tres enfermedades crónicas más habituales dentro de la población de mujeres jóvenes^{1,2,3}. Un retraso en la detección del trastorno o en la identificación y diagnóstico, puede conducir a un retraso en la intervención y tratamiento, con lo que va a empeorar el futuro pronóstico de las pacientes⁶².

Algunos autores^{9,10} señalan que los trastornos alimentarios son esencialmente trastornos cognitivos y presen-

tan una sintomatología basada en primer lugar en la sobrevaloración del peso y la figura y de su control, que se estima más intensa que el descontento normativo que se encuentra en gran parte de la población sin TCA y especialmente en mujeres. Y en segundo lugar, en la sobrevaloración del control de la ingesta en sí misma, incidiendo mayoritariamente sobre los hábitos alimentarios, en los que específicamente se pretende limitar el consumo de comida, o bien, realizar diversas conductas compensatorias.



Tabla II
Cuestionarios TCA

Siglas	QEWP-R ^{39,40}	BULIT ^{41,42,43}	BULIT-R ^{44,45,46}
Nombre	Questionnaire Of Eating And Weight Patterns-Revised	Bulimia Test	Bulimia Test- Revised
Instrumento para	Tamizaje	Tamizaje BN	Tamizaje BN
Objetivo	Identificar individuos con episodios de atracón recurrente, así como discriminar entre pacientes con TPA y BN	Evaluar y detectar en la población riesgo de desarrollar síntomas de BN. Evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso	Evaluar y detectar en la población riesgo de desarrollar síntomas de BN. Evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso
Autores	Spitzer, Yanovsky Et Marcus	Smith Et Thelen	Thelen, Farmer, Wonderlich Et Smith
Año	1993	1984	1991
Población	Adultos que asistían a programas de control de peso	Población general	Población general
Versión	Español	Español	Español
Validado para la sociedad	Mejicana: López, Mancilla, Vázquez, Alvarez Et Franco, 2011	Española: Vázquez Et cols., 2007. Méjico: Alvarez, Mancilla y Vázquez	Española: Berrios-Hernández Et cols., 2007. Mora Et Raich, 1993
Propiedades psicométricas	Obtuvo un valor Kappa = 0,60	CI: Atracón, Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón y Conductas Compensatorias, $\alpha = 0,85, 0,82, 0,58$ respectivamente. Especificidad = 97% y Sensibilidad = 79%. Adecuada fiabilidad y validez	Valores superiores a 90% en especificidad y sensibilidad. Fiabilidad = 0,83-0,95. CI: $\alpha = 0,92-0,98$
Escalas	Contiene 13 reactivos con un formato de respuesta en escala dicotómica	Atracón, Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón y Conductas Compensatorias	Atracón, Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón y Conductas Compensatorias
Características	Util para identificar la frecuencia y duración del atracón, el uso de métodos para controlar el peso y el grado de ansiedad relacionada con el atracón	Tiene 36 reactivos con cinco opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad o frecuencia, y se califican de 1 a 5. Para calcular la puntuación total se sugiere excluir ocho ítems (7, 33, 34 y 36) que miden uso de laxantes, de diuréticos o amenorrea	Tiene 36 reactivos, igual que BULIT. Para calcular la puntuación total se sugiere excluir ocho ítems (6, 11, 19, 20, 27, 29, 31)

Para una adecuada evaluación inicial de las personas con TCA, es necesario realizar una revisión exhaustiva de la historia del paciente, los síntomas actuales, el estado físico, medidas de control de peso y otros problemas psiquiátricos o trastornos como la depresión, ansiedad, abuso de sustancias, o problemas de personalidad. También es recomendable que el diagnóstico y plan de tratamiento, se elabora de forma conjunta con la colaboración multidisciplinar de profesionales, entre los que se encuentra el psicólogo, el psiquiatra, el médico y el nutricionista.

Este tipo de trastornos, pueden dar lugar a efectos secundarios adversos y muy perjudiciales para la

salud^{19,20,21}. Además de la fobia a engordar y determinados tipos de comida, las personas que presentan un TCA se sienten aislados socialmente, ya que piensan que no pueden confiar a nadie su problema, o por lo menos, a un grupo de personas de confianza muy reducido, con la condición de que los acepten. Aparte de ello, se muestra aparece un dilema en los pacientes, donde tiene lugar la constatación de problemas físicos que van apareciendo, el miedo a la muerte y la imposibilidad de dejar de controlar su comida. Asimismo, presentan dificultades para conciliar el sueño y aprovechar las horas de descanso; anímicamente se muestran muy tristes y desdichados.

Tabla III
Cuestionarios TCA

Siglas	EAT-40 ^{47,48}	EAT-26 ^{49,50}	TFEQ/EJ ^{51,52}
Nombre	Eating Attitudes Test-40 ítems	Eating Attitudes Test-26 ítems	Three-Factor Eating Questionnaire/ Eating Inventory
Instrumento para	Tamizaje	Tamizaje	Tamizaje
Objetivo	Identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas	Identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas	Evaluar tres dimensiones de la conducta alimentaria: control consciente, desinhibición y susceptibilidad al hambre
Autores	Garner & Garfinkel	Garner & cols	Stunkard & Messick
Año	1979	1982	1985
Población	Adulta	Adulta	Adulta
Versión	Español	Español	Español
Validado para la sociedad	Española: Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991	Española: Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda & Muñoz, 2003	Mejicana: López-Aguilar & cols., 2011
Propiedades psicométricas	CI: Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, Control Oral y Total; $\alpha = 0,90, 0,84, 0,83$ y $0,93$ respectivamente. Adecuada confiabilidad y validez (0,61). Sensibilidad = 91% y Especificidad = 69%	Adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0,86$)	CI: total = 0,89; Restricción ($\alpha = 0,93$), Desinhibición ($\alpha = 0,91$) y Hambre ($\alpha = 0,85$). Todos los reactivos correlacionaron de manera significativa con la puntuación total. Adecuadas propiedades psicométricas. La estructura factorial muestra inestabilidad
Escalas	Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, y Control Oral	Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, y Control Oral	Restricción: Ingesta emocional Desinhibición y Hambre: Ingesta descontrolada
Características	El cuestionario más conocido y ampliamente utilizado. Consta de 40 ítems sobre diferentes síntomas relacionados con AN, que se contestan en una escala Likert de 6 puntos, que se califican de 0 a 3 puntos (desde "nunca" hasta "siempre"). ítems, el punto de corte propuesto por los autores es de 30. En la adaptación española se recomienda emplear un punto de corte de 20. No discrimina entre AN y BN	Tiene 6 opciones de respuesta (escala Likert). Todos los ítems son directos excepto ítem 25. El punto de corte considerado según la adaptación española del instrumento fue de 20	Está conformado por 51 reactivos que se dividen en dos apartados, 36 con un formato de respuesta dicotómico y 16 con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert

Es por ello, que se plantea la necesidad de evaluar otros aspectos psicológicos asociados a los TCA. En este sentido, sería recomendable utilizar métodos de evaluación para medir aspectos en relación a la personalidad o características psicopatológicas en general, entre otros.

En estudios^{63,64} con grandes muestras de población, no pueden realizar esta división en dos fases, ya que aparecen diversos condicionantes que dificultan su aplicación. En estos aspectos condicionantes se encuentran los siguientes: el factor económico (contratar personal cuali-

ficado para realizar las entrevistas), tiempo de evaluación y el anonimato (debido a que para realizar la segunda fase, se debería proporcionar algún dato personal o código para que el sujeto de estudio sea reconocible).

En los estudios para evaluar un TCA de forma adecuada, deberían estar establecidos en dos fases. En la primera fase, es cuando se puede facilitar a los sujetos de estudio un cuestionario de barrido. En la segunda fase, se seleccionarán a aquellos individuos que igualen o superen el punto de corte del cuestionario empleado para el primer barrido. En la segunda fase, se llevará a cabo una

Tabla IV
Cuestionarios TCA

Siglas	ED ^{53,54,55}	EDI-2 ^{56,57}	EDE-Q ^{58,59,60,61}
Nombre	Eating Disorders Inventory	Eating Disorders Inventory-2nd version	Eating Disorder Examination Questionnaire
Instrumento para	Medir características específicas de los TCA	Medir características específicas de los TCA	Medir características específicas de la bulimia
Objetivo	Evaluar características psicológicas propias de pacientes con trastorno alimentario	Evaluar características cognitivo-conductuales asociadas a la AN y la BN	Valoración más detallada y exhaustiva de los episodios bulímicos
Autores	Garner, Olmstead & Polivy	Garner	Fairburn & Beglin
Año	1983	1998	1994
Población	Adulta	Adulta	Adulta
Versión	Español	Español	Español
Validado para la sociedad	Mejicana: Guimerá & Torrubia, 1987. Mancilla & cols., 2000	Mejicana: García-García & cols., 2003	Española: Penelo, & cols., 2012. Peláez-Fernández, Labrador & Raich, 2013. Colombiana: Elder & Grilo, 2007
Propiedades psicométricas	CI: Entre $\alpha = 0,82$ (Perfeccionismo) y $\alpha = 0,90$ (Bulimia, Insatisfacción Corporal e Ineficacia). Adecuada consistencia interna y validez	CI: $\alpha = 0,90-0,91$. Cuando el punto de corte es de 80 para la puntuación total, la sensibilidad es del 91% y la especificidad del 80%; cuando es de 105 puntos, la sensibilidad es del 82% y la especificidad del 89%	Este instrumento tiene una buena consistencia interna y validez discriminante, moderada validez concurrente y es sensible al cambio producido por el tratamiento
Escalas	Motivación para adelgazar, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a madurar	Aparte de las escalas del EDI, mide: Ascetismo, Regulación del impulso e Inseguridad social	Restricción dietética, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura corporal
Características	Es un instrumento multifacético. Además de evaluar las características conductuales de la anorexia y de la bulimia nerviosa, contempla la evaluación de características de personalidad relevantes en estos trastornos. Consta de 8 subescalas con un total de 64 ítems	Cada ítem consta de 6 alternativas de respuesta (0-5). Tiene una hoja demográfica: género, edad, peso actual, estatura y otros datos. Para ítems directos, las respuestas 0, 1 y 2 (nunca, raramente y a veces) se puntúan con 0 y las respuestas 3, 4 y 5 (a menudo, habitualmente, siempre) se puntúan: 1, 2 y 3 respectivamente. Para los ítems inversos se puntúan a la inversa	Es un instrumento de auto-informe de 40 ítems que evalúa actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen del cuerpo en los últimos 28 días. Consta de 22 ítems que evalúan las actitudes hacia la alimentación y el peso, con respuesta en una escala tipo Likert (0: nunca; 6: todos los días)

entrevista pormenorizada en los que se evalúe la posible presencia de un TCA de forma más precisa.

Por este motivo, es importante seleccionar un adecuado instrumento de evaluación para detectar un posible TCA, que va a estar condicionado a la muestra en la que vaya a tener lugar el procedimiento de detección.

Los pacientes que presentan cuadros de TCA, llevan asociadas determinadas conductas que constituyen difi-

cultades para una adecuada evaluación de la sintomatología específica de los TCA^{19,21}. Por ejemplo, los episodios de atracones y las conductas compensatorias, están dentro de la privacidad de cada persona, y es por ello que suponen una dificultad añadida en su evaluación, porque tanto en los cuestionarios como en las entrevistas, la información solamente la emite el paciente. Es por ello que también sería recomendable incorporar en las eva-



luaciones diagnósticas, cuestionarios en los que los familiares puedan aportar información que pueda ayudar a los profesionales a dictaminar el diagnóstico de la forma más apropiada posible.

La población sanitaria de enfermería es una de las poblaciones que pueden presentar problemas de TCA, debido al estrés al que están sometidas en sus turnos laborales^{27,29}, dónde es muy difícil seguir unos hábitos dietéticos apropiados; ya que en ocasiones no disponen de tiempo para realizar las ingestas. La personalidad dentro de esta población, también puede condicionar determinados aspectos relacionados con una posible alteración de las conductas alimentarias; porque en muchas ocasiones la carga psicológica relacionada con el ámbito laboral, puede llevarse a casa, dónde se conjuga con las obligaciones domésticas. En cuanto al sexo de la población al que se pretende dirigir la evaluación en TCA es el femenino, por un lado debido a que son a las mujeres a quién más afectan los TCA, y por otro, debido a que el colectivo de enfermería está formado en su mayoría por mujeres.

Lo más importante, es detectar en primera instancia las alteraciones o indicios que pueden desencadenar la aparición de un TCA; en un segundo momento confirmar la presencia de estos trastornos, para en última instancia pasar a manos del grupo profesionales especializados en las distintas disciplinas relacionadas con los TCA la tarea de realizar un diagnóstico.

Debido a lo expuesto anteriormente, entre todos los cuestionarios que han sido recopilados en la presente revisión, se propone el empleo del EDI-2^{56,57} como el instrumento más recomendado para la población de mujeres que desempeñan labores dentro del ámbito de la enfermería, como pueden ser las enfermeras o las auxiliares de enfermería.

El inventario EDI-2^{56,57} se puede considerar un instrumento con diversas facetas. Por un lado, es un autoinforme que tiene como objetivo evaluar las características psicológicas propias de aquellos pacientes con TCA. Al mismo tiempo, aparte de realizar una evaluación de las características conductuales y cognitivas de la AN y BN, permite la posibilidad de evaluar también las características de personalidad más relevantes en este tipo de trastornos. Por otro lado, a este inventario va unida en primer lugar una ficha de recogida de datos, en la que se contemplan entre otras reseñas género, edad y peso actual.

Entre las limitaciones de este trabajo, de determinación de la herramienta más apropiado para evaluar una posible presencia de TCA en personal sanitario, se encuentra que además de los cuestionarios, deberían haberse evaluado diferentes técnicas de entrevista. Ya que revisiones llevadas a cabo sobre trabajos epidemiológicos en materia de TCA sobre la población española, indican una serie de limitaciones en cuanto a su metodología. Entre ellas, se encuentra que en la mayoría de los estudios se utilizan cuestionarios de autoinforme para evaluar actitudes ante la alimentación, peso y figura corporal; por lo que no puede establecerse a partir de ellos una cifra de prevalencia de TCA, sino de población en riesgo de desarrollar el trastorno.

Por lo que para conocer la forma más fiable la tasa de prevalencia de los TCA en la población de personal de enfermería, debería ser una combinación entre las herramientas en forma de cuestionario a modo de cribado, y otras más específicas, como las entrevistas, para determinar la prevalencia de forma adecuada.

A través de la revisión bibliográfica sobre TCA, se puede concluir que los TCA son enfermedades con un diagnóstico con una dificultad añadida. Esto es debido a las posibles alteraciones en su evaluación, es necesario el empleo de diferentes métodos de evaluación y análisis para poder confirmar su diagnóstico. Para ello, se recomienda incidir sobre una detección precoz en atención primaria, y poder actuar lo antes posible ante un caso de TCA, así como utilizar diferentes herramientas, como cuestionarios y entrevistas, llevadas a cabo por psicólogos.

References

1. French SA, Jeffery RW. Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychol* 1994; 13 (3): 195-212.
2. Cano A, Castaño J, Corredor D, García A. Factores de Riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *MedUNAB* 2007; 10 (3): 187-94.
3. Goñi A, Rodríguez A. Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32 (1): 29-36.
4. Hoek HW. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-96.
5. Goñi A, Rodríguez A. Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32 (1): 29-36.
6. Morandé G, Celada J, Casals JJ. Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *J Adolesc Health* 1999; 24 (3): 215-9.
7. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C Med Psicossom* 2004; 71-2.
8. Rojo L, Livianos L, Conesa LI, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord* 2003; 34 (3): 281-91.
9. Vásquez R, Angel LA, Morena N, García J, Calvo JM. Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual Pediatr* 1998; 8 (1): 7-14.
10. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch Argent Pediatr* 2004; 102 (6): 440-4.
11. Kaye WH, Klump KL, Frank GKW, Strober M. Anorexia and Bulimia Nervosa. *Ann Rev Med* 2000; 51: 299-313.
12. Vitello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 2000; 47: 777-86.
13. Gila A, Castro J, Gómez MJ, Toro J. Social and Body Self-Esteem in Adolescents with Eating Disorders. *Int J Psychoanal Psychother* 2005; 5: 63-71.
14. Alvarenga MS, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás TA, Scagliusi FB. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiol Behav* 2014; 131: 99-104.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
16. World Health Organization. Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10. Mental Health Context. World Health Organization, Ginebra, 2003.





17. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irata-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin* 2000; 114: 481-6.
18. Rivas T, Bernabé R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. *Salud Mental* 2001; 24: 25-31.
19. García E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson, 2002.
20. Turón V. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997.
21. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel, 1996.
22. Bennett DA, Cooper CL. Eating disturbance as a manifestation of the stress process: a review of the literature. *Stress Med* 1999; 15: 167-82.
23. Schmidt U, Tiller J, Treasure J. Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *Int Rev Psychiatry* 1993; 5: 51-60.
24. Tuschen-Caffier B, Vogele C. Psychological and physiological reactivity to stress: an experimental study on bulimic patients restrained eaters and controls. *Psychoter Psychosom* 1999; 68: 333-40.
25. Anderson DA, Simmons AM, Martens MP, Ferrier AG, Sheehy MJ. The relationship between disordered eating behaviour and drinking motives in college-age women. *Eat Behav* 2007; 7 (4): 419-22.
26. Spoor ST, Bekker MH, Van-Strien T, Van-Heck GL. Relations between negative affect, coping and emotional eating. *Appetite* 2007; 48 (3): 368-76.
27. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *Int J Health Policy Manag* 2013; 24 (2): 169-76.
28. Nursing Research Department, Naval Medical Center, San Diego, CA 92134-5000, USA. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in a population of female Navy nurses. *Military Med* 1997; 162 (10): 703-6.
29. King KA, Vidourek R, Schwiebert M. Disordered eating and job stress among nurses. *J Nurs Manag* 2009; 17 (7): 861-9.
30. Hoek HW, Bartels IM, Bosveld JF et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1273-8.
31. Perestelo-Pérez P. Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *Int J Clin Health Psychol* 2013; 13: 49-57.
32. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319 (7223): 1467-8.
33. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2005; 59 (2): 51-5.
34. Henderson M, Freeman PL. A self-rating scale for bulimia: The BITE. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 18-24.
35. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M. Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual* 2004; 12: 447-61.
36. Franco K, González OL, Díaz FJ, López-Espinoza A, Martínez AG, Aguilera V. Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh on Mexican women. *Journal of Behavior, Health Soc Iss* 2010; 2: 17-24.
37. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7 (1): 47-55.
38. Zúñiga O, Robles R. Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis* 2006; 15: 126-34.
39. Spitzer RL, Devlin M, Walsh B, et al. Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 191-203.
40. López X, Mancilla JM, Vázquez R, Alvarez G, Franco K. Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QWEP-R). *Rev Psicol* 2011; 1-11.
41. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 863-72.
42. Vázquez-Morejón AJ, García-Bóveda RJ, Vázquez-Morejón J. Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT). *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (5): 309-14.
43. Alvarez G, Mancilla JM, Vázquez R. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Rev Psicol Cont* 2000; 7: 74-85.
44. Thelen H, Farmer J, Wonderlich S, Smith M. A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment. J Consult Clin Psychol* 1991; 3 (1): 119-24.
45. Berrios-Hernández MN, Rodríguez-Ruiz S, Pérez M, Gleaves DH, Maysonet M, Cepeda-Benito A. Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15 (6): 418-24.
46. Mora M, Raich RM. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. *Análisis y Modificación de Conducta* 1993; 19: 66.
47. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.
48. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991; 2: 175-90.
49. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-8.
50. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.
51. Stunkard AJ, Messick S. The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychos Res* 1985; 29: 71-83.
52. López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, Franco-Paredes K, Alvarez-Rayón G, Ocampo MT. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Mex J Eat Disord* 2011; 2: 24-32.
53. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
54. Guimerá E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *An Psiquiatr* 1987; 3: 189-90.
55. Mancilla JM, Franco K, Alvarez G, Vazquez R. Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory. *Rev Thomson Psicología* 2003; 1: 167-76.
56. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. In: Garner D, (ed.). EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual. Madrid: TEA, 1998.
57. García-García E, Vázquez V, López J, Arcila D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex* 2003; 45: 206-10.
58. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994; 16 (4): 363-70.
59. Penelo E, Villaroel AM, Portell M, Raich RM. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): A first step in Spanish male undergraduates. *Eur J Psychol Assess* 2012; 28 (1): 76-83.
60. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. The Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q): Norms for adolescent and young adult men and women. *Psicot-hema* 2013; 25 (1).
61. Elder KA, Grilo CM. The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: comparison with the Spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behav Res Ther* 2007; 45 (6): 1369-77.
62. Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Scott J. Crow and Carol B. Peterson. Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment. New York: Guilford, 2008, pp. 214.
63. Johnson-Sabine E, Wood W, Patton G. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol Med* 1988; 18: 615-22.
64. Williams P, MacDonald A. The effect of non response bias on the results of two-stage screening surveys. *Soc Psychiatry* 1986; 21: 1982-6.

