

Trastornos del comportamiento alimentario



Prevalencia de casos clínicos
en mujeres adolescentes
de la Comunidad de Madrid

Autores

Ana Gandarillas Grande

Belén Zorrilla Torras

Ana Rosa Sepúlveda García

*Sección de Enfermedades No Transmisibles. Servicio de Epidemiología.
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.*

Pedro Enrique Muñoz Rodríguez

*Área de Epidemiología y Evaluación de Servicios. Departamento de Salud
Mental. Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid.*

Equipo de trabajo: Entrevista clínica

Violeta Alba Fernández, *psicóloga, especialista en psicología clínica*

Carolina Antón Monllor, *psicóloga, especialista en psicología clínica*

Eva Castro Álvarez, *psicóloga, especialista en psicología clínica*

Clara Gómez Navarro, *psicóloga, especialista en psicología clínica*

Miguel Ángel González Ruíz, *psicólogo, especialista en psicología clínica*

Antonio Pelaz Antolín, *médico, especialista en psiquiatría*

Diseño muestral, aplicación de la encuesta, grabación de datos:

Cuanter S.A.

Agradecimientos:

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que prestaron su apoyo en la realización de este trabajo, concretamente a Fernanda Revilla, psiquiatra, por su colaboración en el entrenamiento del equipo, a nuestros compañeros Rafael Bueno e Iñaki Galán, por su constante estímulo y revisión crítica del informe, a la Dirección General de Centros Docentes y a todos los centros educativos participantes, sin cuya colaboración este trabajo no hubiese podido llevarse a cabo.

Coordinación de la edición

Servicio de Promoción de la Salud

Instituto de Salud Pública

Página web:

www.madrid.org/sanidad

Trastornos del comportamiento alimentario:

Prevalencia de casos clínicos
en mujeres adolescentes de la
Comunidad de Madrid

Tirada: 2.000 ejemplares

Edición: 07/2003

I.S.B.N.:

Depósito legal:

Imprime:

PRESENTACIÓN

En los últimos años, por diferentes motivos, los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) han despertado gran interés en medios sanitarios y sociales. Se trata de complejas enfermedades psicosomáticas de origen multifactorial, influidas por determinantes socioculturales, que tienen mucho que ver con modificaciones en los hábitos y estilos de vida alimentarios, y con ideales estético/corporales.

Los trastornos alimentarios evolucionan de forma gradual desde conductas leves y transitorias, que son muy frecuentes en la población general, hasta entidades clínicas mayores bien definidas, que se encuentran entre las enfermedades mentales de mayor letalidad. No está claro el proceso que lleva de aquellas conductas a desarrollar la enfermedad, pero desde un punto de vista preventivo, la detección precoz de una situación de riesgo y su tratamiento es esencial en orden a mejorar el pronóstico. De aquí la importancia de diferenciar los síntomas leves de aquellos que con alta probabilidad puedan derivar en un TCA.

Por todo ello, y dado el relativo desconocimiento acerca de la epidemiología de estos trastornos en nuestro medio, esta Consejería de Sanidad puso en marcha en 1998 una serie de actividades con el objetivo de delimitar la magnitud de estos problemas en la población.

El estudio que aquí presentamos, que ha podido llevarse a cabo con la inestimable colaboración de las Autoridades Educativas (Dirección General de Centros Docentes, Consejería de Educación), culmina este área de estudio. Sus resultados ponen de manifiesto que, si bien, la prevalencia de casos completos de TCA en nuestra Región es relativamente baja, no podemos decir lo mismo al incluir los casos incompletos, o al considerar la población adolescente con conductas alimentarias anormales. Por ello, es necesario seguir promocionando hábitos alimentarios saludables, así como incluir los TCA en los programas preventivos instaurados en el medio educativo o sanitario.

Este estudio incluye la validación de un cuestionario específico, que discrimina la población normal de aquella con trastornos alimentarios, y que puede contribuir a un mejor diagnóstico precoz de la enfermedad.

Esperamos que la información contenida en el presente informe, sea de interés para los profesionales sanitarios dedicados a tareas asistenciales o de planificación, así como para toda la población.

Enrique Gil López
*Director General del
Instituto de Salud Pública*

ÍNDICE

ÍNDICE

Presentación	5
Resumen del estudio	11
1 INTRODUCCIÓN	13
1.1.- La alimentación humana: fenómeno complejo	15
1.2.- ¿Qué son los Trastornos del Comportamiento Alimentario?	15
1.3.- Problema relevante de Salud Pública	16
2 ANTECEDENTES	17
2.1.- Evolución de los criterios diagnósticos de los trastornos del comportamiento alimentario	19
2.2.- Clasificación diagnóstica actual	20
2.3.- Modelo conceptual de los trastornos del comportamiento alimentario	24
2.4.- Epidemiología:	25
2.4.1.- Distribución por edad, género y otros factores	25
2.4.2.- Situación actual internacional:	25
2.4.2.A.- Estudios en población general en Norteamérica	25

	2.4.2.B.- Estudios en población general en Europa	26
	2.4.3.- Situación actual en España	27
	2.4.4.- Evolución	29
<hr/>		
	2.5.- El EAT como cuestionario de cribado de TCA	30
<hr/>		
3	OBJETIVOS	33
<hr/>		
4	POBLACIÓN Y METODOLOGÍA	37
<hr/>		
	4.1.- Tipo de estudio	39
<hr/>		
	4.2.- Diseño muestral	39
	4.2.1.- Ámbito geográfico y poblacional	39
	4.2.2.- Tamaño muestral	39
	4.2.3.- Selección de los elementos muestrales	39
<hr/>		
	4.3.- Fecha de ejecución del estudio	40
<hr/>		
	4.4.- Procedimiento en el trabajo de campo e instrumentos de medida	40
<hr/>		
	4.5.- Encuesta aplicada y cuestionarios que incluye	40
<hr/>		
	4.6.- Entrevista clínica para diagnóstico de caso	41
<hr/>		
	4.7.- Definición de caso y de población con riesgo	41
<hr/>		
	4.8.- Medidas de frecuencia y asociación	41
<hr/>		
	4.9.- Método de validación del cuestionario EAT-26	42
<hr/>		
5	RESULTADOS	43
<hr/>		
	5.1.- Prevalencia	45
6	5.1.1. Descripción de la muestra y tasas de respuesta	45
	5.1.2. Prevalencia de caso y de población 'con riesgo'	48
	5.1.3. Asociación con factores estudiados	50
	5.1.4. Demanda de atención sanitaria de los casos	51
<hr/>		
	5.2.- Validación del Eating Attitudes Test (EAT-26)	52
	5.2.1. Puntuación media del cuestionario, global y por escalas	52
	5.2.2. Prevalencia de puntuación ≥ 10 o ≥ 20	54
	5.2.3. Análisis factorial	56
	5.2.3.1.- Pruebas de adecuación de los datos	57

5.2.3.2.- Extracción de factores	58
5.2.4.- Consistencia interna	59
5.2.5.- Coeficientes de validez para su uso como test de cribado poblacional de TCA	60
5.2.6.- Análisis ROC (Receiver Operating Characteristics)	62

6 DISCUSIÓN	65
--------------------	----

7 CONCLUSIONES	77
-----------------------	----

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
-------------------------------------	----

9 ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	89
---	----

10 ANEXOS	93
------------------	----

Anexo I.- Definición de TCA según la CIE-10	95
Anexo II.- Preguntas del cuestionario EAT-26 ordenadas por factores	97
Anexo III.- Encuesta utilizada	99
Anexo IV.- Relación de los centros escolares participantes en el estudio	121

RESUMEN

ANTECEDENTES

Dada la ausencia de estudios sobre la epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), unido al gran interés generado desde diferentes ámbitos sociales y sanitarios, esta Consejería de Sanidad, puso en marcha en 1998 un área de investigación epidemiológica que ha tratado de delimitar la magnitud del problema. Entre diciembre de 1998 y marzo de 1999, se llevó a cabo el primer estudio regional en una muestra de 4334 adolescentes de ambos sexos, con el objetivo de estimar la prevalencia de población con conductas de riesgo y analizar sus características, a través de cuestionario autoadministrado. Un 15,3% de las chicas y un 2,2% de los chicos manifiestan síntomas indicativos de riesgo de TCA, grupo que se caracteriza por presentar además síntomas comunes a otros trastornos mentales, mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como mayor conflictividad familiar que el resto de la población.

OBJETIVOS

El estudio que presentamos estima la prevalencia actual y acumulada de casos clínicos de TCA en población femenina adolescente de la Comunidad de Madrid. Asimismo es uno de sus principales objetivos, validar el cuestionario Eating Attitudes Test en su versión corta de 26 preguntas, como cuestionario de cribado poblacional de TCA.

METODOLOGÍA

Estudio transversal prospectivo en doble fase, realizado en una muestra representativa a escala regional, de 1534 alumnas de 15 a 18 años, de 17 centros escolares. Se seleccionaron mediante muestreo por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa (los centros escolares). La primera fase del estudio consistió en la aplicación de una encuesta autoadministrada en el aula. Posteriormente, se realizó entrevista clínica en el centro escolar a todas las alumnas, por un equipo de psicólogos y psiquiatras previamente entrenados.

La encuesta incluía dos cuestionarios específicos de TCA: Eating Disorders Inventory-I (EDI-I, Garner, Olmstead y Polivi, 1983), y el Eating Attitudes Test (EAT-26, Garner, Olmstead, Bhor, Garfinkel, 1982), del que se realizó traducción a partir de la versión original en inglés.

La entrevista clínica utilizada fue la Eating Disorder Examination-12ª edición (Fairburn y Cooper, 1993).

Se ha estimado la prevalencia actual y acumulada de casos de TCA, y su intervalo de confianza al 95%, una vez corregido el efecto de diseño.

Mediante regresión logística se analiza la asociación entre la probabilidad de ser caso y la de presentar distintos factores.

Se analiza la validez y fiabilidad del cuestionario EAT-26, para su utilización

como cuestionario de cribado poblacional de TCA, mediante análisis factorial, alfa de cronbach, cálculo de los coeficientes de validez y curva ROC.

RESULTADOS

La tasa de respuesta al cuestionario ha sido del 88,3% y a la entrevista del 81,4%. Realizaron ambos, cuestionario y entrevista, el 80,7%. El 3,4% (1,9-4,9) de las alumnas presenta en la actualidad un TCA. La prevalencia para anorexia nerviosa (AN) es del 0,6% (0,1-1), de bulimia nerviosa (BN) es del 0,6% (0,2-1,1), y de casos incompletos (TCA-NE: *Eating Disorders Not Otherwise Specified*) del 2,1% (1,3,3). Solo el 19% de los casos se encontraban en tratamiento, en el momento del diagnóstico.

Tanto la validez de constructo (análisis factorial), como la consistencia interna (alfa de cronbach) del cuestionario EAT-26, son adecuadas y similares a las obtenidas por los autores. El punto de corte óptimo para la prevalencia actual de casos se sitúa en ≥ 10 , obtenido por el 27,1% de la muestra. Con esta puntuación el test arroja una sensibilidad del 89,7% (75,8-96,1), especificidad del 75,0% (72,4-77,5), valor predictivo posi-

tivo del 10,9% (7,7-14,8), valor predictivo negativo del 99,5% (98,8-99,9) y porcentaje de bien clasificados del 75,5% (72,9-77,9).

CONCLUSIONES

La magnitud de los TCA en la población femenina adolescente en nuestra Región, es similar a la observada en otros estudios españoles o de países de nuestro entorno socioeconómico, y muestra que se trata de uno de los problemas de salud crónicos con mayor prevalencia en este grupo poblacional. Es conveniente seguir vigilando estos trastornos así como tenerlos en cuenta e incorporarlos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

Las características psicométricas del cuestionario EAT-26 en castellano y en población adolescente, son similares a las descritas por los autores. Como cuestionario de cribado es adecuado para diferenciar los casos de TCA de la población normal. Sin embargo, hay que tener en cuenta su bajo valor predictivo positivo, presente siempre que la prevalencia del problema es relativamente baja para llevar a cabo un estudio de cribado poblacional.

Introducción

1.1. La alimentación humana: fenómeno complejo

La alimentación humana se ve influida por múltiples estilos de vida, pautas, hábitos, preferencias, conductas, actitudes, apetitos, lo que indica la complejidad a la que nos enfrentamos al intentar abordarla. De esta manera se explica que factores psicológicos, sociales y culturales formen parte del proceso de la alimentación. Por lo tanto la investigación sobre este fenómeno no puede limitarse al estudio de factores biológicos, sino que necesita un abordaje multidisciplinar, que permita rescatar la interrelación persona-sociedad desde una concepción biopsicosocial¹. El

comportamiento alimentario se asocia a múltiples circunstancias que suelen estar vinculadas con frecuencia, a las emociones, contribuyendo a que este proceso se enriquezca de significados que van más lejos de la propia necesidad de nutrirse, como ocurre claramente en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). De tal forma que la preocupación por la comida, el peso, la salud, la imagen corporal o el estar en forma, parecen más una distracción o un vicio conveniente, y aceptado socialmente, que envuelve razones más complejas.

1.2. ¿Qué son los trastornos del comportamiento alimentario?

Los TCA son enfermedades psicósomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA².

Tanto la DSM-IV³ como la CIE-10⁴, dis-

tinguen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Los autores anglosajones y la DSM-IV³, definen aparte el 'Binge Eating' (trastorno por atracón), que puede aparecer en cualquiera de los TCA. Se diferencian además los cuadros atípicos, trastornos severos que no llegan a cumplir los criterios para ningún trastorno específico (Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados o TCA-NE). En el texto (sección antecedentes), se transcribe la definición según la DSM-IV³ y en el anexo I según la CIE-10⁴.

1.3. Problema relevante de salud pública

Los TCA se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico, a la sociedad. Los medios de comunicación, han promovido el conocimiento de esta problemática, a veces, de forma dramática y sesgada. Esto unido al aumento de prevalencia de casos informado por las asociaciones de afectados, ha generado en poco tiempo una alarma social que ha llegado a sensibilizar a las instituciones públicas. En 1998 se impulsa en nuestro país el estudio de los TCA en todas las Comunidades Autónomas y a su vez, el Senado desarrolla una Ponencia con el objeto de estudiar los condicionantes extrasanitarios de la AN y la BN y proponer medidas políticas y legislativas oportunas⁵.

A pesar del interés actual en nuestro medio por estos trastornos, en realidad se han venido estudiando a lo largo de estas últimas cuatro décadas, tanto por su multifactorial y grave psicopatología,

como por suponer uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes entre las mujeres adolescentes⁶.

Esto unido a que los síntomas de insatisfacción corporal y anhelo por la delgadez estén muy extendidos entre la población y por la posibilidad de prevenir y detectar precozmente un TCA, los convierte en un problema relevante de Salud Pública. En este sentido, son en la actualidad una preocupación prioritaria, lo que se traduce en que España se haya convertido en una década en uno de los países europeos con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos⁷. En concreto en nuestra Comunidad se han llevado a cabo dos estudios a escala regional, el primero para estimar la prevalencia y características de la población de riesgo entre adolescentes de ambos sexos en 1998-1999⁸ y el que aquí se presenta, sobre prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes.

Antecedentes

2.1. Evolución de los criterios diagnósticos de los trastornos del comportamiento alimentario

A partir de los años setenta numerosas investigaciones pusieron de manifiesto la necesidad de establecer unos criterios comunes para definir un conjunto de trastornos de la conducta alimentaria, para la práctica clínica y desde el punto de vista teórico, ya que hasta ese momento no se había llegado a un acuerdo. Los criterios de Feighner *et al.*⁹ para AN y los de Russell¹⁰ para BN, fueron propuestos casi individual-

mente por estos dos profesionales especializados, gozaron de una amplia aceptación en la comunidad investigadora, y han sido tomados como referencia entre clínicos e investigadores.

En 1979 se elaboró un nuevo sistema de clasificación, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-III)¹¹, donde bajo la categoría de los TCA se define la AN y un nuevo trastorno denominado bulimia.

Tabla 1

Características diferenciales de los criterios diagnósticos de los TCA respecto a los actuales

	AN		BN
FEIGHNER ⁹ (1972)	-Pérdida de peso al menos un 25% -Amenorrea opcional -Detalla alteración de la imagen corporal: delgadez conlleva éxito	RUSSEL ¹⁰ (1979)	-BN como variante de la AN -Incluye alteración imagen corporal
DSM III ¹¹ (1979)	-Pérdida de peso al menos un 25% -Alteración imagen corporal: 'sentirse gorda' aunque esté en estado de emaciación	DSM III ¹¹ (1979)	'Bulimia': -Episodios recurrentes de voracidad -Vómito opcional -No menciona alteración perceptiva o cognitiva de la imagen corporal
DSMIII-R ¹² (1987)	-Pérdida de peso al menos un 15% -Alteración de la imagen corporal ampliada a aspectos perceptivos y cognitivos -Amenorrea: ausencia de tres ciclos menstruales -Aparecen TCA-NE (incluye el comedor compulsivo o 'trastorno por atracón')	DSM III-R ¹² (1987)	-Alteración de la imagen corporal con matices cognitivos

Los criterios descritos en el DSM-III-R (1987)¹², son muy similares a los actuales. Por primera vez se incluye como criterio la amenorrea, definida como la ausencia de la menstruación durante tres ciclos. Se exige la pérdida de peso de al menos un 15% y se amplía la descripción de la alteración de la imagen corporal a aspectos cognitivos y perceptivos. También aparece por primera vez el término Nerviosa para la bulimia y la inclusión de la imagen corporal como criterio diagnóstico en BN, descrita con matices cognitivos (Criterio "E": Preocupación persistente por la silueta y el peso). A su vez, aparece una categoría

nueva definida como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCA-NE o EDNOS), que son los trastornos de severidad clínica, que no cumplen con todos los criterios para una u otra categoría. Dentro de este grupo se incluye el 'trastorno por atracón', caracterizado por atracones recurrentes sin conductas compensatorias para perder peso.

El último Manual, DSM-IV (1994)³ supone una evolución de los anteriores y mejora la clasificación y descripción de las características clínicas, sobre todo para la categoría diagnóstica de TCA-NE.

2.2. Clasificación diagnóstica actual

Vamos a detenernos más explícitamente en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La **AN** queda definida en estos criterios:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para la edad y talla (por ejemplo pérdida del peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La CIE-10⁴ propone también como límite de peso para considerarse criterio, un índice de masa corporal (IMC= peso en Kg/talla en m²) igual o menor que 17,5, que es más estricto que el propuesto por el DSM-IV. Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se consideraría como criterio diagnóstico la falta de ganancia de peso que en condiciones normales sucede al aumento de talla propio de esta edad¹³. Además requiere específicamente que la pérdida de peso resulte auto-inducida por la evitación de "comida grasa" o "alimentos que engordan", y en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual.

Mientras que en el DSM-IV³ el diag-

nóstico de AN tiene preferencia sobre el de BN, la CIE-10⁴ excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular.

Últimamente se está replanteando la amenorrea como criterio diagnóstico y su papel en el curso de la enfermedad. Muchas pacientes tras la menarquia y con posterioridad a una pérdida de peso severa o continuas fluctuaciones en el peso, presentan amenorrea, sin embargo, la pérdida de peso que lleva a este signo varía según la constitución física de la paciente o según factores emocionales. Así, mientras que en algunas pacientes la amenorrea se manifiesta antes de una pérdida de peso importante, en otras con un bajo peso no llega a manifestarse.

El manual distingue dos subtipos de **AN**:

(a) *Tipo Restrictivo*: durante el episodio de AN el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

(b) *Tipo Compulsivo/Purgativo*: durante el episodio de AN el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

El diagnóstico de **BN** queda definido con los siguientes criterios:

A. *Presencia de episodios de voracidad (atracones) recurrentes. Un*

atracón se caracteriza por:

- *Ingesta de alimento en un corto período de tiempo (por ejemplo dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.*
- *Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).*

Aunque la definición de este criterio ha mejorado respecto a clasificaciones anteriores al proponer dos características esenciales para definir un episodio bulímico, (el consumo de una gran cantidad de comida y la pérdida de control durante el mismo), sigue siendo difícil de evaluar en la práctica clínica y más en la población general. Definir bien lo que se entiende por pérdida de control y por gran cantidad de comida de modo objetivo (diferenciando de la sobreingesta subjetiva), son los puntos de mayor dificultad en su aplicación¹⁴.

B. *Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo.*

C. *Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.*

En un principio es muy útil delimitar la frecuencia de las conductas de atracción y purga para realizar un diagnóstico apropiado, pero a pesar de ello las pacientes bulímicas son inconstantes en sus conductas y no suelen adaptarse perfectamente a este criterio. La inestabilidad de su cuadro sintomático las sitúa dentro o fuera de distintos diagnósticos según etapas de evolución de la enfermedad y el diagnóstico, por tanto, dependerá del momento en que se realice la evaluación.

D. *La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.*

E. *La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.*

De cualquier modo, con frecuencia, en la práctica clínica delimitar estrictamente ambas patologías presenta cierta dificultad. La evolución de algunos pacientes plantea dudas sobre si la AN está en un período de recuperación o si está evolucionando a una BN, al igual que existen pacientes que cumplen estrictamente los criterios diagnósticos propuestos, con características clínicas que enfatizan la personalidad distinta de las enfermas de ambas patologías.

La DSM-IV especifica dos subtipos de BN:

(a) *Tipo Purgativo:* Durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

(b) *Tipo no Purgativo:* Durante el episodio de BN el individuo emplea

otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

La categoría de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE), incluye los casos de TCA de severidad clínica que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para AN o BN. Esta categoría, también fue recogida por primera vez en CIE-10⁴. Define seis posibles casos:

(1).- *En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero las menstruaciones son regulares.*

(2).- *Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero el peso de la persona está dentro de los límites de la normalidad.*

(3).- *Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN pero los atracones y otras conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.*

(4).- *Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.*

(5).- *Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo con peso normal (por ejemplo provocación del vómito después de haber*

comido dos galletas).

(6).- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas.

Este último trastorno se ha denominado también “sobreingesta compulsiva” o “comedor compulsivo” y unos de los primeros autores que lo describieron fueron Schlundt y Johnson¹⁵. Aunque aparece como otro tipo de trastorno tiene síntomas comunes a la BN y a la obesidad. La DSM-IV³ recoge los siguientes criterios de investigación para este trastorno:

A. Episodios recurrentes de atracones, definidos como para BN

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.- Ingesta mucho más rápida de lo normal.*
- 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.*
- 3.- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.*

4.- Comer a solas para esconder su voracidad.

5.- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

2.3. Modelo conceptual de los trastornos del comportamiento alimentario

Desde la década de los cincuenta hasta la actualidad se han elaborado múltiples modelos conceptuales tratando de explicar la etiología, el desarrollo y el mantenimiento de los TCA. Existen tantos modelos como teorías psicológicas, con lo cual cada una trata de valorar qué factores contribuyen y de qué manera lo realizan.

En concreto, el Modelo Psicodinámico trata de comprender la sintomatología de los pacientes partiendo de una idea básica y es que el estado somático puede ser una representación simbólica de un trauma. Por ejemplo, la delgadez tiene un significado simbólico que representa un miedo actual o teórico. Autores como Dare y Crowther¹⁶ enfatizan que la teoría psicodinámica no logra ser una teoría etiológica, aunque sí debería de valorarse su valiosa contribución a la comprensión del paciente.

El Modelo Biológico trata de analizar el papel de los factores genéticos y las alteraciones neuroendocrinas en el desarrollo de la enfermedad. Sus estudios se basan en gemelos monozigóticos y dizigóticos, donde alguno de ellos padezca un TCA o estudian variables comunes entre familiares de las enfermas. Existe mucha controversia entre los resultados. Aunque la mayoría de los estudios coinciden en que existe una probabilidad mayor para padecer un trastorno alimentario entre los familiares femeninos de una AN, esta probabilidad es menor para los familiares de una BN^{17, 18, 19}.

El Modelo Familiar valora las características familiares comunes de los pacientes de AN con respecto a los de BN. La evidencia empírica para el rol de los factores familiares en el inicio de los tras-

tornos alimentarios se ha revisado según: 1.- Características socio-demográficas familiares²⁰. 2.- Eventos adversos en la familia²¹. 3.- Personalidad y actitud de los padres²². 4.- Características específicas de la relación padre-hija²² y 5.- La familia como sistema social²³.

El Modelo Cognitivo-Conductual se basa en la teoría del aprendizaje, principalmente en el refuerzo positivo y negativo de estar o no delgada. En concreto, se concibe que el trastorno psicopatológico principal de estos pacientes está basado en ideas y sentimientos sobrevalorados acerca del peso y forma corporales que determinan su conducta²⁴.

Y por último, el Modelo Sociocultural que asocia la presión cultural hacia la delgadez y la dieta como factores precipitantes de un TCA, entre otros. Desde esta perspectiva se valora la frecuencia de estos trastornos en Occidente, su tendencia y su origen. Una de las conclusiones que apunta a que la población joven del mundo occidental tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar y con iguales intereses culturales, supone que el grupo de riesgo para un TCA engloba a toda la población femenina adolescente^{20, 25, 26}.

Como conclusión, se podría decir que las diversas hipótesis planteadas desde los distintos modelos muchas veces no están verificadas empíricamente y ponen de manifiesto la complejidad de estas patologías. Los TCA son enfermedades de etiología multifactorial que sólo pueden comprenderse desde la integración de todos los modelos propuestos anteriormente, que no deberían de ser vistos como opuestos unos respecto a otros, sino como complementarios²⁷.

2.4. Epidemiología

2.4.1.- Distribución por edad, género y otros factores

Si observamos la distribución poblacional de este problema que incide principalmente en la adolescencia, podemos señalar:

- a) Edad: Por lo general, se aceptan dos rangos de edad distintos en los TCA. Uno, para la AN, entre los 10 a los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años^{28, 29}. No obstante, en la práctica clínica se están encontrando casos de inicio tanto en niñas prepúberes como en mujeres adultas^{29, 30}.

Por otro lado, la BN se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 años de edad ya que al no ser el deterioro físico tan severo como en la AN, el cuadro clínico pasa desapercibido durante años, tanto en el ámbito de atención primaria como en el familiar.

- b) Género: Estos trastornos afectan de modo fundamental a mujeres, ya que sólo el 5-10% son varones. En estos se da con más frecuencia BN ó síndrome por atracón que AN.
- c) Otros factores: Se ha evaluado su posible relación con otras variables, como el estatus socioeconómico o la raza. Actualmente no existen diferencias en la frecuencia de estos trastornos por ninguna de estas dos variables, pero los primeros estudios encontraban predominio de la AN en las clases alta y media-alta, y de la BN en la clase media-baja^{20, 31}. Con respecto a la raza, las investigaciones iniciales mostraban que los

TCA predominaban más en las mujeres occidentales de raza blanca^{25, 32}, pero actualmente los últimos estudios que investigan esta característica muestran que apenas hay diferencias entre razas en occidente y que en países no occidentales como Arabia o Sudáfrica existen casos de TCA^{33, 34, 35}.

2.4.2.- Situación actual internacional

Los primeros estudios de prevalencia de TCA en población general que incluyen entrevista diagnóstica, se realizaron a finales de los años 80. A continuación se detallan los más relevantes en el ámbito norteamericano y europeo, con mención especial de los publicados en nuestro país.

2.4.2.A.- Estudios en población general en Norteamérica:

1.- En **Estados Unidos**, **Drewnowski et al.** (1988)³⁶ investigan la prevalencia de **BN** en la población universitaria, en una muestra de 1007 estudiantes seleccionados de 53 universidades donde a su vez se elegía al azar según apareciera en el listado telefónico. La tasa de respuesta con respecto al listado de estudiantes con teléfono fue del 63,5% y la tasa final con entrevista telefónica de 15 minutos basada en los criterios del DSM-III-R, fue de 56,4%. El 8% de los varones realiza dieta frente al 21% de las mujeres. La prevalencia de **BN** en el género masculino es de **0,2%** y en el femenino del **1%**. La prevalencia de conductas bulímicas entre los estudiantes suponía un **1,8%**.

2.- **Whitaker et al.** (1990)³⁷, también en **Estados Unidos**, estudia la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de 5596 adolescentes escolares de 14 a 17 años, 2564 varones y 2544 mujeres mediante un estudio de dos fases, con el EAT-26 entre otros cuestionarios; se selecciona a 468 personas de las que el 76% participa en la entrevista; encuentra una prevalencia en la población femenina del 0,3% para AN y del 4% de BN. La prevalencia para toda la población de AN fue de 0,2% y de BN fue de 2,5%.

3.- **Garfinkel et al.** (1995)³⁸, en **Canadá**, estudian la prevalencia de BN en una muestra de 9953 personas de 15 a 65 años, 3831 varones y 4285 mujeres mediante un estudio en una fase, con entrevista de dos horas con el CIDI (Composite International Diagnostic Interview-WHO). Los sujetos fueron seleccionados aleatoriamente desde el censo poblacional a partir de los 15 años de edad, obteniendo una tasa de respuesta del 66%. Encuentra una prevalencia de BN según el DSM-III-R en la población masculina del 0,1% y en la población femenina de 1,1%. Además observaron la ocurrencia de depresión y ansiedad entre los sujetos incrementándose en el grupo de BN total o parcial. El 47% de su población femenina **hacia dieta**, el 5,7% usaba laxantes y el 4,7% vomitaba frente a una menor prevalencia de estas conductas en los varones (respectivamente 26%, 0,9%, 0,4%).

4.- **Lewinsoh et al.** (2000)³⁹, también en **Estados Unidos**, evalúan una muestra de 1709 escolares de ambos sexos, entre 8 y 23 años de edad, con una tasa de respuesta del 88%. Administran un cuestionario y entrevistan a los estudiantes obteniendo una prevalencia de AN del 0,6% y de BN del 2,8%.

La tasa de prevalencia es distinta según la edad, más alta entre los 8 a los 19 años, de 1,5% para AN y un 2% para BN.

5.- **Woodside et al.** (2001)⁴⁰ se basan en la misma muestra y con la misma metodología del estudio de Garfinkel³⁸ del año 1995, pero aporta la prevalencia para hombres y mujeres de AN. La prevalencia de AN en varones es del 0,9% frente al 1,8% en mujeres. La prevalencia de un TCA en varones supone un 2% frente al 4,8% en mujeres.

2.4.2.B.- Estudios en población general en Europa:

1.- **Johnson-Sabine et al.** (1988) en **Gran Bretaña**⁴¹, realizan uno de los primeros estudios con doble fase dentro del ámbito europeo. Se evaluó a 1010 mujeres entre 14 y 16 años mediante el EAT-26 y el GHQ-28. Con una tasa de respuesta inicial del 79%, posteriormente contactaron con las que no participaron y 29 de ellas completaron el cuestionario, con lo que la participación pasó a ser del 91,9%. Se seleccionó a 225 adolescentes para la entrevista, que supone un 36%, considerados población de riesgo, según los siguientes criterios: Superar la puntuación de 20 en el EAT-26 ó tener una puntuación en el GHQ-28 mayor de 5. El 64% restante (con EAT-26<20), se utilizó como grupo de control. Dentro del grupo de riesgo el 24% era caso y dentro del grupo de control el 1% resultó caso. Se obtiene una tasa de prevalencia de TCA de 2,8% en la población femenina. No se diagnostica ningún caso de AN, pero parece ser que los profesores escolares confirman dos casos en tratamiento dentro del 8,1%

que no participó. Se diagnostica un 1% de casos de BN y un 1,8% de TCA-NE, en concreto de síndrome parcial de bulimia.

2.- **King** (1989)⁴² también en **Gran Bretaña**, realiza un estudio muy completo con tres fases, en población que acude a consulta médica: aplicación de cuestionario, posterior entrevista a la población de riesgo como y a un grupo control y finalmente seguimiento de los que completan la entrevista. Se evaluó a 748 personas de entre 16 a 35 años, mediante el EAT-26. La tasa de respuesta fue del 96%, 534 eran mujeres y 186 eran varones. Se entrevistó al 91% del grupo de riesgo, establecido al superar una puntuación de 20 en el EAT-26. Formaron parte de este grupo 64 mujeres y 5 hombres más 40 personas como grupo control. Dentro del grupo control no se encontró ningún caso. Se obtiene una tasa de prevalencia de TCA del 3,9% en la población femenina y 0,5% en masculina. No se diagnostica ningún caso de AN. Se diagnostica 1,1% casos de BN en mujeres y 0,5% en hombres y un 2,8% de TCA-NE, en concreto de síndrome parcial de bulimia. La tercera fase la completaron 61 personas que fueron clasificadas como casos de BN, TCA-NE, conducta de dieta obsesiva, conducta de dieta normal, obesos y otros trastornos mentales, para observar su evolución y cambios en el diagnóstico después de 12 meses.

3.- **Rastam et al.** (1989) en **Suecia**⁴³, estudiaron a toda la población de 15 años de la ciudad de Goteborg: 4291 adolescentes de ambos sexos participaron en el estudio. Se les administró un cuestionario, se les midió

la talla y el peso y posteriormente fueron entrevistados por los médicos sobre esta problemática. A los adolescentes sospechosos de un trastorno alimentario se les evaluaba un año después. La prevalencia de AN para el total fue de 0,5% y en la población femenina suponía un 0,9%.

4.- **Rathner y Messner** (1993)⁴⁴, en **Italia**, en una muestra de 517 chicas de 11 a 20 años que viven en una zona rural italiana, mediante un estudio en tres fases con el EAT-40 y entrevista los grupos de riesgo alto, moderado y a un grupo control, encuentran una prevalencia de TCA de 1,6%, donde el 0,6% son casos de AN, ningún caso de BN, 0,6% casos subclínicos de AN y 0,4% casos subclínicos de BN.

5.- **Westenhofer** (2001)⁴⁵, en **Alemania**, investiga la prevalencia de conductas bulímicas y la evolución de las conductas para controlar el peso a través de un cuestionario y entrevista personal en la población alemana, comparando dos años distintos. En 1990 evaluó a 862 varones y a 911 mujeres y en 1997 evaluó a una muestra mayor de adolescentes (1878 varones y 2407 mujeres). Los resultados indican un decremento en las conductas bulímicas de un año a otro. La prevalencia en la población femenina del trastorno por atracón decreció de 1,5% en 1990 a 0,7% en 1997. Y lo mismo ocurrió con la prevalencia de la BN, que pasó de 2,4% a 1,1%.

2.4.3.- Situación actual en España

Los estudios epidemiológicos en los países mediterráneos se han realizado a partir de la década de los noventa y no

son muy numerosos, pero poseen gran rigor científico en su metodología^{44,46,47}. En concreto, en España también han sido muy escasos hasta hace pocos años. Ruíz Lázaro (2002)⁷ afirma que de no poseer apenas datos fiables sobre la epidemiología de estos trastornos hace diez años, hemos pasado en una década a ser uno de los países europeos con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos.

Se podría decir, que son más numerosos los estudios de prevalencia de población con riesgo^{48, 49, 50, 51, 52}, pero estudios sobre prevalencia de casos en población general no son tan numerosos, como ahora veremos (*tabla 2*).

1.- **Morandé, Celada y Casas**, en **Móstoles**⁵³, Comunidad de Madrid, realizaron uno de los primeros estudios prospectivos con doble fase en España, que se llevó a cabo en 1993 y 1994. Se evaluó a 583 varones y a 731 mujeres mediante el EDI y un cuestionario psicosocial. Con una tasa de no respuesta del 2,5%, fueron considerados válidos 1281 cuestionarios. Se seleccionó a 293 adolescentes que supone un 22,9% considerados población de riesgo, 67 chicos y 226 chicas según los siguientes criterios: a) Superar la puntuación de 50 en el EDI con un DT mayor de 10 ó b) Superar la puntuación de 5 en la escala de Bulimia ó c) Tener un índice de masa corporal menor de 18 ó d) Amenorrea más de 3 meses. Se entrevista personalmente al 53% y al 47% restante se entrevista por teléfono. Se obtiene una tasa de prevalencia de TCA del 0,9% en varones y 4,7% de las mujeres. Para la AN, un 0,7%, para la BN, 1,2% y TCA-NE, un 2,8% para el género femenino, siendo bastante menor (0,4% en BN y 0,5% para TCA-NE) en el género masculino.

2.- **Pérez-Gaspar et al.** (1997)⁵⁴ realizan en **Navarra** un estudio trasversal en doble fase. La muestra consta de 3472 adolescentes mujeres de secundaria entre 12 a 21 años de edad, y consiguen una tasa de participación del 83%. Finalmente participaron 2862 mujeres. Se autoadministraron entre otros cuestionarios el EDI y el EAT-40 junto a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y preguntas sociodemográficas. La población de riesgo se establece a partir de una puntuación de 30 en el EAT-40, cumpliendo este criterio el 11% de la población. En la segunda fase se entrevista a un total de 277 alumnas de las 319 mujeres que forman parte del grupo de riesgo. Se obtiene una prevalencia de TCA del 4,1%, donde el 0,3% son de AN, el 0,8% de BN y el 3,1% de TCA-NE.

3.- **Ruiz et al.** (1998)⁵⁵ realizan en **Zaragoza** un estudio de prevalencia de TCA en doble fase. La muestra consta de 4452 estudiantes de secundaria de ambos sexos, pertenecientes a 30 centros públicos y 31 privados. La tasa de respuesta fue del 84,4%. Finalmente participaron 1854 varones y 2193 mujeres. Se autoadministró el EDI, el EAT-40 entre otros cuestionarios. La población de riesgo se establece a partir de una puntuación de 30 en el EAT-40, cumpliendo este criterio el 3,3% de los varones y 16,3% de las mujeres. La segunda fase consiste en entrevistar a las 358 mujeres que forman parte del grupo de riesgo, realizándose en total 335 entrevistas clínicas. Se obtiene una prevalencia de TCA del 4,5% en la muestra femenina, donde el 0,1% son de AN, el 0,6% de BN y el 3,8% de TCA-NE.

4.- **Petit et al.**⁵⁶ inician un programa de detección precoz y prevención de TCA en 1998, en adolescentes de 12 a 14 años escolarizados en IES públicos de Getafe. El programa se ha desarrollado durante cinco años consecutivos, evaluando a 3836 chicos y chicas y sus familias. Se auto-administraron dos cuestionarios, el EDI y el EAT-26. Se entrevistaba a todo alumno que superara el punto de corte de 15 en el EAT-26 o que presentara 4 o más factores del EDI por encima de la media de grupo (media más una desviación típica). Entrevistan a doble ciego, a un número determinado de controles. El 10% de los alumnos presentaba algún factor de riesgo y el 0,5% TCA.

Los estudios epidemiológicos de prevalencia de población de riesgo basados en cuestionarios, dan cifras en torno al 0,9%-3% para varones y 7,3%-18% para mujeres, pero los tres estudios de prevalencia de casos de TCA dan cifras más rigurosas de la situación en España. La prevalencia de caso de AN se situaría entre 0,1% y el 0,8%, para la BN estaría en torno al 0,5% al 1,5%, y para los TCA-NE entre 2,7% al 3,8% para mujeres adolescentes. En total la prevalencia de un TCA se situaría alrededor del 4,7%.

2.4.4.- Evolución

Los estudios epidemiológicos que evalúan la demanda asistencial de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de la misma, observable en la práctica clínica, tanto en consultas psiquiátricas como en Atención Primaria^{6, 30, 57, 58}. Esto podría explicarse por la intervención de *factores institucionales* como la dotación de más camas y unidades de tratamiento en los hospita-

les que provocan una mayor demanda de atención o la concienciación sobre el tema que las asociaciones de familiares tratan de llevar a la opinión pública y a las propias instituciones.

Sin embargo, el incremento o no de la incidencia/prevalencia de estos trastornos sigue siendo un tema controvertido; así, distintos autores^{59, 60} afirman que la extensión de este problema en la población general y su incremento durante estos años no ha sido claramente documentado. Esto es debido a que no se sabe con claridad si lo que ha ocurrido es un incremento real de casos o una mejora en el conocimiento de la frecuencia de estas patologías. Podrían darse razones para ambas cuestiones. Podrían influir en un incremento de la prevalencia *factores socioculturales* como el cambio en el valor estético de belleza hacia la extrema delgadez, relacionado a su vez con los mensajes divulgados por los medios de comunicación que la asocian con el éxito y 'eterna juventud'. Esto orienta, principalmente a las adolescentes, hacia la preocupación excesiva por su figura y peso y como consecuencia a la realización de dietas y ejercicio físico. Por otro lado, la mayor difusión de estas patologías en los medios audiovisuales incrementa su conocimiento entre la población, lo cual hace que se solicite mayor atención sanitaria.

Por último, las mejoras en los criterios diagnósticos y en los instrumentos de evaluación de síntomas de TCA, posibilitan la realización de estudios epidemiológicos más rigurosos y comparables, y por tanto un mejor conocimiento de su prevalencia.

Así, estos estudios en población general llevados a cabo durante los años 90 concluyen, por una parte, la existencia de un síndrome anoréxico "completo" que no habría variado en el curso de decenios y por otra un síndrome anoréxico

“incompleto” a menudo espontáneamente resolutivo y dependiente de presiones socioculturales, que sería más re-

ciente. En relación a la BN, los datos son prematuros para demostrar un incremento en los últimos años⁶¹.

2.5. El *Eating Attitudes Test* como cuestionario de cribado de TCA

El *Eating Attitudes Test* (EAT) se desarrolló como respuesta a la preocupación surgida en un panel de Consenso del Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano en 1976, donde se consideró que se podría mejorar la detección temprana de la AN mediante cribado poblacional. En 1979, se publica el 1er estudio sobre el *Eating Attitudes Test*⁶². Se trata de un cuestionario de 40 preguntas diseñado para evaluar actitudes y conductas asociadas a la AN. Ha mostrado buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez y adecuada sensibilidad y especificidad para cribado de TCA, permitiendo discriminar entre caso de TCA y población normal. Es uno de los cuestionarios más utilizados habiéndose documentado su uso en gran número de países y culturas, básicamente para seleccionar población de riesgo en estudios de doble fase, bien para estimar prevalencias o en estudios de intervención⁶³.

Mediante análisis factorial del EAT-40 se desarrolló la versión de 26 preguntas⁶⁴, la cual presenta una correlación de 0,98 con el cuestionario de 40. Consta de tres escalas: DIETA, recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez, BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA, conductas bulímicas (atracones y

vómitos), y pensamientos acerca de la comida, y CONTROL ORAL que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Cada pregunta tiene una posible respuesta entre 6 posibilidades, (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, y siempre) y su forma de puntuación es según la escala de Likert: 000123, valorándose cero las tres primeras posibles respuestas y 1, 2 ó 3 las tres siguientes respectivamente. En la *tabla 3* se resumen las características psicométricas del EAT.

En nuestro país no contamos con estudios que contrasten la puntuación del cuestionario con el diagnóstico a través de entrevista clínica (validez de criterio) para detectar TCA en el medio comunitario. **Castro et al.**⁶⁵ realizan una validación del EAT-40 en mujeres con AN a partir de 78 casos hospitalarios y 78 controles apareados por edad y nivel socioeconómico. **Guimerá et al.**⁶⁶ publican en un estudio la adaptación española de otro cuestionario específico de TCA, el EDI, en una muestra de 24 pacientes anoréxicas y 24 controles de edades y características sociodemográficas similares. Estos dos estudios, se centran en el medio hospitalario y solo tienen en cuenta pacientes anoréxicas.

Tabla 2

Características del cuestionario Eating Attitudes Test^{62,64}

FORMA DE APLICACIÓN	OBJETIVO		FACTORES
Cuestionario autoadministrado	Diseñado para evaluar actitudes y conductas asociados a la AN	EAT-40, 7 factores	1. Preocupación por la comida 2. Imagen corporal hacia adelgazamiento 3. Vómitos y abuso de laxantes 4. Dieta 5. Lentitud en la ingesta 6. Ingesta clandestina 7. Presión social percibida para ganar peso
		EAT-26, 3 factores	1. Dieta 2. Bulimia y preocupación por la comida 3. Control oral

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL EAT

FIABILIDAD	VALIDEZ
1.-CONSISTENCIA INTERNA Los 26 ítems presentan correlación moderada con la puntuación total, $r > 0.44$. 2.-FIABILIDAD TEST-RETEST Para 2 a 3 semanas la correlación fue de 0.84.	1.-VALIDEZ CONCURRENTE Ha mostrado utilidad para diferenciar TCA de población normal, así como trastorno por atracón de la AN y BN, pero no diferencia entre AN y BN. 2.-VALIDEZ PREDICTIVA Sensible a cambios terapéuticos, o a cambios en la sintomatología de pacientes anoréxicas. 3.-VALIDEZ DISCRIMINANTE La puntuación total clasifica correctamente al 83,6% de los casos

Por lo tanto, dada la ausencia de **estudios de validación** de cuestionarios de cribado en el medio comunitario, existe heterogeneidad entre autores a la hora de establecer el punto de corte para definir población 'con riesgo', viéndonos obligados a extrapolar los puntos de corte que han demostrado ser los adecuados en otras poblaciones. Es sabido que el EAT puede estar sujeto a problemas de errores de interpretación lingüística o semántica y su sensibilidad variar entre diferentes culturas. De hecho los autores recomiendan que cada cultura debería desarrollar sus propios valores normativos de

este cuestionario, para que el cribado tenga algún valor⁶³. Esto unido a la cada vez mayor demanda desde el medio sanitario y desde el ámbito educativo de cuestionarios que permitan diferenciar la población con el problema, justifica la realización de un estudio de este tipo. Sus resultados nos permitirán estimar la prevalencia de población 'con riesgo' en futuras encuestas basadas en cuestionario auto-administrado. Creemos también que sería de gran utilidad a la hora de ayudar a determinar los criterios de derivación de una paciente/alumna a servicios de atención primaria o de salud mental.

Objetivos

1. Estimar la prevalencia actual y acumulada de casos clínicos de TCA en población femenina adolescente escolarizada de la Comunidad de Madrid.
2. Caracterizar los casos y estudiar su asociación con diversos factores..
3. Estimar la prevalencia de población con riesgo.
4. Estimar la demanda de atención psicológica o psiquiátrica de los casos.
5. Analizar la validez del cuestionario EAT-26 como cuestionario de cribado de TCA.

Población y metodología

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo transversal en dos fases: en una primera se aplicó una encuesta autoadministrada en

el aula y posteriormente se realizó una entrevista clínica por un equipo de psicólogos y psiquiatras a toda la población.

4.2. Diseño muestral

El diseño muestral viene condicionado por la necesidad de garantizar la representatividad de la muestra respecto a la población femenina escolarizada durante el curso 2000-2001. La muestra fue seleccionada mediante muestreo por conglomerados bietápico, seleccionándose primero centros escolares y posteriormente aulas. Se estratificaron las unidades de primera etapa según los criterios de hábitat (Madrid/resto de Madrid) y titularidad del centro (público/privado).

4.2.1.- Ámbito geográfico y poblacional

El ámbito geográfico y poblacional se refiere a las mujeres adolescentes escolarizadas en la Comunidad de Madrid adscritas durante el año académico 2000-2001 a los cursos 3.º ESO, 4.º ESO, 1.º BACHILLERATO LOGSE, 2.º BACHILLERATO LOGSE, alumnos de FORMACIÓN PROFESIONAL 1 o 2 y alumnos de ciclos formativos, lo que abarca en su mayor parte población entre los 15 y 18 años.

4.2.2.- Tamaño muestral

Con objeto de obtener un mínimo de 1000 entrevistas válidas, lo que garantiza para un nivel de confianza del 95%, un error muestral de $\pm 1,5$, basado en estimaciones con efecto de diseño de 1,4 y con una prevalencia teórica de casos de TCA del 5%, se planteó una muestra de 17 centros con un total de 6 aulas por centro.

4.2.3.- Selección de los elementos muestrales

La asignación de centros a cada estrato se realizó de forma proporcional al número de alumnas en cada estrato. La selección de las aulas se realizó con probabilidad igual entre el conjunto de aulas de cada centro. En el caso de centros con menos de 6 aulas, se incluyeron todas ellas sin submuestreo. Bajo estos supuestos, la muestra resulta autoponderada.

4.3. Fecha de ejecución del estudio

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2000 y mayo de 2001.

4.4. Procedimiento de trabajo de campo e instrumentos de medida

Una vez seleccionados los centros escolares se les remitió por correo la solicitud de participación junto con un resumen del estudio y los pasos a seguir en el centro en el caso de participar. Posteriormente mantuvimos reunión con el director o tutor de cada centro para fijar fechas y detalles organizativos.

Una vez aplicado el cuestionario en el aula, se llevó a cabo la entrevista clínica que incluía la medición del peso y talla, a todas las alumnas que de forma voluntaria así lo quisieran.

Para la entrevista clínica se solicitó autorización por escrito a los padres así como datos de identificación de la alumna y dirección postal, adquiriendo entonces nuestro compromiso de enviar un resumen del informe clínico a domicilio.

Se formó un equipo compuesto por

un psiquiatra asesor y un psiquiatra y cinco psicólogos clínicos, para el trabajo de campo en los centros. Se realizaron varias sesiones de entrenamiento acerca de cómo aplicar la entrevista, con objeto de conseguir una buena homogeneidad de medición entre ellos. Se mantuvieron reuniones semanales durante todo el tiempo que duró el trabajo de campo, para exponer y discutir las entrevistas problemáticas o los casos y decidir el diagnóstico final, siguiendo los criterios de la DSM-IV³.

Se utilizaron básculas digitales marca Seca-Alpha-770 con exactitud de 0,1Kg. y alcance de pesaje de 200Kg. y tallímetro de pared marca Kawe. El peso se llevó a cabo con los alumnos vestidos sin ropa de abrigo y sin zapatos, llaveros, monederos u otros objetos pesados.

4.5. Encuesta aplicada y cuestionario que incluye

La encuesta autoadministrada incluía dos cuestionarios específicos de TCA: el EDI-I, versión traducida por la editorial TEA⁶⁷ y el EAT-26, del que hicimos traducción a partir de la versión original in-

glés de los autores. Otras preguntas se referían a conductas de riesgo, demanda sanitaria, amenorrea, nivel educativo y situación laboral de los padres (*Anexo III*).

4.6. Entrevista clínica para diagnóstico de caso

La entrevista clínica utilizada para diagnóstico de caso fue la Eating Disorder Examination, (12ª edición, Fairburn y Cooper, 1993) (Fairburn y Wilson, 1993)⁶⁹. Es una entrevista semiestructurada que consta de 35 preguntas en 4 escalas: restricción alimentaria, preocupación por la comida, preocupación por

el peso y preocupación por la figura. Se requiere entrenamiento para su administración que suele durar de 30 minutos a una hora. Fue diseñada para corregir problemas inherentes de los cuestionarios autoadministrados, concretamente en la medida del 'Atracón', (Binge Eating).

4.7. Definición de caso y población con riesgo

Se siguieron los criterios de la DSM-IV³, para la definición de caso de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno del comportamiento alimentario no especificado (caso incompleto, TCA-NE o EDNOS). Se consideró población de riesgo si la alumna presentaba dos o más síntomas claves en grado intenso detectados por la entrevista clínica. Se han considerado síntomas claves: mantenimiento de bajo peso (intento de perder

peso o evitar ganarlo durante los tres últimos meses por la preocupación por la figura o peso, en sujetos que pueden tener bajo peso), miedo a ganar peso, importancia de la figura, importancia del peso, sentimientos de gordura con peso bajo o normal, número de períodos menstruales que ha perdido durante los últimos tres meses, episodios bulímicos objetivos recurrentes y conductas compensatorias.

4.8. Medidas de frecuencia y asociación

Se ha calculado la prevalencia actual y acumulada de casos de TCA, y su intervalo de confianza al 95% corregido el efecto de diseño. Se presenta también la proporción de casos en tratamiento. Mediante regresión logística se ha estudiado su asociación con la edad, situación laboral de los padres y su nivel edu-

cativo, así como con otros factores recogidos en el cuestionario. Estas variables se han tomado como dicotómicas, salvo la edad, talla y edad de la menarquia que se tomaron como variables continuas. El modelo de regresión es bivariable, ajustando cada factor solamente por la edad.

4.9. Método de validación del EAT-26

Se analiza la validez de constructo del cuestionario EAT-26 mediante análisis factorial. Previamente se estudió la adecuación de los datos al análisis factorial mediante las pruebas estadísticas: determinante de la matriz de correlaciones, test de esfericidad de Bartlett, y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. La extracción de factores se realizó mediante análisis de componentes principales y rotación varimax para facilitar la interpretación de los resultados. Para determinar el número de factores máximo a extraer se consideró el criterio de su autovalor (ei-

genvalue) mayor de la unidad. La fiabilidad se ha estudiado mediante el alfa de Cronbach. La validez de criterio para los puntos de corte aconsejados por los autores, mediante el cálculo de los coeficientes de validez: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, porcentaje de bien clasificados y sus intervalos de confianza al 95%. Mediante las curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) se determina el punto de corte óptimo para discriminar la población caso de la normal.

Resultados

5.1. Prevalencia

5.1.1.- Descripción de la muestra y tasas de respuesta

El estudio se ha llevado a cabo en un total de 17 centros escolares, de los 18 seleccionados. En la tabla 4 figura la dis-

tribución por edad de la muestra. El 92,9% de las alumnas que participaron tenían entre 15 y 18 años.

Tabla 3

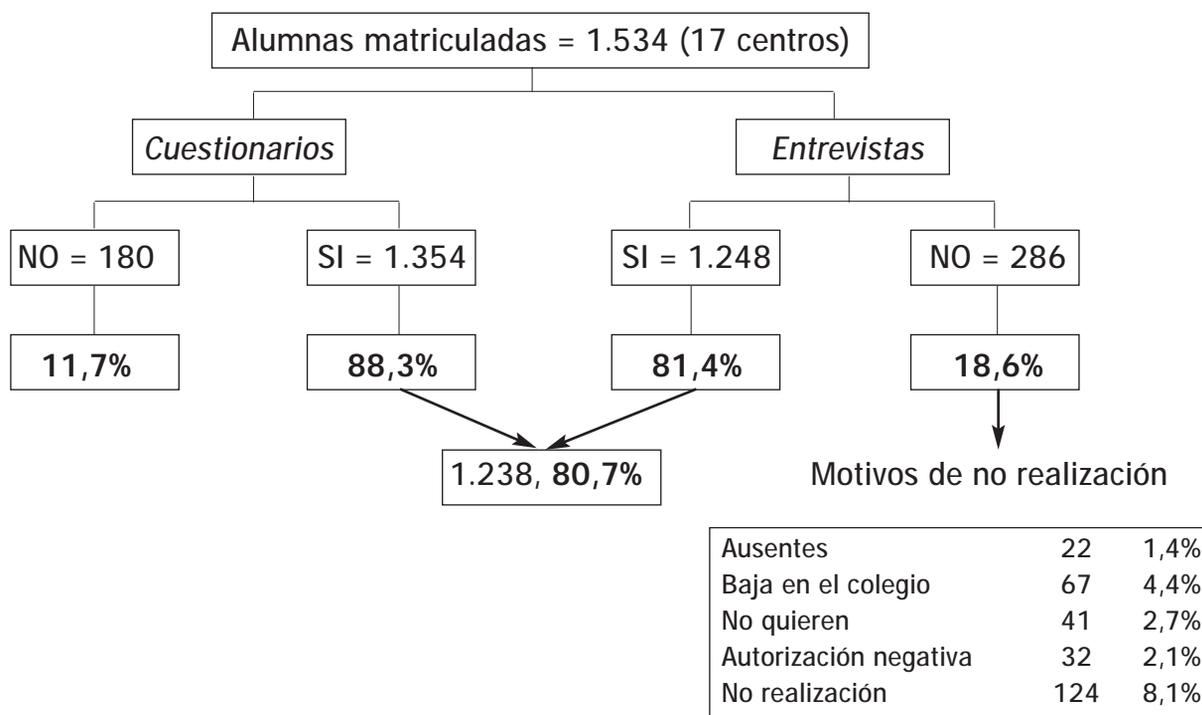
Distribución por edad de la muestra

EDAD	Nº	%	% VÁLIDO
13	2	,1	,1
14	17	1,1	1,3
15	256	16,7	18,9
16	451	29,4	33,3
17	389	25,4	28,7
18	162	10,6	12,0
19	52	3,4	3,8
20	19	1,2	1,4
21	4	,3	,3
22	2	,1	,1
25	1	,1	,1
Total	1355	88,3	100,0
No consta	179	11,7	
Total	1534	100,0	

De las 1534 alumnas matriculadas, realizaron el cuestionario 1354 (88,3%) y la entrevista 1248 (81,4%), obteniéndose ambos en 1238 alumnas, el 80,7% del total.

Las causas de no realización de la entrevista se reparten como sigue: 1,4% ausentes, 4,4% baja en el colegio, 2,7% no quieren hacerla, 2,1% autorización negativa, 8,1% sin respuesta (*figura 1*).

Figura 1
Tasa de respuesta de alumnas y motivo de no respuesta a la entrevista



En la *tabla 4* figura la distribución de la muestra y tasa de respuesta de alumnas por estrato. Es de destacar cómo casi la totalidad de las 170 alumnas que

no realizaron cuestionario ni entrevista, (lo que supone el 11,1% del total de matriculadas), se debe a centros públicos de la Comunidad.

Tabla 4

Distribución de la muestra y tasas de respuesta de alumnas al cuestionario y/o entrevista, según estrato N(%)

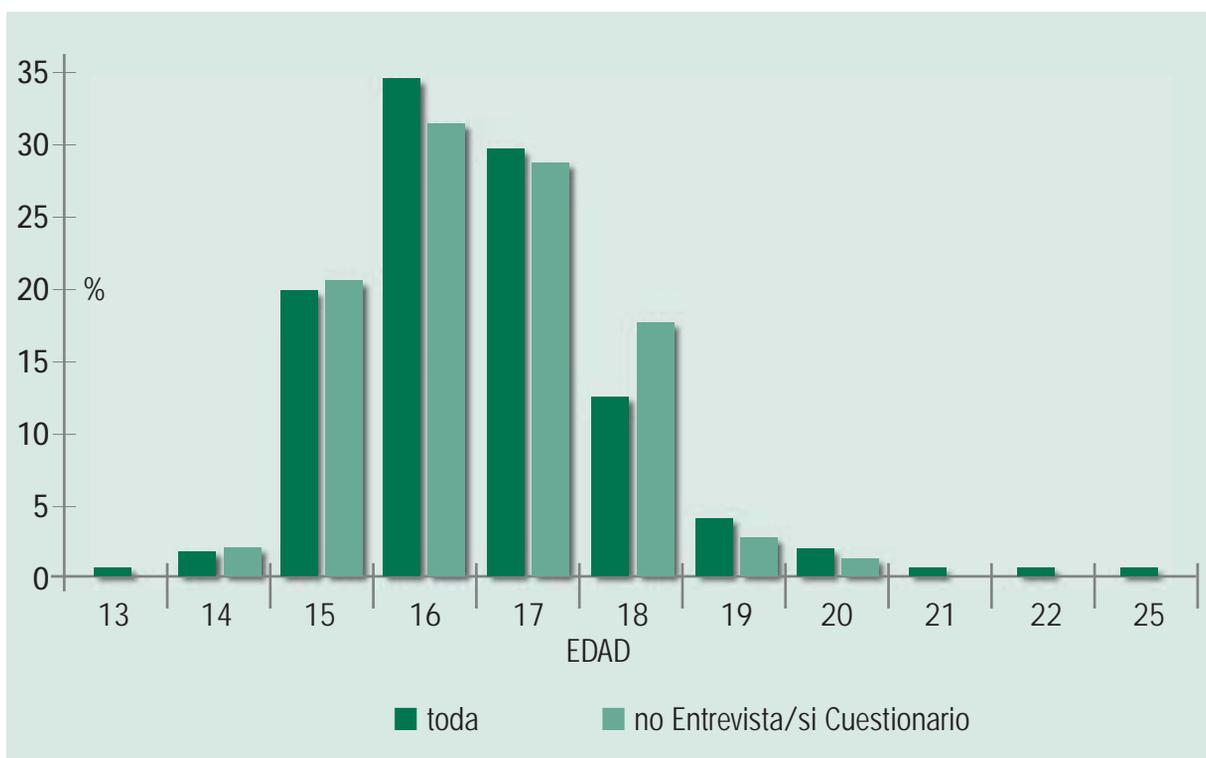
	Centros públicos Madrid		Centros públicos Resto de la Comunidad		Centros privados Madrid		Centros privados resto de la Comunidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Total de alumnas matriculadas	470	(30,6)	766	(49,9)	218	(14,2)	80	(5,2)	1534	(100)	(100)
cuestionario mas entrevista	84	(31,0)	575	(46,4)	201	(16,2)	78	(6,3)	1238	(100)	(80,7)
cuestionario sin entrevista	31	(26,7)	68	(58,6)	16	(13,8)	1	(0,9)	116	(100)	(7,5)
no cuestionario, sí entrevista	1	(10)	9	(90)	--	--	--	--	10	(100)	(0,6)
no cuestionario, no entrevista	54	(31,8)	114	(67,1)	1	(0,6)	1	(0,6)	170	(100)	(11,1)

El *gráfico 1* recoge la distribución por edad de la muestra y de las chicas que no realizaron entrevista. No se aprecian diferencias importantes, salvo en las de

18 años: entre las que no realizaron entrevista, las de esta edad están en una proporción algo mayor que en la muestra.

Gráfico 1

Distribución por edad de la muestra y de la no respuesta a entrevista



5.1.2.- Prevalencia de caso y de población "con riesgo"

En la *tabla 6* se indica la prevalencia actual y acumulada de TCA hallada en este estudio, con su intervalo de confianza al 95%. Se diagnosticaron un total

de 42 casos lo que supone una tasa de prevalencia actual de un 3,4% (1,9-4,9). A esta cifra hay que añadir dos casos de AN y dos casos de BN ya tratadas y actualmente en remisión, lo que arroja una prevalencia acumulada de casos del 3,7% (2,1-5,3).

Tabla 5

Prevalencia de casos y de población con riesgo (IC 95%)

ACTUAL	Nº	%	I. DE C.
AN	7	0,6	0,1-1
BN	8	0,6	0,2-1,1
TCA-NE	27	2,1	1-3,3
TOTAL	42	3,4	1,9-4,9
ACUMULADA TOTAL	46	3,7	2,1-5,3
RIESGO	95	7,6	5,6-9,6

En cuanto a la distribución por edad de los casos, no se aprecian diferencias significativas entre los distintos subtipos,

ni con el resto de la muestra, ni con aquellas alumnas que no hicieron la entrevista pero sí el cuestionario (*gráficos 2 y 3*).

Gráfico 2

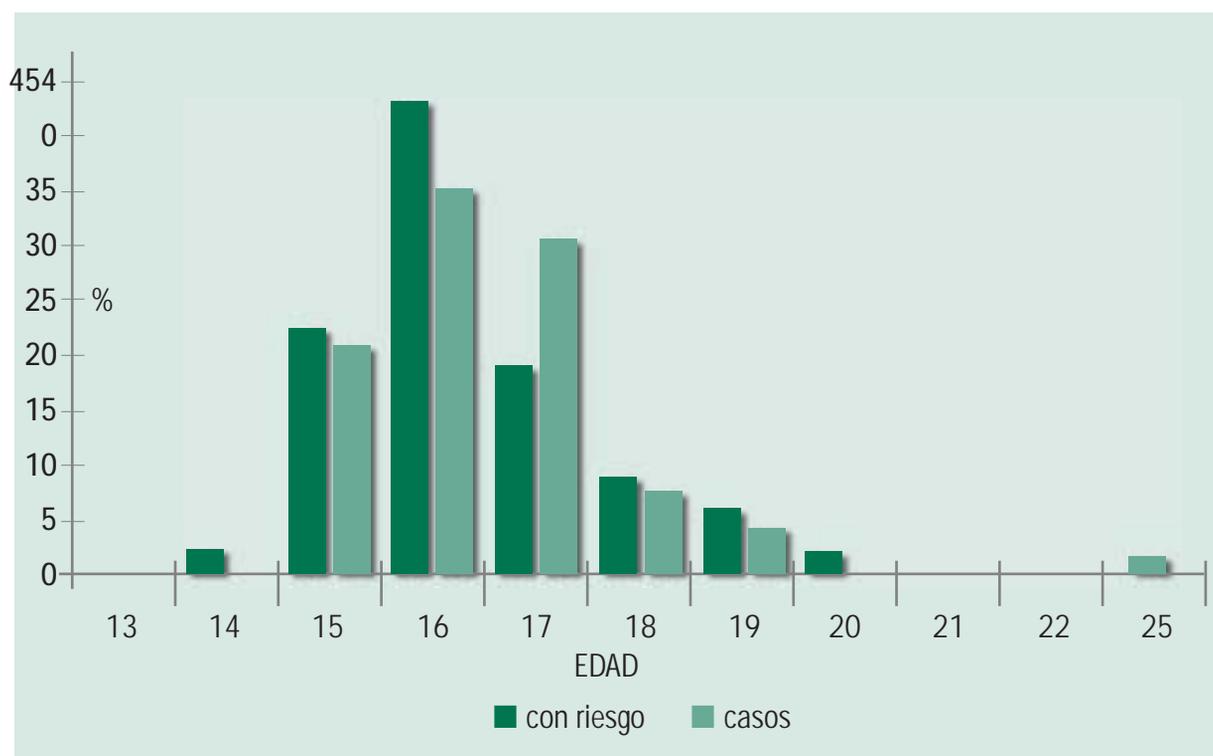
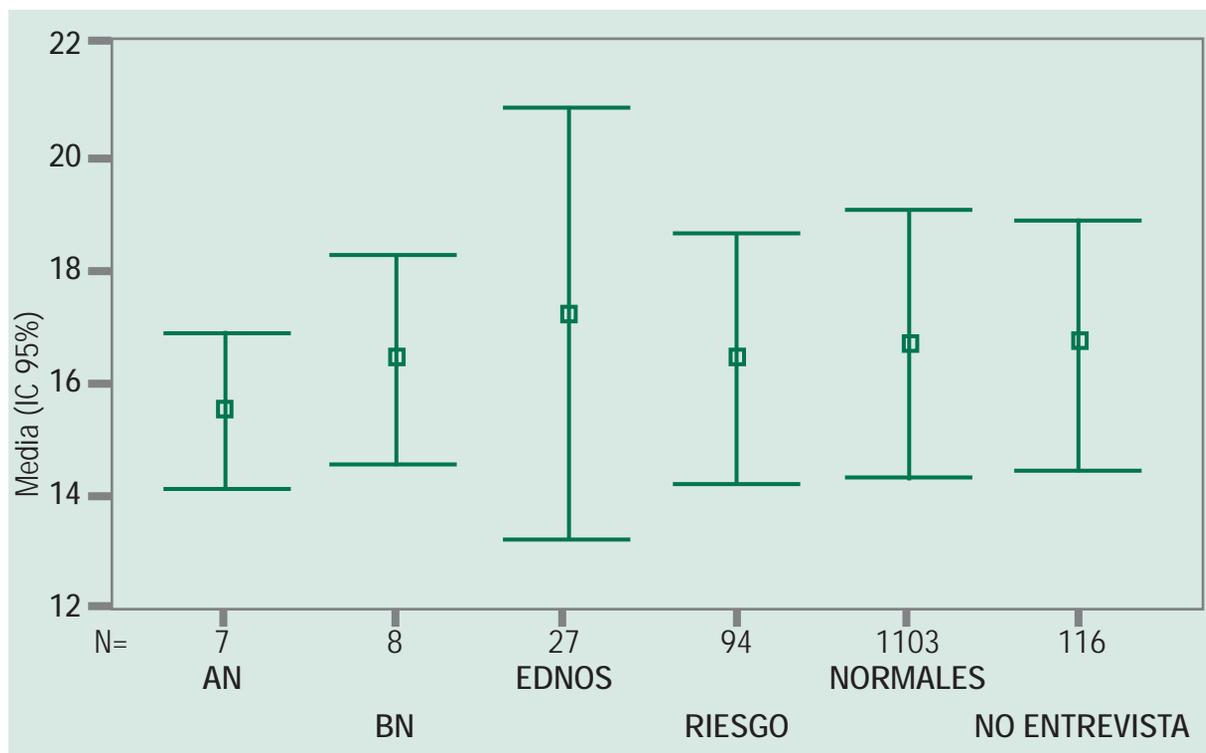
Distribución por edad de los casos y de la población con riesgo

Gráfico 3

Edad media según tipo de diagnóstico y de la no respuesta a entrevista



5.1.3.- Asociación con factores estudiados

La probabilidad de ser caso de TCA, muestra asociación con la situación laboral de la madre, siendo 2,18 veces mayor si la madre trabaja fuera del hogar

que si no lo hace (IC 95% 1,08-4,38). No hemos encontrado asociación con otros factores como se indica en la *tabla 6*.

Tabla 6

Asociación entre caso y factores estudiados

Factor	OR	p	I. de C. 95%
Situación laboral del padre (trabaja/no trabaja(referencia))	1.36	0.495	0.56-3.29
Situación laboral de la madre (trabaja/no trabaja*)	2.18	0.028	1.08-4.38
Nivel de estudios padre (universitarios/resto*)	1.19	0.659	0.54-2.63
Nivel de estudios madre (universitarios/resto*)	1.68	0.195	0.76-3.73
Nivel estudios madre (primarios/resto*)	1.78	0.071	0.95-3.34
Titularidad del Centro (público/privado*)	0.81	0.603	0.37-1.77
Ámbito geográfico (Madrid/resto de la Comunidad*)	0.71	0.284	0.38-1.32
Edad menarquia (variable continua, en años)	0.98	0.911	0.77-1.25
Talla (variable continua, en cm.)	1,01	0.779	0.96-1,06

* Categoría de referencia

5.1.4.- Demanda de atención sanitaria de los casos

Del total de la muestra entrevistada, 10 alumnas refirieron encontrarse en este momento en tratamiento por TCA. De ellas, 8 fueron diagnosticadas como

casos actuales y 2 como población con riesgo. De los 42 casos detectados, solo 8 (el 19%) se encontraban en tratamiento. Entre los distintos tipos de casos, la proporción más alta de subdiagnóstico se ha observado entre las bulímicas, con solo un 12,5% en tratamiento (*tabla 7*).

Tabla 7

Proporción de casos en tratamiento

TIPO	N	TRATAMIENTO
AN	3	43%
BN	1	12,5%
TCA-NE	4	14,8%
TOTAL	8	19%

5.2. Eating Attitudes Test (EAT-26)

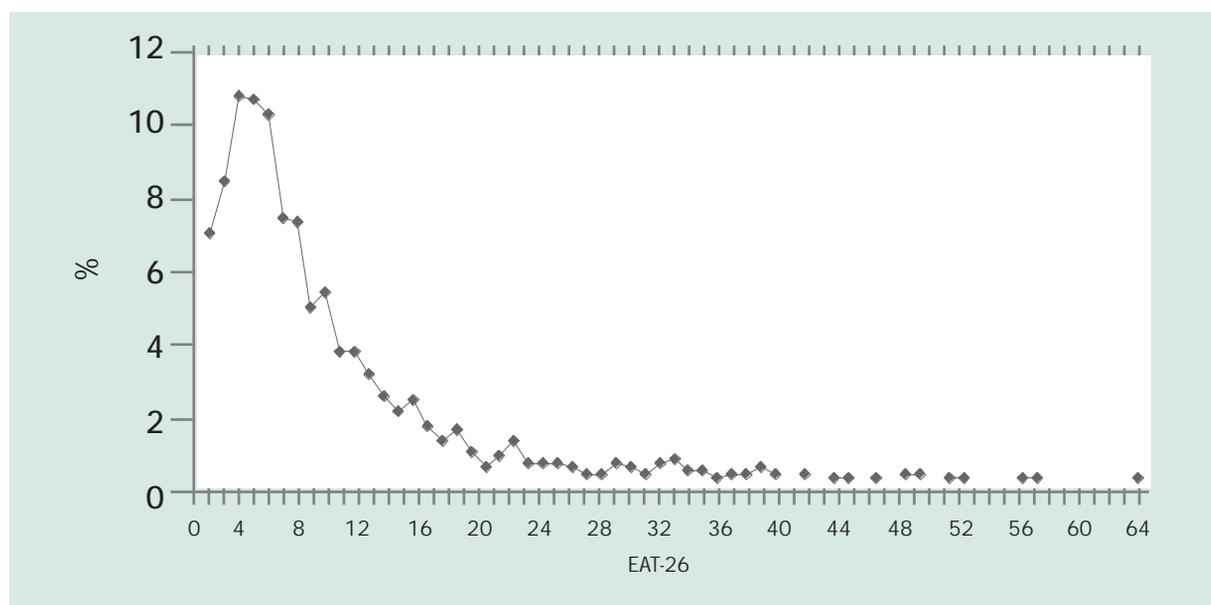
5.2.1.- Puntuación media del cuestionario global y por escalas

El rango de puntuación posible para este cuestionario está entre 0 y 64, si-

tuándose la media aritmética para toda la población en 7,9 (7,5-8,4). Solo una alumna obtuvo la máxima puntuación posible (gráfico 4).

Gráfico 4

Distribución de frecuencias de puntuación del EAT-26, para toda la población



El gráfico 5 y la tabla 8 recogen los valores medios en la puntuación del cuestionario y su intervalo de confianza al 95%, para el total y por escalas, según el

tipo de diagnóstico. Se observa diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias por categorías diagnósticas.

Gráfico 5

Puntuación media del EAT-26 total y por escalas, según tipo de diagnóstico

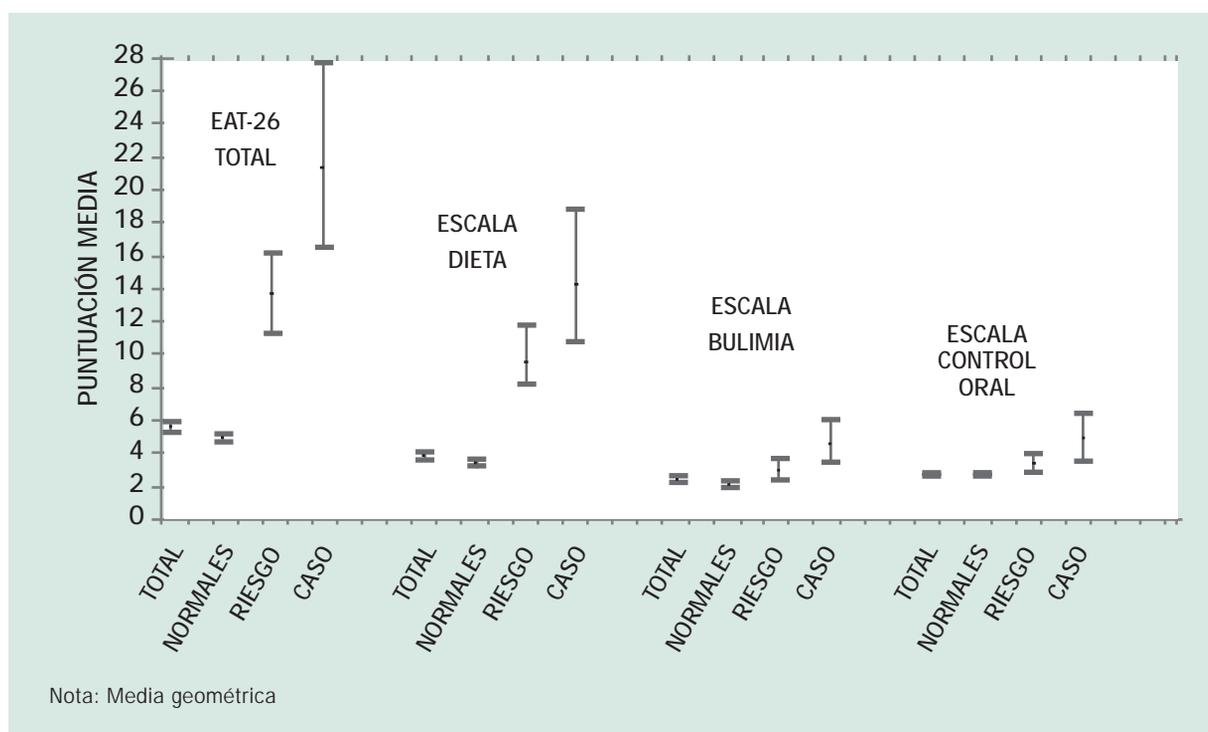


Tabla 8

**Puntuación media del EAT-26 total y por escalas,
según tipo de diagnóstico**

ESCALAS EAT-26	POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA E IC (95%)		MEDIA GEOMÉTRICA E IC (95%)	
EAT TOTAL	TOTAL	7,9	7,5 -8,4	5,6	5,3 -5,9
	NORMALES	6,5	6,1 -6,9	4,9	4,7 -5,2
	RIESGO	17	14,6 -19,3	13,5	11,3 -16
	CASO	26,5	21,5 -31,4	21,2	16,4 -27,4
DIETA	TOTAL	5	4,6 -5,3	4	3,7 -4,2
	NORMALES	3,9	3,6 -4,3	3,4	3,2 -3,6
	RIESGO	11,8	10,1 -13,5	9,6	8,1 -11,6
	CASO	16,7	13,9 -19,5	14,1	10,6 -18,6
BULIMIA	TOTAL	0,7	0,6 -0,8	2,4	2,2 -2,6
	NORMALES	0,4	0,3 -0,5	2	1,8 -2,2
	RIESGO	2	1,4 -2,6	3	2,4 -3,7
	CASO	4,6	3,3 -5,9	4,5	3,4 -6
CONTROL ORAL	TOTAL	2,4	2,3 -2,5	2,8	2,6 -2,9
	NORMALES	2,2	2 -2,3	2,6	2,5 -2,8
	RIESGO	3,2	2,5 -3,8	3,4	2,9 -4
	CASO	5,6	4 -7,2	4,8	3,6 -6,4

*Nota: Población Total = 1.354; Normales = 1.111; Riesgo = 95; Caso = 42

5.2.2.- Prevalencia de población con puntuación ≥ 10 ó ≥ 20

El 27,1% de la población obtuvo una puntuación ≥ 10 y el 9,2% obtuvo puntuación ≥ 20 (riesgo bajo y alto y mejor

punto de corte respectivamente, según los propios autores del cuestionario (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). En la *tabla 9* se recoge la conversión a percentiles de la frecuencia de puntuación para la muestra total y casos.

Tabla 9

**Conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26,
para toda la población y según tipo de diagnóstico**

PUNTUACIÓN	PERCENTILES			
	TODA LA MUESTRA	POBLACIÓN NORMAL	POBLACIÓN CON RIESGO	CASOS
0	7	8	2	
1	15	16	4	3
2	25	27	6	
3	35	39	8	
4	45	50	10	5
5	53	57	16	
6	59	65	20	
7	64	70	22	
8	69	75	25	8
9	73	79	29	10
10	76	82	33	15
11	79	85	38	18
12	81	88	40	21
13	83	89	45	
14	86	91	49	23
15	87	92	52	31
16	88	93	61	
17	90	94		41
18	90	95	62	
19	91	95	63	
20	91	96	66	
21	93	96	67	44
22	93	97	71	
23	94	97	73	46
24	94	97	75	49
25	95	98	79	
26	95	98	80	
27	95	98		51
28	96	98	82	
29	96	98	84	56
30	96	98	85	
31	97	99	88	64
32	97	99	93	
33	97	99		67
34	98		94	74
35	98			77
36	98			82

Tabla 9 (cont.)

**Conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26,
para toda la población y según tipo de diagnóstico**

PUNTUACIÓN	PERCENTILES			
	TODA LA MUESTRA	POBLACIÓN NORMAL	POBLACIÓN CON RIESGO	CASOS
37	98	99	96	
38	99	100		
39	99	100		
41	99		97	87
43	99	100		
44	99			90
46	99	100		
48	99		100	
49	100	100		92
51	100	100		
52	100			
56	100			95
57	100			97
64	100			100
N Total=	1.293	1.056	89	39
N Perdidos=	241	55	6	3
N Total=	1.534	1.111	95	42

5.2.3.- Análisis factorial

En la *tabla 10* se recogen los resultados de varias pruebas estadísticas que basadas en el examen de la matriz de correlaciones entre los 26 ítems del cues-

tionario, indican si los datos son adecuados para el análisis factorial. Los resultados de las tres pruebas indican alta correlación entre los ítems y por tanto los datos son adecuados para el análisis factorial.

Tabla 10

Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos

- 1.-DETERMINANTE DE LA MATRIZ DE CORRELACIONES= 0,00004056
- 2.-TEST DE ESFERICIDAD DE BARTLETT, CHI-CUADRADO= 12969,726, SIG. =0,000
- 3.-MEDIDA DE ADECUACIÓN MUESTRAL DE KAISER-MEYER-OLKIN= 0,90

5.2.3.1.- Extracción de factores

En la *tabla 11* se muestra la matriz de componentes rotados. Se indican las tres escalas a las que pertenece cada ítem en el cuestionario original: dieta=D, bulimia=B y control oral=CO.

El análisis factorial exploratorio sin obligar a que converja en un número determinado de factores, extrae 6 componentes con autovalor mayor de la unidad (*gráfico 6*), que explican el 59,2% de la variabilidad total. Los dos primeros componentes, que agrupan las preguntas de la escala de dieta, explican el 37,2% de la variabilidad. Todos los ítems, salvo uno, presentan saturación en algún fac-

tor, con alta ponderación en el mismo y baja en los demás. Los dos primeros componentes incluyen la escala de dieta, los dos siguientes la de bulimia y los dos últimos la de control oral. Dos ítems de la escala de dieta y uno de la escala de control oral cambiarían de escala según este análisis. La pregunta número 19 del cuestionario: 'Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida', no presenta saturación en ninguno de los 6 componentes, lo que indica la conveniencia de revisarla o eliminarla del cuestionario. Cuando se exige en el análisis que converja en tres factores, estos coinciden con las 3 escalas y explican el 44,1% de la variabilidad total.

Gráfico 6

Gráfico de sedimentación de factores y autovalores (eigenvalues)

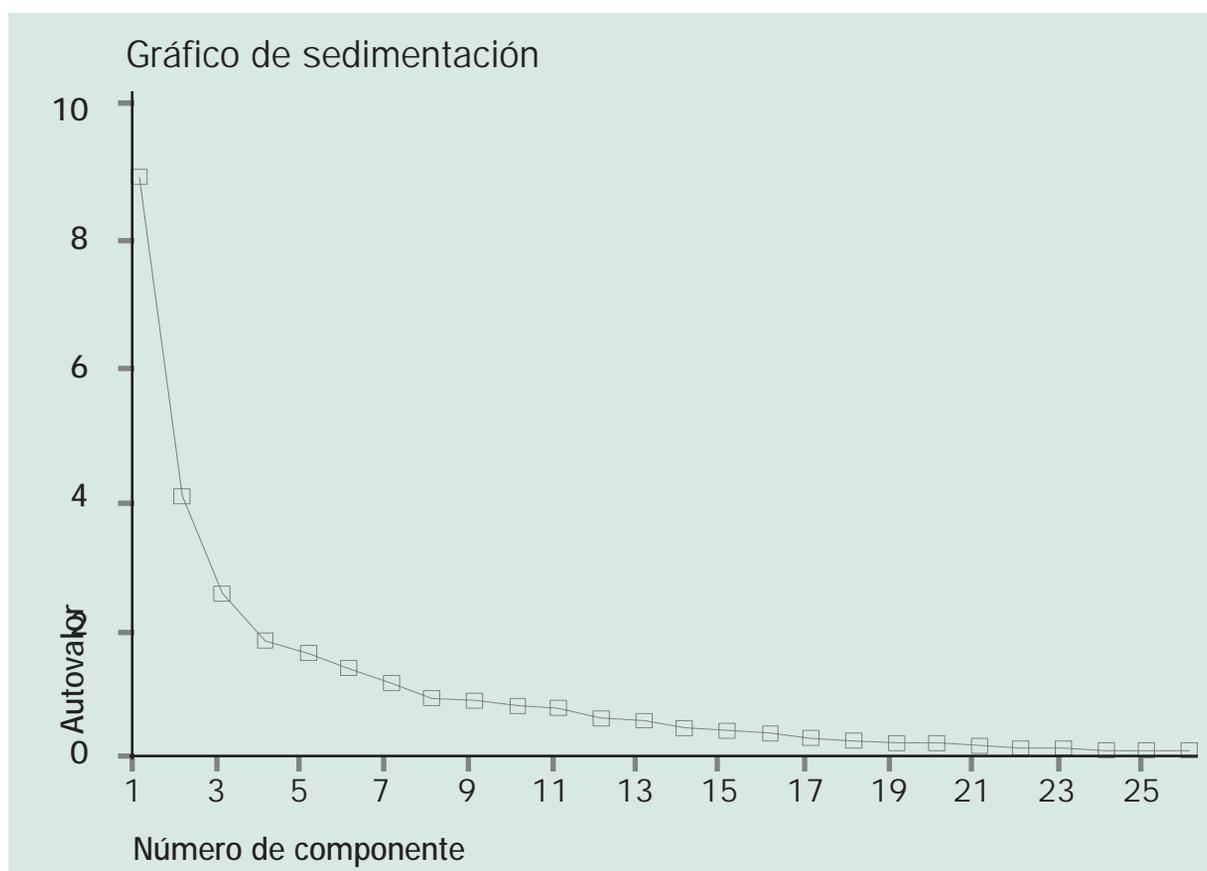


Tabla 11

Análisis factorial: matriz de componentes rotados

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1.- D - Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a	0,789	0,179	0,120	0,110		
14.- D - Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis	0,770	0,120	0,160			
12.- D - Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	0,712	0,236	0,203	0,106		
11.- D - Me obsesiona el deseo de estar más delgada	0,653	0,308	0,336	0,172		
25.- D - Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías	0,527	0,191	-0,141			0,101
22.- D - No me siento bien después de haber tomado dulces	0,445	0,417	0,396	0,191		
19.- CO - Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	-0,350	0,257	-0,213			0,262
7.- D - Procuo no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	0,226	0,782				
16.- D - Procuo no comer alimentos que tengan azúcar	0,212	0,709	0,136			
6.- D - Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que tomo	0,645	0,645	0,197			
23.- D - Estoy haciendo régimen	0,313	0,611		0,137		
17.- D - Tomo al menos dietéticos	0,508	0,508	0,222	0,133		
2.- CO - Procuo no comer cuando tengo hambre	0,358	0,450	0,177	0,273		
21.- B - Paso demasiado tiempo pensando en la comida	0,162	0,164	0,783			
18.- B - Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	0,118	0,149	0,777			
4.- B - He sufrido crisis de atracones en las que tenía la impresión de no poder parar de comer	0,709	0,709	0,709	0,134		
3.- B - La comida es para mí una preocupación habitual	0,434	0,357	0,539	0,174		
10.- D - Me siento muy culpable después de comer	0,381	0,226	0,515	0,447		
9.- B - Vomito después de comer	0,117	0,117		0,870		
26.- B - Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	0,153	0,153	0,185	0,839		
24.- D - Me gusta tener el estómago vacío	0,331	0,217	0,239	0,485		0,137
8.- CO - Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	0,116	0,111			0,840	0,109
20.- CO - Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	0,174	0,174			0,838	0,136
13.- CO - Los demás piensan que estoy demasiado delgada	0,104	0,104			0,751	
15.- CO - Tardo más tiempo que los demás en comer	0,104	0,104			0,133	0,784
5.- CO - Corto mis alimentos en trozos pequeños	0,244	0,244				0,716

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

D=Dieta, B=Bulimia, CO=Control Oral

5.2.4.- Consistencia interna

En la *tabla 12* se muestra la correlación de cada ítem con la puntuación total del EAT-26 y el alfa de cronbach cuando se suprime el ítem. Se observa que hay tres ítems en que la correlación es menor

que 0,2. En el caso del ítem 19, alfa, es decir la consistencia interna del cuestionario, se incrementa cuando este se suprime, pasando de 0,861 a 0,880. Esto indica al igual que el análisis factorial, la conveniencia de revisar el ítem.

Tabla 12

Análisis de fiabilidad del EAT-26: Alfa de Cronbach

	Correlación ítem-Total EAT-26	Alfa si se suprime el ítem
1.- D - Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a	0,61	0,849
2.- CO - Procuo no comer cuando tengo hambre	0,57	0,853
3.- B - La comida es para mí una preocupación habitual	0,69	0,847
4.- B - He sufrido crisis de atracones en las que tenía la impresión de no poder parar de comer	0,33	0,859
5.- CO - Corto mis alimentos en trozos pequeños	0,26	0,861
6.- D - Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que tomo	0,43	0,856
7.- D - Procuo no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	0,52	0,854
8.- CO - Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	0,36	0,858
9.- B - Vomito después de comer	0,32	0,861
10.- D - Me siento muy culpable después de comer	0,65	0,851
11.- D - Me obsesiona el deseo de estar más delgada	0,68	0,847
12.- D - Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	0,61	0,849
13.- CO - Los demás piensan que estoy demasiado delgada	0,12	0,864
14.- D - Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis	0,60	0,849
15.- CO - Tardo más tiempo que los demás en comer	0,15	0,867
16.- D - Procuo no comer alimentos que tengan azúcar	0,54	0,854
17.- D - Tomo alimenos dietéticos	0,41	0,858
18.- B - Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	0,46	0,857
19.- CO - Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	-0,13	0,880
20.- CO - Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	0,39	0,857
21.- B - Paso demasiado tiempo pensando en la comida	0,47	0,856
22.- D - No me siento bien después de haber tomado dulces	0,67	0,847
23.- D - Estoy haciendo régimen	0,49	0,854
24.- D - Me gusta tener el estómago vacío	0,54	0,855
25.- D - Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías	0,33	0,860
26.- B - Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	0,42	0,858

Alpha = 0,8611

N = 1293

N de ítems = 26

En la *tabla 13* se muestra el alfa de cronbach estandarizada, según el tipo de diagnóstico y escala del EAT-26. Para los casos de TCA, es siempre superior a 0,7,

mostrando la mayor consistencia en la escala de dieta en las diagnosticadas como AN.

Tabla 13

Alfa de Cronbach estandarizada, según tipo de diagnóstico y escala del EAT-26, y sin estandarizar, para el total

ESCALA	TODA POBLACIÓN	CASOS (42)	AN (7)	BN (8)	RIESGO (95)
DIETA	0,88	0,88	0,95	0,61	0,86
BULIMIA CONTROL	0,77	0,73	0,80	0,71	0,73
ORAL	0,79	0,79	0,80	0,66	0,57
TOTAL	0,88	0,91	0,95	0,85	0,86
TOTAL (sin estandarizar)	0,86	0,91	0,95	0,85	0,86

5.2.5.- Coeficientes de validez del EAT-26 para su uso como test de cribado poblacional de TCA

En las tablas siguientes se indican los coeficientes de validez del cuestionario para los dos puntos de corte aconsejados por los autores. En la población que obtuvo puntuación mayor o igual que 10 (puntuación obtenida por el 27,1% de la muestra) se encuentra el 89,7% de los casos, mientras que entre aquellas que

obtuvieron una puntuación mayor o igual que 20 (9,2% de la muestra), sólo se encuentra el 59,0% de los casos. Es de desatacar que si queremos estimar la prevalencia real de TCA a partir de este cuestionario, solo el 10,9% de los que tienen puntuación ≥ 10 son caso y solo el 21,5% de los que presentaron puntuación ≥ 20 .

No se incluye a tres casos por dejar en blanco una pregunta del cuestionario, aunque su puntuación total fue mayor de 30.

Tablas 14 y 15

**Coefficientes de validez del EAT-26
como test de cribado de TCA: puntos de corte ≥ 10 y ≥ 20**

	Caso	No caso	Total
Test ≥ 10	35	286	321
Test < 10	4	859	863
Total	39	1145	1184



Sensibilidad = 89,7 (75,8-97,1)
 Especificidad = 75,0 (72,4-77,5)
 Valor Predictivo + = 10,9 (7,7-15,0)
 Valor Predictivo - = 99,5 (98,8-99,9)
 Bien clasificado (%) = 75,5 (72,9-77,9)

A continuación se muestra la distribución de frecuencias de puntuación en el EAT-26 de la población caso frente a

	Caso	No caso	Total
Test ≥ 20	23	84	107
Test < 20	16	1061	1077
Total	39	1145	1184

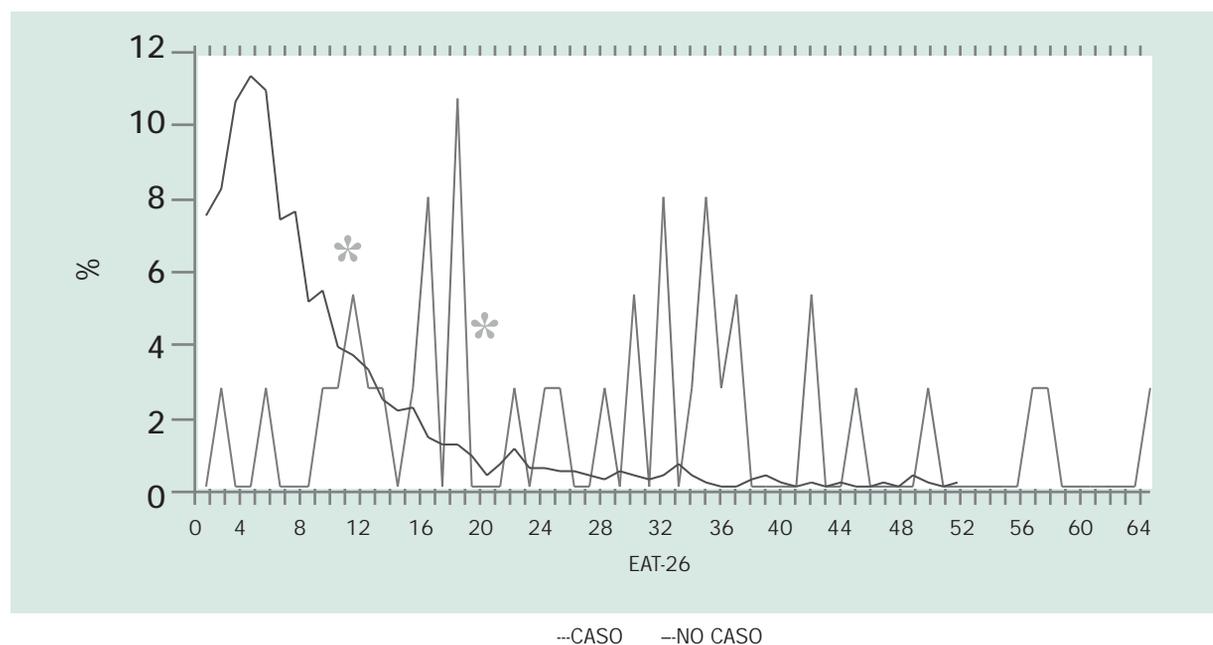


Sensibilidad = 59,0 (42,1-74,4)
 Especificidad = 92,7 (91,0-94,1)
 Valor Predictivo + = 21,5 (14,1-30,5)
 Valor Predictivo - = 98,5 (97,6-99,1)
 Bien clasificado (%) = 91,6 (89,8-93,1)

los no caso, donde puede apreciarse su capacidad discriminativa. Se señala dónde se ubican los dos puntos de corte.

Gráfico 7

Puntuación del EAT-26 en población caso/no caso



5.2.6.- Análisis ROC (Receiver Operating Characteristics)

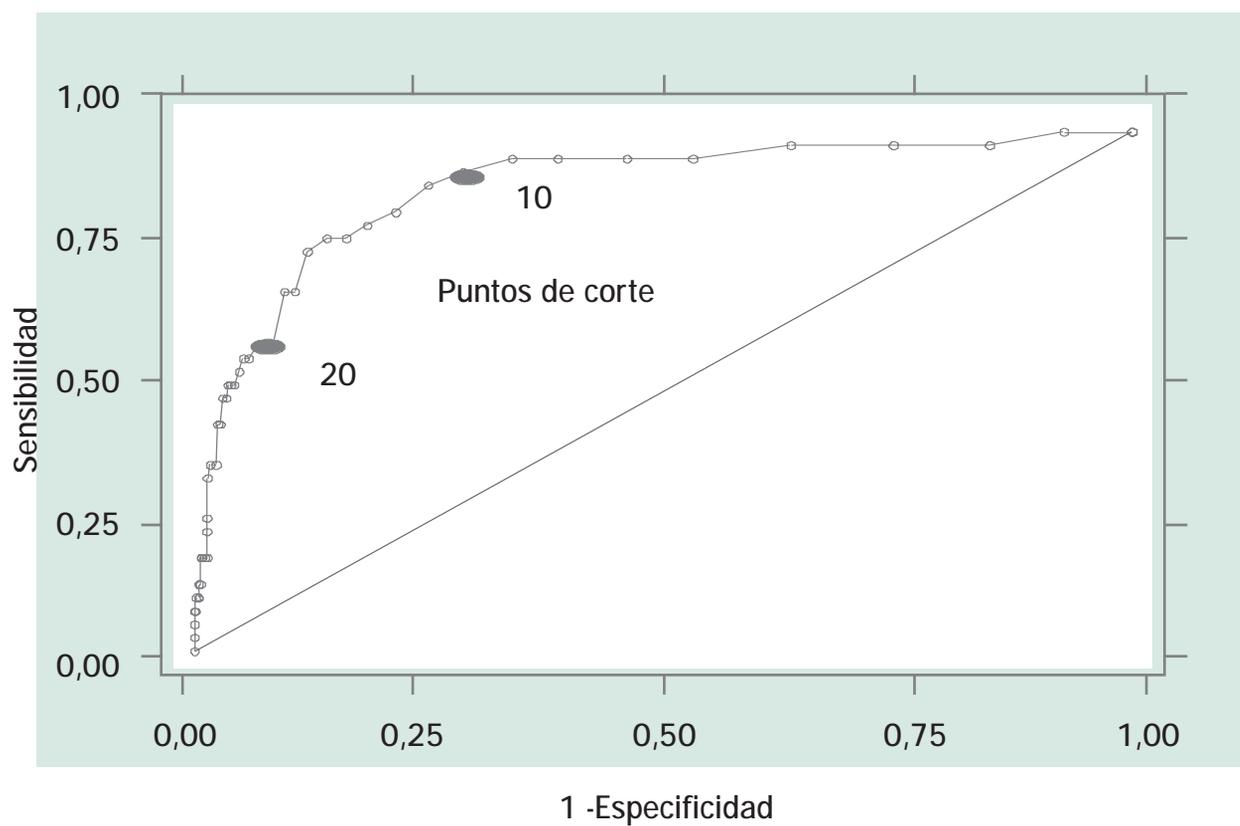
En el gráfico 8 se representa la curva ROC para el EAT-26, curva que indica la sensibilidad (proporción de casos con test positivo) y 1 menos la especificidad (proporción de no casos con test negativo), para cada una de las puntuaciones posibles del cuestionario. Expresa la exactitud del cuestionario

como prueba de cribado de casos de TCA. Se señalan los puntos de corte aconsejados por los autores: 10 y 20. La puntuación que se encuentra en el punto de inflexión de la curva y que indica el punto en el que son máximas la sensibilidad y la especificidad está en 10. En 20, la especificidad aumenta pero desciende la sensibilidad.

El área bajo la curva nos indica que la probabilidad de clasificar correctamente a una alumna es del 89,3%.

Gráfico 8

Curva ROC para el EAT-26



Área bajo la curva: 0,893 (0,839-0,948)

Discusión

PREVALENCIA DE CASOS Y DE POBLACIÓN CON RIESGO

Este estudio de tipo transversal en dos fases con aplicación de cuestionario y posterior entrevista clínica a todas las alumnas, ha tratado de estimar la prevalencia de casos de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid y de analizar la validez y fiabilidad del cuestionario EAT-26 como instrumento de cribado de TCA.

TASA DE RESPUESTA

La inclinación de las alumnas con problemas alimentarios a ocultar sus síntomas o de las casos a negar su enfermedad, hace que la tasa de respuesta, ya de por sí asunto importante en cualquier estudio epidemiológico, se convierta en un desafío, al intentar estimar la prevalencia de TCA: el sesgo de no respuesta podría esconder un porcentaje importante de casos. La tasa de respuesta de alumnas que realizaron el cuestionario fue del 88,3%, tasa similar a la de otros estudios realizados en nuestro medio con otros objetivos, y la tasa de respuesta a la entrevista fue del 81,4%.

Williams y Macdonald⁷⁰ distinguen dos tipos de sesgo en estudios de cribado de patología psiquiátrica: sesgo de no respuesta 'por la enfermedad' y sesgo de no respuesta 'por la actitud defensiva'. Estos dos autores evaluaron sus efectos en estudios de doble fase, concluyendo que provocan una infravaloración del 5% en las cifras de prevalencia. Cabe pensar que ambos tipos de sesgo podrían estar presentes en este estudio. Concretamente para estudios de prevalencia de TCA,

Beglin y Fairburn⁷¹ encuentran una tasa de prevalencia actual de TCA doble en la población que rehúsa participar.

En nuestro estudio, de todas las causas de la no respuesta a la entrevista, un 43% fue debida a problemas organizativos de tres centros públicos situados fuera del municipio de Madrid, el 31% se debió a ausencias o bajas en el centro, y el 25,5% (4,8% del total de la muestra, N=73), no quisieron realizar la entrevista o presentaron autorización negativa de los padres a participar. Es en este último grupo donde pudo haberse producido el mayor sesgo, que, sin embargo, creemos no afectaría a la prevalencia global de forma importante. Así, si suponemos el doble de prevalencia de TCA en este grupo que en el resto de la población, habríamos perdido 5 casos, que elevarían la prevalencia de 3,4 a 3,6.

PREVALENCIA

La tasa de prevalencia de TCA en España, en mujeres adolescentes, según la revisión de estudios con entrevista clínica publicados hasta la fecha^{53, 54, 55}, se sitúa entre el 4,1% y el 4,7%, siendo ligeramente menor la obtenida en este estudio. Comparando por categorías diagnósticas, la AN se sitúa entre el 0,1% y el 0,7%, la BN se sitúa entre 0,6% y el 1,2% y para los casos de TCA-NE se sitúa entre 2,8% y el 3,8%. Los datos obtenidos en nuestro estudio se encuentran dentro de estos intervalos para la prevalencia de AN y de BN, mientras que obtenemos una prevalencia menor para los TCA-NE. Sin embargo, en ningún caso estas diferencias son estadísticamente significativas (*tabla 16*).

Gráfico 16

Estudios prospectivos en dos fases realizados en España

AUTOR Y AÑO PUBLICACIÓN	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTOS DE CORTE PARA SEGUNDA FASE (POBLACIÓN DE RIESGO)	PREVALENCIAS
Morandé <i>et al</i> ⁵³ 1998 Móstoles (Comunidad de Madrid) Año 1993-94	Escolares de ambos sexos N= 1314	15-16	1ª fase: EDI Encuesta psico-social 2ª fase: Entrevista a la Poblac.-Riesgo personal (53%) y por teléfono(46,7%)	EDI>50 + DT>10 ó B>5 ó IMC<18 ó amenorrea >3meses	AN= 0,69%M BN= 0,36% V 1,24% M TCA-NE=0,54%V 2,76% M TCA=0,9% V 4,7% M Pobl.Riesgo=12,02% V 31,2% M
Pérez-Gaspar <i>et al</i> ⁵⁴ 1997 Navarra Año 1997?	Escolares de sexo femenino N=3472	12-21	1ª fase: EDI EAT40 EPI; AFA Items sociodemográficos 2ª fase: Entrevista a la Poblac.-Riesgo	EAT>=30	AN=0,31%M BN=0,77% M TCA-NE=3,07% M TCA=4,16% M Pobl.Riesgo=11,1% M
Ruíz <i>et al</i> ⁵⁵ 1998 Zaragoza Año 1997	Escolares de ambos sexos N= 4047	12-18	1ª fase: EDI EAT40 CIMEC 2ª fase: Entrevista a la Poblac.-Riesgo sólo Mujeres SCAN	EAT>=30	AN= 0,14%M BN=0,55% M TCA-NE=3,83% M TCA= 4,51% M Pobl.Riesgo=3,3% V 16,3% M
Petit <i>et al</i> ⁵⁶ 2002 Getafe (Comunidad de Madrid) Año 1998 a 2002	Escolares de ambos sexos N= 3836	12-14	1ª fase: EDI EAT-26 2ª fase: Entrevista a la Poblac Riesgo y a Controles	EAT>=15 4 ó más factores del EDI > de la media grupal (media + 1dst.)	TCA=0,5% Pobl.Riesgo=10%

En el panorama internacional, la amplitud del rango de la prevalencia de TCA es mayor, se sitúa entre 1,6% y el 10%. La prevalencia en Norteamérica se acer-

ca al 5%⁴⁰, mientras que en Europa se aproxima al 3,9%, lo que resulta ser bastante similar a las cifras obtenidas en España y en nuestro estudio

Gráfico 17

Principales estudios epidemiológicos internacionales con entrevista diagnóstica

AUTOR Y AÑO PUBLICACIÓN	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTOS DE CORTE PARA SEGUNDA FASE	PREVALENCIAS
NORTEAMERICA					
Drewnowski <i>et al</i> ³⁶ 1988 EEUU	Universitarios de ambos sexos N= 1007	18	1ª fase: Entrevista telefónica Dco. según el DSM-III-R	—	BN= 0,2% V 1% M
Whitaker <i>et al</i> ³⁷ 1990 EEUU	Escolares de ambos sexos N= 5596	14-17	1ª fase: EAT-26 Leyton y BDI 2ª fase: Entrevista a la Poblac. Riesgo y a Controles	Escala de Evaluación Global >71	AN=0,3% M BN=4% M Pobl. Riesgo=8,3%
Lewinsoh <i>et al</i> ³⁹ 2000 EEUU	Escolares de ambos sexos N= 1507	8-23	1ª fase: Cuestionario propio 2ª fase: Entrevista a todos 3ª fase: año después evaluación global	Todos participan	AN=0,6% BN=2,8%
Garfinkel <i>et al</i> ³⁸ 1995 Canadá	Escolares de ambos sexos N= 9953	15-65	1ª fase: Selección en el censo 2ª fase: Entrevista a todos	Todos participan	BN= 0,1% V 1,1% M

Gráfico 17 (cont.)

Principales estudios epidemiológicos internacionales con entrevista diagnóstica

AUTOR Y AÑO PUBLICACIÓN	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTOS DE CORTE PARA SEGUNDA FASE	PREVALENCIAS
NORTEAMERICA					
Woodside <i>et al</i> ⁴⁰ 2001 Canadá	Escolares ambos sexos N= 9953	15-65	1ª fase: Selección en el censo 2ª fase: Entrevista a todos	Todos participan	AN= 0,9% V 1,8% M TCA= 2% V 4,8% M
EUROPA					
Jonson-Sabine <i>et al</i> ⁴¹ 1988 Gran Bretaña	Escolares de sexo femenino N= 1010	14-16	1ª fase: EAT-26 GHQ-28 2ª fase: Entrevista a la Poblac. Riesgo y a Controles	EAT>20 GHQ>5	AN= 0% BN=0,99% M TCA-NE=1,78% M TCA= 2,77% M Pobl.Riesgo=8,2% M
King, ⁴² 1989 Gran Bretaña	Población general en consulta médica N=748	16-35	1ª fase : EAT-26 GHQ-28 2ª fase: Entrevista a la Poblac. Riesgo y a Controles 3ª fase de seguimiento	EAT>20	AN=0% BN=1,1% M 0,5% V TCA-NE=2,8% M TCA= 3,9% M Pobl.Riesgo=2,5% V 13% M
Rastam <i>et al</i> ⁴³ 1989 Suecia	Escolares de ambos géneros N= 4291	15	1ª fase: cuestionario propio 2ª fase: Entrevista a toda la pobl. de 15 años 3ª fase de seguimiento	Todos participan	AN=0,47% Total AN=0,09% V AN=0,85% M

Gráfico 17 (cont.)

Principales estudios epidemiológicos internacionales con entrevista diagnóstica

AUTOR Y AÑO PUBLICACIÓN	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTOS DE CORTE PARA SEGUNDA FASE	PREVALENCIAS
EUROPA					
Santonastaso <i>et al</i> ⁴⁶ 1996 Italia	Escolares de sexo femenino N= 394	15-20	1ª fase: EAT-40 2ª fase: Entrevista a poblac. Riesgo y a controles 3ª fase de seguimiento hospital	EAT>30 IMC<17 EAT+IMC	AN=0% BN=0% M TCA-NE=3,1% M Sindr Parc=7,2% Pobl. Riesgo=11% EAT 16% IMC 0% EAT+IMC
Cotrufo <i>et al</i> ⁴⁷ 1998 Italia	Escolares de sexo femenino N= 356	13-22	1ª fase: EDI-2 GHQ-28 Ítems demográficos 2ª fase: Entrevista a poblac. Riesgo	DT>=13 B>=9 DT+B	AN=0,56% M BN=3,94% M ComedorComp=0,28% TCA-NE=4,77% Sub-ClinicoAN=9,8% Sub-ClinicoBN=3,1% Pobl. Riesgo=30% EAT
Rathner & Messner ⁴⁴ 1993 Italia	Escolares de sexo femenino N= 517	11-20	1ª fase: EAT-40 ANIS 2ª fase: Entrevista a poblac. Riesgo y a controles 3ª fase de seguimiento hospital	EAT>=30 ANIS>=65 >85% peso amenorrea>6	AN=0,58% M BN=0% M TCA=1,55% M Sub-clín=0,97% Pobl. Riesgo=9,7% + Sub-riesgo 10,6%
Westenhofer ⁴⁵ 2001 Alemania	Escolares de ambos géneros Año 1990 N= 1773 Año 1997 N= 3318	18-96	1ª fase: Cuestionario propio 2ª fase: Entrevista breve	Todos participan	Año 1990 BN=2,1% V 2,4% M Trastorno por atracón=2,4%V 1,5%M Año 1997 BN=1,1% V 1,1% M Trastorno por atracón=1,5%V 0,7%M

La mayoría de autores considera que los TCA se desarrollan a lo largo de un 'continuum' desde conductas leves y transitorias hasta el cuadro clínico completo. Según esta teoría, entre el caso y la población normal se sitúa una categoría definida como población de riesgo. Su definición y sus características, son en la actualidad un área de investigación. Generalmente se define como tal la población que sobrepasa un punto de corte en la puntuación obtenida por cuestionario, >de 20 para el EAT-26. Además de esta definición, en nuestro estudio se han considerado con riesgo aquellas alumnas que presentasen dos o más síntomas claves de TCA en grado intenso detectados a través de entrevista clínica, sin llegar a constituir un TCA-NE. Al definirla como población de riesgo estamos suponiendo que por tener dos o más síntomas tendrán una mayor probabilidad que el resto de población, de desarrollar el cuadro completo. La tasa de prevalencia de riesgo en Europa medida a través de cuestionario, se sitúa alrededor de un 12%⁶³. En este porcentaje van incluidos los casos, ya que se tiene en cuenta toda la población que puntúa por encima de un punto de corte. Este porcentaje es muy cercano al obtenido en este estudio, un 9,2% de alumnas puntúa \geq de 20, y un 11% se diagnosticaron a través de la entrevista clínica como población con riesgo o caso (7,6% y 3,4% respectivamente).

FACTORES ASOCIADOS A LOS CASOS

Con respecto al análisis de factores asociados a las alumnas con TCA, sólo la situación laboral de la madre es relevante en este estudio. El hecho de que la madre trabaje fuera de casa aparece asociado a una mayor probabilidad de ser caso. Este dato es similar al obtenido por

el equipo de Morandé⁵³ en Madrid, y podría estar relacionado con los cambios en los hábitos alimentarios asociados a la incorporación de la mujer al mercado laboral.

En este estudio, ni la edad de la menarquia ni la talla se asocian al hecho de ser caso, (a diferencia del primer estudio en que se asociaban a la población de riesgo), lo que podría deberse al escaso tamaño muestral cuando trabajamos con casos (N=42).

DEMANDA SANITARIA

En este estudio, solo el 19% de los casos de TCA diagnosticados estaba en tratamiento, siendo los casos de BN los que presentan un mayor subdiagnóstico, con un 12,5% de tratadas frente a las AN, con un 43%. Whitaker³⁷ encuentra que el 83% de las AN detectadas en un estudio de ámbito comunitario, había solicitado atención médica de cualquier nivel, mientras que solo lo había hecho el 27,8% de las BN con peso normal. Fairburn, en 1990 en Gran Bretaña⁷², halla que sólo el 2,5% de las BN en el ámbito comunitario, había recibido tratamiento, y un porcentaje similar encuentra Welch en 1994 en EEUU, citado por Fairburn⁷³.

PRINCIPALES APORTACIONES DEL ESTUDIO POR SU METODOLOGÍA

Este estudio es el único en el ámbito nacional, que sepamos, que realiza entrevista clínica a todas las participantes en la segunda fase, lo cual permite estimar la prevalencia real y descubrir 'a posteriori' los casos que se encuentran en la población que presenta una puntuación menor al punto de corte supuesto de ries-

go. En nuestro caso observamos que en la población que ha puntuado ≤ 10 en el cuestionario EAT-26 se encuentra el 10% de los casos y el 41% en la población que ha puntuado ≤ 20 . En este sentido y al ser la prevalencia poblacional de los TCA relativamente baja, si hubiésemos optado por entrevistar solo a una muestra de los que puntúan por debajo del punto de corte de riesgo con el fin de estimar el porcentaje de falsos negativos al test, hubiésemos tenido que seleccionar un gran tamaño de población, para detectar un número suficiente de casos que nos permitiese obtener estimaciones precisas. También nos ha permitido validar el EAT-26 en población adolescente madrileña, cuestionario que no presentaba puntos de corte validados para poder aplicar en nuestra población. Autores como Rathner y Messner⁴⁴ subrayan la importancia de validar los cuestionarios a través de rigurosos estudios especialmente para la detección de los síndromes parciales y casos de TCA-NE.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO EAT-26

Entre los principales objetivos de este estudio está el de evaluar la validez y fiabilidad del cuestionario Eating Attitudes Test-26 como instrumento de cribado de TCA en población general. Una reciente revisión de estudios en los que se ha usado el cuestionario⁶³, indica que la frecuencia poblacional de puntuaciones altas en el EAT, por encima de 20 en el EAT-26, varía considerablemente. En la mayoría de los estudios en Norteamérica y países de Europa Occidental, en medio comunitario o escolar, las puntuaciones medias en mujeres suelen estar entre 11 y 15. La media para nuestra población es de 7,9 (8,7ds). De mayor importancia, el porcentaje de población que puntúa

por encima de 20, también varía. Cerca de un 10-15% de mujeres jóvenes se encontraría en este grupo. El 9,2% de la población en este estudio sobrepasó el punto de 20. Todo ello está de acuerdo con las prevalencias de caso, que también se encuentran entre las más bajas, al comparar con otros estudios.

ANÁLISIS FACTORIAL Y CONSISTENCIA INTERNA

El análisis factorial y la consistencia interna del cuestionario presentan resultados similares a los descritos por los autores⁶⁴. En el análisis factorial exploratorio las preguntas se agrupan en 6 componentes, siendo los dos primeros, que incluyen las preguntas de la escala de dieta, los que explican una mayor variabilidad: el 37,2%. Las preguntas se agregan de forma adecuada en torno a los diferentes conceptos que recoge el cuestionario. Sin embargo, hay un ítem, "tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida", que presenta correlación negativa con la puntuación total del cuestionario, empeora la consistencia interna y no presenta saturación en ninguno de los componentes del análisis factorial. Dado que este cuestionario evalúa de forma más eficiente síntomas de la AN, y nuestra población también incluye alumnas con síntomas bulímicos, estos resultados podrían expresar la diferencia en este ítem entre la población anoréxica (buen control sobre la comida) y la bulímica (pérdida del control sobre la comida). Sin embargo, la correlación negativa no se observa para otras preguntas de la escala de control oral, cuya alta puntuación se relaciona con un bajo peso y ausencia de bulimia⁶⁴. En cualquier caso, lo que indica el análisis es que este ítem debería revisarse o eliminarse del cuestionario.

En lo que se refiere a la consistencia interna del cuestionario, Garner *et al*⁶⁴, obtienen un alfa de cronbach para las AN de 0,90 y para la población control de 0,83, mientras que nosotros de 0,94 para las AN y de 0,86 para toda la población. Por factores y para toda la población, el que presenta mejor consistencia interna es el de dieta, alfa de 0,88, similar a la encontrada por Garner *et al*⁶⁴ (0,86) y Nasser⁷⁴ (0,80). Según el tipo de diagnóstico nos encontramos que la mejor consistencia interna se da en las AN y la peor en el grupo de las BN. Esto mismo observa Nasser⁷⁴, 1994, que concluye que el EAT es un buen instrumento de cribado para algunos aspectos de la morbilidad de los TCA, los que recoge la escala de dieta, (evitación de los alimentos que engorden y preocupación por la delgadez), pero también sugiere que se requiere otra escala para las conductas bulímicas. En nuestro estudio, aunque la consistencia de la escala de bulimia es menor que para la escala de dieta, 0,77, no es tan baja como en el estudio de Nasser⁷⁴ (de 0,30), y se asemeja más a los resultados de Garner *et al*⁶⁴ (0,61).

SIGNIFICADO DE PUNTUACIÓN ALTA EN EL CUESTIONARIO

Merece comentarse el significado de la puntuación alta en el cuestionario. Suele definirse como población de alto riesgo, y con ello estamos suponiendo que esta población tendrá una mayor probabilidad de desarrollar el cuadro completo. Muchos de los que puntúan alto en el EAT tienen un síndrome parcial⁶³. En nuestro estudio, el 53,2% de los que han puntuado ≥ 20 , son diagnosticados a través de entrevista como caso o po-

blación de riesgo. Sin embargo, el proceso evolutivo hacia el desarrollo de un síndrome completo de TCA no está claro⁶³. En un estudio de seguimiento realizado en Atención Primaria en Gran Bretaña⁴², se encontró que un tercio de las puntuaciones altas en el EAT-26 ($>$ de 20), tenían una importante preocupación por la comida o el peso, detectadas clínicamente (en nuestro estudio, en los que puntuaron ≥ 20 el 30,8% fue considerado población de riesgo en la entrevista clínica). A los 12-28 meses, el 20% de las que presentaban un síndrome parcial, llegaron a cumplir los criterios de caso completo y cerca del 30%, denominadas 'con dieta normal', fueron clasificadas como 'con dieta obsesiva'. Todo ello indica la naturaleza 'fluida' de las distintas categorías diagnósticas, y también el gran interés de este grupo en lo que se refiere al diagnóstico precoz del problema^{38, 39, 44}.

PUNTO DE CORTE ÓPTIMO

En cuanto al punto de corte óptimo del EAT-26 como cuestionario de cribado de TCA, encontramos diferencia con el punto utilizado con mayor frecuencia. En nuestro caso el punto de corte óptimo está en 10 mientras que el propuesto está en 20. Para este punto de corte la sensibilidad del cuestionario en nuestra población es del 59%, mientras que pasa a ser del 89,7% con el punto de corte de 10. El hecho de que tanto la media de puntuación como la frecuencia de los que puntúan ≥ 20 sea inferior a la mayoría de los estudios podrían explicar esta discrepancia. También podría explicar esta discrepancia el hecho de que Garner valida el cuestionario con una muestra de pacientes anoréxicas y un grupo de universitarias que toma como control,

mientras que nuestra muestra es en población escolar, con todo tipo de trastornos alimentarios y edades menores. En cualquier caso, de forma similar a los resultados de nuestro estudio, Castro et al. 1991, indican el mejor punto de corte en 20 en vez de 30, que es el aconsejado por los autores, al validar la versión del EAT de 40 preguntas.

LIMITACIONES

La utilización del EAT conlleva limitaciones relacionadas más con el propio problema de salud que se pretende cribar, que con la bondad o no del cuestionario. Así, los síntomas de los TCA son variados y aunque se han identificado los esenciales, sus manifestaciones en actitudes y conductas varían considerablemente. Mide síntomas en un momento puntual en el tiempo, y aunque el test ha demostrado buena fiabilidad test-retest a los 18 meses, se sabe que hay considerable fluctuación en algunos aspectos de los TCA.

La negación de la enfermedad de los pacientes con TCA, podría jugar un papel en la no detección de casos. Por esta razón, cerca de un 15% de los casos podría puntuar por debajo del punto de corte, aunque en algunos estudios la tasa ha sido más alta⁶³. En nuestro estudio el 9,5% de los casos, puntuaron menos de 10.

La relativamente baja frecuencia de los TCA en la población supone resultados poco eficientes en el cribado poblacional. Así, como hemos descrito en este estudio, entre los que puntúan alto en el EAT pueden darse muchas personas sin el síndrome completo de AN o BN: el valor predictivo positivo (cuántos de los que tienen alta puntuación en el test son

actualmente caso), es relativamente bajo. En general, para la buena eficiencia del test en la detección del caso, la enfermedad o problema debe tener una prevalencia de cerca del 20%, o el test excepcionalmente alta su sensibilidad y especificidad. Mientras estos dos últimos coeficientes de validez del EAT-26 son aceptablemente buenos, no es suficientemente eficiente en la detección de casos, ya que solo el 10,9% de los que tienen puntuación ≥ 10 son caso y solo el 21,5% de los que presentaron puntuación ≥ 20 . La magnitud del valor predictivo positivo, que depende de la prevalencia del problema, varía ampliamente entre poblaciones, y también cuando se incluyen los casos incompletos o la población de riesgo. En este estudio, como se comentó previamente, el 52,3% de los que puntúan ≥ 20 , son caso o población de riesgo.

El EAT puede estar sujeto a problemas de mala interpretación lingüística o semántica y afectar a su sensibilidad, por lo que cada cultura debería desarrollar los valores normativos de este cuestionario para que el cribado tenga algún valor⁶³. Este estudio de validación, será de gran utilidad en la aplicación del EAT-26 como instrumento de cribado de TCA en población femenina escolarizada, para diferenciar población de riesgo y caso de población normal.

Con este estudio se completa el análisis dirigido a delimitar la magnitud poblacional de este problema de salud, de caracterizar y definir la población de riesgo, así como de validar un instrumento de cribado que puede ser útil para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Los resultados indican que aunque la prevalencia de casos completos es relativamente escasa, no podemos decir lo

mismo al considerar todos los casos, o la población adolescente con conductas alimentarias anormales. Es necesario seguir promocionando hábitos alimentarios saludables y tener en cuenta los TCA en

los programas preventivos en el medio educativo o sanitario. En este sentido, existen experiencias locales en España muy positivas y alentadoras para su extensión a otros territorios.

Conclusiones

- 1.- La prevalencia de casos de TCA hallada en este estudio es similar a la de otros estudios de nuestro entorno: 3,4% (1,9-4,9) prevalencia actual y 3,7% (2,1-5,3) la prevalencia acumulada.
- 2.- Al igual que en otros países, de todos los tipos de casos, los más frecuentes en nuestro medio son los casos incompletos (TCA-NE), que suponen más de la mitad de todos los casos, con una prevalencia actual del 2,1% (1-3,3).
- 3.- Asimismo, al igual que en otros países, estos datos ponen en evidencia que en nuestra Comunidad los TCA suponen entre las mujeres adolescentes uno de los problemas de salud crónicos con mayor prevalencia.
- 4.- Presentan riesgo de TCA un 7,6% (5,6-9,6) de las mujeres adolescentes escolarizadas, lo que unido a la prevalencia actual de caso supone que este problema de salud afecta a un 11% (7,8-14,2) de esta población.
- 5.- Solo un 19% de los casos diagnosticados en este estudio, se encontraban en tratamiento.
- 6.- Se observa que el hecho de que la madre trabaje fuera del hogar, está asociado a una mayor probabilidad de ser caso de TCA, no habiéndose encontrado asociación con otras variables socioeconómicas como nivel educativo de los padres o situación laboral del padre.
- 7.- El cuestionario Eating Attitudes Test - 26, ha mostrado similares propiedades psicométricas a las descritas por los autores, presentando globalmente adecuada validez de constructo y consistencia interna así como aceptables coeficientes de validez, para ser utilizado como instrumento de cribado de TCA para diferenciar caso y población de riesgo de población normal, en población femenina adolescente escolarizada.
- 8.- El cuestionario Eating Attitudes Test-26 es útil como cuestionario de cribado en la primera fase de estudios prospectivos de doble fase, para seleccionar población a la que se realizará posterior entrevista diagnóstica.
- 9.- Como limitaciones, este cuestionario es incapaz de diferenciar entre los distintos tipos de caso. Por otro lado, en su aplicación para estimar prevalencia de caso, debe tenerse presente el bajo valor predictivo positivo.

Referencias bibliográficas

1. Barber S, Bolaños-Cacho P, López CH, Ostrosky A. Los extremos en los trastornos alimenticios. *Psicología Iberoamericana* 1996; 3:20-34.
2. Toro J, Cantó TJ, Castro J, Lázaro L, Martínez E, Raich RM, et al. Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Jano* 1999; 56:1298.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, 1994.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Ginebra, 1992.
5. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Informe de la Ponencia sobre los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia. *BOCG*, 25/11/1999.
6. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-Years Trend in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 917-922.
7. Ruíz PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Artículo presentado en el 3^{er}. Congreso virtual de psiquiatría, *Interpsiquis*, 2002. psiquiatria.com.
8. Gandarillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, nº 67. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid, 2000.
9. Feighner J P, Robins E, Guze S, Woodruff R A, Winokur G, & Muñoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatr*, 26:57-63.
10. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979;9:429-448.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3ª edición). Washington, 1979.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3ª edición, rev.). Washington, 1987.
13. Walsh BT, y Garner DM. Diagnostic Issues. En Garner DM, Garfinkel P, (Eds. 2nd ed.) *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pág. 25-33). The Guilford Press. New York, 1997.
14. Walsh BT. Binge eating in bulimia nervosa. In Fairburn C, Wilson G. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp.27-49). Guilford Press, New York, 1993.
15. Schlundt D, Johnson W. *Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Needham Heights, M. A.: Allyn y Bacon. 1990.
16. Dare C, Crowther C.. Psychodynamic models of the eating disorders. En G. Szmukler C. Dare y J. Treasure (Eds.), *Eating disorders: Handbook of theory, treatment and research*. Chichester, Wiley, England, 1995.
17. Strober M, Morrell W, Burroughs J, Salkin B, Jacobs C. A controlled fa-

- family study of anorexia nervosa. *J Psychiatr Res.* 1985;19:239-246.
18. Rastam M, Gillberg C. The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30: 283-289.
 19. Strober M. Family-genetic studies of eating disorders. *J. Clin Psychiatry.* 1991;52 suppl.:9-12.
 20. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med,* 1980; 10:647-656.
 21. Welch SL, Fairbun CG. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *Am J Psychiatry,* 1994; 151:402-407.
 22. Servini-Palazzoli M. Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach. Chaucer, London, 1984.
 23. Minuchin S, Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry,* 1975;32: 1031-1038.
 24. Garner D, Bemis K. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research,* 198;26: 123-150.
 25. Szmukler GI. The Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia. *J. Psy. Res.,* 1985; 19:2:143-153.
 26. Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand.,* 1994; 89: 147-151.
 27. Garner D, Rockert W, Olmsted M, Johnson C, Coscina D. Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. En Garner D, Garfinkel P (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pág. 513-572). Guilford Press New York, 1985.
 28. Crisp AH, Kalucy RS. Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *BrJ Med Psychology,* 1974; 47: 349-361.
 29. Halmi K A, Goldberg S C, Cunningham S. Perceptual distortion of body image in adolescent girls. *Psychol Med,* 1977;7: 253-257.
 30. Guerro-Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Acta Esp Psiquiatr,* 2001;29: 403-410.
 31. Pope H, Champoux R, Hudson J. Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *J Nerv Ment Dis,* 1978;175: 620-623.
 32. Steinhausen HC, Rauss C, Seidel R. Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcomes research. *Psychol Med.,* 1991; 21:447-454.
 33. Le Grange D, Telch C, Tibbs J. Eating Attitudes and behaviors in 1435 South African caucasian and non caucasian college students. *Am J Psychiatry,* 1998; 155:250-254.
 34. Kuba S, Harris D. Eating disturbances in women of color: an exploratory study of contextual factors in the

- development of disordered eating in Mexican American women. *Health Care Women Int*, 2001; 22: 281-298.
35. Abdollahi P, Mann T. Eating disorder symptoms and body image concerns in Iran: comparisons between Iranian women in Iran and in America. *Int J Eat Disord*, 2001; 30: 259-268.
36. Drewnowski A, Hopkins SA, Kessler RA. The Prevalence of Bulimia Nervosa in the College Student Population. *Am J Public Health*, 1988; 78: 1322-1325.
37. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport J, Kalikow K, Walsh B, et al. Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Arch Gen Psychiatr*, 1990; 47: 487-496.
38. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Speeg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatr*, 1995; 152: 1052-1058.
39. Lewinsohn P, Striegel-Moore R, Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 2000; 39: 1284-1292.
40. Woodside D, Garfinkel P, Lin E, Goering P, Kaplan A, Goldbloom D, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatr*, 2001; 158: 570-574.
41. Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A. A normal eating attitude in London school girls – a prospective epidemiological study: factors associated with a normal response on screening questionnaires. *Psychol Med*, 1988; 18: 615-622.
42. King M. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med*, 1989; Suplem., 14: 1-34.
43. Rastam M, Gillberg C, Garton M. Anorexia nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. *Br J Psychiatr*, 1989; 155: 642-646.
44. Rathner G, Messner K. Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med.*, 1993; 23: 175-184.
45. Westenhoefer J. Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *Int J Eat Disord*, 2001; 29: 477-481.
46. Santonastaso F P, Zanetti T, Sala A, Favaretto G, Vidotto G, Favaro A. Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16 year old female students. *Psychother Psychosom*, 1996; 65: 158-162.
47. Cotrufo P, Barretta V, Monteleone P. Un estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria en dos institutos de segunda enseñanza en Nápoles. *Eur Psychiatr Ed. Esp.*, 1998; 5: 86-89.
48. Perpiñá C. Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 1989; 6: 303-312.

49. Raich RM, Deus J, Muñoz J, Pérez O, Requena A. Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 1991;7: 305-315.
50. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 1994; 8: 81-99.
51. Martínez E, Toro J, Salamero M. Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 1996;23: 125-133.
52. Rodríguez MC. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la AN: un estudio comparativo. *An Psiquiatr*, 8: 327-331.
53. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health*, 1999; 24:212-219.
54. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras. *Med Clin (Barc)*, 2000; 114: 481-486.
55. Ruíz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 1998;3:148-162.
56. Petit MJ, De la Corte J, Astray J. Programa de detección precoz y prevención de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes de 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). Artículo presentado en el 3er. Congreso virtual de psiquiatría, *Interpsiquis*, 2002. psiquiatria.com.
57. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatr*, 1995; 152: 1266-1271.
58. Soundy TJ, Lucas AR, Suman VJ, Melton I. Bulimia Nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychol Med*, 1995;25:1025-1071.
59. Götesman KG, and Agras WS. General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *Int J Eat Disord*, 1995;18:119-126.
60. Fombonne E. Anorexia Nervosa. No Evidence of an Increase. *Br J Psychiatr*, 1995; 166: 462-471.
61. Devaud C, Michaud PA, Narring F. Des affections en augmentation? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des disfontions alimentaires. *Rev Epidemiol Sante Public*, 1995; 43: 347-360.
62. Garner D, and Garfinkel P. The Eating Attitudes Test : An Index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychol Med*,1979;9: 273-279.
63. Garfinkel PE, Newman A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating Weight Disord*, 2001;6:1-24.
64. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical

- correlates. *Psychol Med*, 1982;12: 871-878.
65. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol Asses*, 1991;7:175-190.
66. Guimerá E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes Anoréxicas. *An Psiquiatr*, 1987;3: 185-190.
67. Garner DM. EDI-2, *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Tea Ediciones, Madrid, 1998.
68. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 1983;2: 15-34.
69. Fairburn CG, Wilson GT. *Binge Eating. Nature. Assessment and Treatment*. The Guilford Press, 1993.
70. Williams P, Macdonald A. The effect of non response bias on the results of two-stage screening surveys. *Soc Psychiatr*, 1986; 21: 1982-1986.
71. Beglin S J, Fairburn C F. Women who choose not to participate in surveys on eating disorders. *Int J Eat Disord*, 1992; 12: 113-116.
72. Fairburn CG, Beglin SA. Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatr*, 1990;147:401-408.
73. Fairburn CG, Welch SL, Fairburn CG, Welch SL, Norman PA, O'Connor ME, et al. Bias and Bulimia Nervosa: How Typical Are Clinic Cases? *Am J Psychiatr*, 1996;153:386-391.
74. Nasser M. The psychometric properties of the eating attitudes test in a non-Western population. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 1994; 29: 88-94.

Índice de tablas, gráficos y figuras

- Tabla 1.*– Características diferenciales de los criterios diagnósticos de los TCA respecto a los actuales
- Tabla 2.*– Características del cuestionario Eating Attitudes Test
- Tabla 3.*– Distribución por edad de la muestra
- Tabla 4.*– Distribución de la muestra y tasas de respuesta de alumnas al cuestionario y/o entrevista, según estrato N (%)
- Tabla 5.*– Prevalencia de casos y de población con riesgo (IC 95%)
- Tabla 6.*– Asociación entre caso y factores estudiados
- Tabla 7.*– Proporción de casos en tratamiento
- Tabla 8.*– Puntuación media del EAT-26 total y por escalas, según tipo de diagnóstico
- Tabla 9.*– Conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26, para toda la población y según tipo de diagnóstico
- Tabla 10.*– Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos
- Tabla 11.*– EAT-26, Análisis factorial: matriz de componentes rotados
- Tabla 12.*– Análisis de fiabilidad del EAT-26: Alfa de Cronbach
- Tabla 13.*– Alfa de Cronbach estandarizada, según tipo de diagnóstico y escala del EAT-26, y sin estandarizar, para el total
- Tabla 14 y 15.*– Coeficientes de validez del EAT-26 como test de cribado de TCA: puntos de corte ≥ 10 y ≥ 20
- Tabla 16.*– Estudios prospectivos en dos fases realizados en España
- Tabla 17.*– Principales estudios epidemiológicos internacionales con entrevista diagnóstica

Gráfico 1.– Distribución por edad de la muestra y de la no respuesta a entrevista

Gráfico 2.– Distribución por edad de los casos y de la población con riesgo

Gráfico 3.– Edad media según tipo de diagnóstico y de la no respuesta a entrevista

Gráfico 4.– Distribución de frecuencias de puntuación del EAT-26, para toda la población

Gráfico 5.– Puntuación media del EAT-26 total y por escalas, según tipo de diagnóstico

Gráfico 6.– Gráfico de sedimentación de factores y autovalores (eigenvalues)

Gráfico 7.– Puntuación del EAT-26 en población caso/no caso

Gráfico 8.– Curva ROC para el EAT-26

Figura 1.– Tasa de respuesta de alumnas y motivo de no respuesta a la entrevista

Anexos

Anexo I

Definición del trastorno del comportamiento alimentario según la CIE-10

F50 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

F50.0 Anorexia nerviosa

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente o el índice de masa corporal de Quetelet de 17,5 o menos.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos "que engordan" y uno o más de los siguientes: vómitos autoinducidos; ejercicio excesivo; consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Este término debería ser utilizado para los individuos a los cuáles le falten uno o más de los criterios de anorexia nerviosa (F50.0), tales como amenorrea o pérdida de peso, pero que presenta un cuadro clínico claro. Se recomienda a los investigadores de las formas atípicas de anorexia y bulimia nerviosa que decidan en el número y tipo de criterios a satisfacer por dichos trastornos.

F50.2 Bulimia nerviosa

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantida-

- des de alimentos en períodos cortos de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
- 1) Vómito auto-provocado
 - 2) Abuso de laxantes
 - 3) Períodos de ayuno
 - 4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un dé-

ficit de peso). A menudo, pero no siempre, una historia de un episodio temprano de anorexia nerviosa, el intervalo entre dos trastornos en un periodo de pocos meses a varios años.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Este término debería ser utilizado para los individuos a los cuáles le falten uno o más de los criterios de bulimia nerviosa (F50.2), pero que presenta un cuadro clínico claro. La mayoría de las veces está aplicado a personas con peso excesivo o normal pero con episodios de voracidad seguidos por vómitos. Para el estudio de las formas atípicas de bulimia nerviosa, como aquellas que se acompañan de un peso anormal o excesivo, se recomienda a los investigadores que decidan el número y el tipo de criterios que se deben cumplir.

Anexo II

Preguntas del cuestionario EAT-26 ordenadas por factores (traducido del inglés)

Respuestas: Siempre, Muy a menudo, A menudo, A veces, Raramente, Nunca

1º DIETA

- 1.- Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
- 2.- Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
- 3.- Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.
- 4.- Me siento muy culpable después de comer.
- 5.- Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
- 6.- Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
- 7.- Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
- 8.- Procuero no comer alimentos que tengan azúcar.
- 9.- Tomo alimentos dietéticos.
- 10.- No me siento bien después de haber tomado dulces.
- 11.- Estoy haciendo régimen.
- 12.- Me gusta tener el estómago vacío.

- 13.- Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías

2º BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA

- 1.- La comida es para mí una preocupación habitual.
- 2.- He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
- 3.- Vomito después de comer.
- 4.- Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
- 5.- Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
- 6.- Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

3º CONTROL ORAL

- 1.- Procuero no comer cuando tengo hambre.
- 2.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 3.- Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.

- 4.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
- 5.- Tardo más tiempo que los demás en comer.

- 6.- Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
- 7.- Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.

Anexo III

Encuesta utilizada

Diciembre, 2.000

C-98052

CUESTIONARIO NÚMERO

0	0	0	0
---	---	---	---

Estimado/a Participante:

Desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales estamos realizando una ENCUESTA en toda la Comunidad de Madrid, con objeto de conocer diversos aspectos relacionados con la salud en los jóvenes.

Algunas aulas de este Centro Escolar han resultado elegidas de forma aleatoria en una muestra de Centros Escolares de toda la Comunidad de Madrid.

Este cuestionario NO es un examen ni un test. NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tu piensas o haces, marca aquello que más se aproxime.

La información que nos des es completamente CONFIDENCIAL. No tienes que escribir tu nombre, y el cuestionario será introducido en un sobre que sólo será abierto por personas ajenas al Centro Escolar. Esto garantiza que nadie pueda identificar a la persona que ha rellenado el cuestionario.

Aparte de ser confidencial, tu colaboración en la encuesta es totalmente voluntaria. Si hay alguna pregunta que no puedes o no quieres contestar por alguna razón, déjala en blanco.

INSTRUCCIONES

Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta. Deberás elegir SÓLO UNA, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que pueden seleccionar varias.

Cada opción tiene a su lado un pequeño cuadrado. El cuadrado correspondiente a la opción elegida deberás señalarlo con una marca de estas características Si te confundes, tacha la opción equivocada de esta forma , y vuelve a marcar la opción que tu creas conveniente.

Antes de rellenar el cuestionario escucha por favor atentamente las instrucciones sobre cómo hacerlo que te dará la persona que acaba de entregártelo.

SI TIENES CUALQUIER DUDA AL LEER O RELLENAR ALGUNA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO, DIRÍGETE A LA PERSONA PRESENTE EN EL AULA PARA SOLUCIONARLAS.

Recuerda que no hay opciones mejores ni peores, todas son igual de valiosas. Lo realmente importante es que contestes con sinceridad. Por ello te pedimos que no comentes las preguntas con tus compañeros de clase mientras rellenas el cuestionario.

Muchas gracias por tu colaboración

VAMOS A COMENZAR EL CUESTIONARIO HACIÉNDOTE UNAS PREGUNTAS DE CARÁCTER GENERAL

P. 1. ¿En qué día, mes y año naciste?

Nací el de de 19....

P. 2. ¿Cuántos años tienes?

P. 3. Aproximadamente, ¿Cuánto pesas sin zapatos ni ropa?

Peso Kilos

P. 4. Aproximadamente, ¿Cuánto mides sin zapatos? (si tienes algún problema para señalar tu estatura consulta con el aplicador que está en el aula).

Mido metro y centímetros

Para finalizar con este apartado, las cuatro preguntas siguientes se refieren a la situación laboral y los estudios terminados de tu padre y tu madre.

P. 5. ¿Cuál es la situación laboral de TU PADRE?

- Trabaja
- Trabaja sólo en las tareas de la casa
- Parado
- Jubilado/pensionista
- Ha fallecido
- No lo sé

P. 6. ¿Cuál es la situación laboral de TU MADRE?

- Trabaja
- Trabaja sólo en las tareas de la casa
- Parada

- Jubilada/pensionista
- Ha fallecido
- No lo sé

P. 7. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado TU PADRE?

- Sin estudios o estudios primarios sin terminar
- Estudios primarios terminados, certificado escolar
o graduado escolar
- Formación Profesional o Bachillerato superior
- Estudios universitario
- No lo sé

P. 8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado TU MADRE?

- Sin estudios o estudios primarios sin terminar
- Estudios primarios terminados, certificado escolar
o graduado escolar
- Formación Profesional o Bachillerato superior
- Estudios universitario
- No lo sé

A CONTINUACIÓN QUEREMOS CONOCER ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA COMIDA Y SENTIMIENTOS O ACTITUDES QUE EXPERIMENTAS HACIA ELLAS. RECUERDA QUE EL CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y POR TANTO NADIE PUEDE IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE LO HA RELLENADO

P. 9. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.10. Creo que mi estómago es demasiado grande

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.11. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.12. Suelo comer cuando estoy disgustado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.13. Suelo hartarme de comida

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.14. Me gustaría ser más joven

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.15. Pienso en ponerme a dieta

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.16. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.17. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.18. Me considero una persona poco eficaz

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.19. Me siento muy culpable cuando como en exceso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.20. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.21. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.22. La infancia es la época más feliz de la vida

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.23. Soy capaz de expresar mis sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.24. Me aterroriza la idea de engordar

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.25. Confío en los demás

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.26. Me siento solo en el mundo

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.27. Me siento satisfecho con mi figura

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.28. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.29. Suelo estar confuso sobre mis emociones

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.30. Preferiría ser adulto a ser niño

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.31. Me resulta fácil comunicarme con los demás

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.32. Me gustaría ser otra persona

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.33. Exagero o doy demasiada importancia al peso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.34. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.35. Me siento incapaz

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.36. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.37. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.38. Tengo amigos íntimos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.39. Me gusta la forma de mi trasero

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.40. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.41. No sé qué es lo que ocurre en mi interior

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.42. Me cuesta expresar mis emociones a los demás

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.43. Las exigencias de la vida adulta son excesivas

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.44. Me fastidia no ser el mejor en todo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.45. Me siento seguro de mí mismo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.46. Suelo pensar en darme un atracón

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.47. Me alegra haber dejado de ser un niño

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.48. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.49. Tengo mala opinión de mí

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.50. Creo que puedo conseguir mis objetivos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.51. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.52. Temo no poder controlar mis sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.53. Creo que mis caderas son demasiado anchas

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.54. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.55. Me siento hinchada después de una comida normal

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.56. Creo que las personas son más felices cuando son niños

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.57. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.58. Me considero una persona valiosa

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.59. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.60. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.61. Pienso en vomitar para perder peso

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.62. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.63. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.64. Me siento emocionalmente vacío en mi interior

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.65. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.66. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.67. Creo que mi trasero es demasiado grande

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.68. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.69. Como o bebo a escondidas

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.70. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.71. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.72. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

EDI. David M. Garner. Ph.D.
 Copyright © 1991 by P.A.R.
 Copyright © 1997 by TEA Ediciones S.A.
 Reproducción con autorización expresa del editor

P.73. ¿Has realizado ejercicio físico durante las últimas cuatro semanas como medio de controlar tu peso, cambiar tu figura o reducir la cantidad de grasa? Indica por favor, el tiempo dedicado al mismo

- No he realizado ejercicio físico con esta finalidad
- Sí, menos de 4 horas por semana
- Sí, entre 4 y 7 horas por semana
- Sí, más de una hora al día
- Sí, más de 7 horas a la semana pero no todos los días

P.74. ¿Has seguido EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES alguna dieta especial, o has realizado modificaciones en tu dieta habitual?

- No
- Sí, por enfermedad
- Sí, para adelgazar
- Sí, para engordar
- Sí, por otros motivos

P.75. Si has realizado dieta, ¿has llegado a perder durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES 5 kilos o más?

- Sí, he perdido 5 kilos o más durante los últimos 12 meses por hacer dieta
- Aunque he realizado dieta para adelgazar, no he perdido tanto peso
- No he realizado dieta para adelgazar

P.76. ¿Cuál es tu peso ideal?

- Mi peso ideal está en _____ kilos

P.77. ¿Cómo te ves a tí mismo?

P.78. Durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has realizado alguna de las actividades siguientes como medio de controlar tu figura o peso? (Por favor responde a todas las actividades)

	Si	No
A. Alguna vez me he provocado vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Alguna vez he utilizado laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Alguna vez he utilizado diuréticos (medicamentos o sustancias para orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Alguna vez he utilizado píldoras adelgazantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A CONTINUACIÓN FIGURAN OTRA SERIE DE FRASES RELACIONADAS CON EL COMER Y LA ALIMENTACIÓN. POR FAVOR, CONTESTA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA, INTENTANDO SER LO MÁS SINCERA POSIBLE. RECUERDA QUE LOS DATOS QUE SOLICITAMOS SE TRATARÁN DE FORMA TOTALMENTE ANÓNIMA, SIN UTILIZAR TUS DATOS PERSONALES.

P.79. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.80. Procuro no comer cuando tengo hambre

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.81. La comida es para mí una preocupación habitual

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.82. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.83. Corto mis alimentos en trozos pequeños

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.84. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.85. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.86. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.87. Vomito después de comer

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.88. Me siento muy culpable después de comer

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.89. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.90. Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.91. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.92. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo
y/o de tener celulitis

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.93. Tardo más tiempo que los demás en comer

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>					

P.94. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.95. Tomo alimentos dietéticos

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.96. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.97. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.98. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.99. Paso demasiado tiempo pensando en la comida

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.100. No me siento bien después de haber tomado dulces

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.101. Estoy haciendo régimen

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.102. Me gusta tener el estómago vacío

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.103. Me gusta probar platos nuevos platos sabrosos y ricos en calorías

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P.104. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar

Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

P105. ¿Has consultado alguna vez con un psicólogo o psiquiatra
en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí
- No

POR ÚLTIMO UNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA REGLA

P106. ¿A qué edad tuviste la primera regla?

- A los años
- No he tenido todavía la primera regla

P107. ¿Estás tomando actualmente anticonceptivos orales o “la píldora”?

- Sí
- No

P108. ¿Estás embarazada o lo has estado recientemente?

- Sí
- No

P109. ¿Te ha faltado la regla durante 3 o más períodos menstruales seguidos durante los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí
- No

— MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN —

Anexo III

Relación de los centros escolares participantes en el estudio

- 1.- IES.BEATRIZ GALINDO
c/Goya, 10
28001 MADRID
- 2.- IES.JUAN DE LA CIERVA
c/La Caoba, 1
28005 MADRID
- 3.- IES.ISABEL LA CATOLICA
c/Alfonso XII, 3 Y 5
28014 MADRID
- 4.- IES.MARQUES DE SUANZES
Avd. 25 de Septiembre, 3
28027 MADRID
- 5.- IES.BARAJAS
Avd.de América, 119
28042 MADRID
- 6.- SALESIANOS ATOCHA
Ronda de Atocha, 27
28012 MADRID
- 7.- MATER PURISIMA
c/Madre Cándida de Jesús, 4
28026 MADRID
- 8.- NAZARET
c/Castillo de Uclés, 24
28037 MADRID
- 9.- IES.VIRGEN DE LA PAZ
c/Francisco Chico Mendes, 4
28100 ALCOBENDAS
- 10.- IES.VILLA DE VALDEMORO
c/Herencia y Aguado, s/n
28340 VALDEMORO
- 11.- IES.DUQUE DE RIVAS
Pº de La Chopera, 64
28529 RIVAS VACIAMADRID
- 12.- IES.ARQUITECTO PEDRO GUMIEL
c/Loeches, 1
28806 ALCALA DE HENARES
- 13.- IES.LUIS BRAILLE
c/Luis Braille, 42
28820 COSLADA
- 14.- IES.OLIVOS, LOS
c/Joan Miró, s/n
28840 MEJORADA DEL CAMPO
- 15.- IES.PARQUE DE LISBOA
c/La Paz, 6
28924 ALCORCÓN
- 16.- IES.SALVADOR ALLENDE
c/Andalucía, 12
28941 FUENLABRADA
- 17.- VIRGEN DEL BOSQUE
Urb.El Bosque,
Río Duero, 47
28670 VILLAVICIOSA DE ODON

DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS

1. Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
2. Sida y Escuela.
3. La Salud bucodental de la población infantil en la Comunidad de Madrid.
4. El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo del tabaco.
5. Alcohol y salud.
6. Actualizaciones sobre tabaco y salud.
7. Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
8. Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
9. La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
10. Estudio de las actitudes. Opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
11. Discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por VIH/SIDA.
12. Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
13. Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
14. Manual de inmunizaciones.
15. Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
16. La Cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
17. Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.
18. Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
19. La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
20. Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
21. Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
22. Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
23. Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
24. Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
25. Guía para la realización de Auditorias medioambientales en las empresas.
26. Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
27. La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
28. Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-94.
29. II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
30. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
31. Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en Comedores Colectivos.
32. Informe sobre la Salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
33. El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
34. La actividad física en la población adulta de Madrid.
35. Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
36. Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar de Madrid.
37. La diabetes de adulto en la Comunidad de Madrid.
38. Diagnóstico Microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
39. La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
40. Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
41. La Menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios.
42. Dietas mágicas.
43. Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
44. Guía para la prevención y control de infecciones que causan Meningitis.
45. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
46. Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
47. Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina en la Comunidad de Madrid.
48. Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años en la Comunidad de Madrid.
49. Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
50. Las presentaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
51. Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid (en elaboración).
52. La infestación por piojos.
53. Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
54. Ideas actuales sobre el papel del Desayuno en la alimentación.
55. La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
56. Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
57. La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
58. Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
59. Sociedad madrileña de microbiología clínica. Anuario 1999.
60. Actualizaciones sobre el tratamiento de tabaquismo.
61. La enfermedad celíaca.
62. Programas de Salud Pública 2000.
63. Memoria 1999. Programas de Salud Pública.
64. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2000-2003.
65. Memoria 1996-1999 del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
66. Aplicación de Técnicas de Análisis espacial a la Mortalidad por Cáncer en Madrid.
67. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid.
68. Guía de actuación en el control y la prevención de las zoonosis en la Comunidad de Madrid.
69. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria. Manual de notificación.
70. Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid.
71. El farmacéutico agente de salud.
72. Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres.
73. Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad.
74. Ciudades saludables y sostenibles. Plan de Salud Municipal.
75. Tratamiento de la pediculosis de la cabeza.
76. Programas de Salud Pública 2.002.
77. Mortalidad en Vallecas.
78. Planes y Programas de Salud Pública 2.003.
79. Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerrequisitos en las empresas alimentarias.
80. Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3.
81. Control sanitario del Transporte de Alimentos.
82. Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid.
83. Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid.
84. Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid.

Trastornos del comportamiento alimentario



Prevalencia de casos clínicos
en mujeres adolescentes
de la Comunidad de Madrid