



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Trabajo de Investigación para optar por el grado de Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria

**Estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de
alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y
Bulimia Nerviosa: revisión bibliográfica**

Tutora: Dra. Siegred Cover Vargas.

Lector: Dr. Mario Urcuyo Solórzano.

Lector: Dr. Pablo Vargas Villarreal.

Estudiante: Jean Carlo Marín Rojas.

21 de Julio 2017

Dedicatoria

A mi familia, la cual siempre ha estado presente en los buenos y malos momentos, con apoyo, motivación y amor hacia mi persona.

A mis profesores, quienes han sido mis guías, consejeros, amigos y me han apoyado durante todos estos años de preparación.

Agradecimiento

Primero Dios, por darme la vida, acompañarme, bendecirme y darme fuerzas en todo momento de mi vida.

A mi esposa e hija las cuales son parte importante de mi vida, me acompañaron y se sacrificaron en muchas ocasiones para poder llegar a este momento, así como a mis papás, hermanos y tíos.

A mis profesores, quienes con dedicación y cariño nos enseñaron buenas costumbres en la práctica médica así como aspectos y valores éticos y profesionales, en especial al Dr. Araya Zamora.

A mis amigos de residencia, por sus consejos y motivación.

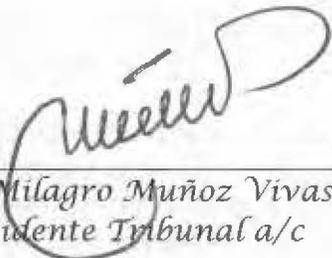
A mis compañeros de residencia y profesores de otras especialidades.



ACTA **Protocolo de Trabajo de Graduación**

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que el Dr. Jean Carlo Marín Rojas, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo de Graduación "Estrategias de Tamizaje para la Detección Temprana de los Trastornos de Alimentación en la Atención Integral de los Adolescentes con anorexia y bulimia nerviosa", el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los veintiún días del mes de julio del año dos mil diecisiete, en la ciudad de San José, Costa Rica.


Dra. Milagro Muñoz Vivas
Presidente Tribunal a/c


Dra. Siegrid Cover Vargas
Tutora


Dr. Pablo Vargas Villarreal
Lector


Dr. Mario Uruvo S.
LECTOR,

San José, 6 de julio del 2017

Universidad de Costa Rica
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes
Sistema de Estudio de Posgrado

Estimados Señores:

Hago constar que leí y corregí, en calidad de filólogo, el proyecto de graduación denominado: **“Estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa: revisión bibliográfica”**

Esta propuesta fue elaborada por el estudiante: Jean Carlo Marín Rojas, para optar por el grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Corregí el trabajo en aspectos concernientes a la estructura gramatical, construcción de párrafos, vicios del lenguaje, pero principalmente en lo concerniente a ortografía, puntuación y otros aspectos relacionados con el campo filológico.

Aclaro que el estudiante solicitó la revisión manual del documento, el cual incluye aproximadamente 100 páginas. Por lo tanto, queda bajo responsabilidad de él, incorporar las correcciones y sugerencias hechas por mi persona al documento en mención. Una vez realizado este trámite, el documento contará con una adecuada estructura para ser entendido por quien lo leyere y reunirá las condiciones de un documento con valor filológico para ser presentado ante las autoridades universitarias pertinentes.

Suscribe cordialmente,



Allan Monge Gómez
Filólogo-UCR
Incorporado al COLYPRO
Carné N ° 038921

Tabla de Contenidos

1. Sumario	7
2. Justificación	9
3. Introducción	11
4. Tema de investigación	14
4.1. Pregunta de Investigación	14
5. Objetivos	14
5.1. Objetivo General	14
5.2. Objetivo Específico	15
6. Estrategia Metodológica	15
6.1. Tipo de Investigación	15
6.2. Palabras Clave	16
6.3. Definición Categorías de Estudio	17
6.3.1 Antecedentes Internacionales y Nacionales	17
6.3.1ª. Antecedentes Internacionales	17
6.3.1b. Antecedentes Nacionales	19
6.3.2 Conceptos básicos	20
7. Marco Teórico	24
7.1. Introducción a los trastornos del comportamiento alimentario	24
7.2 Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario	25
7.3 Clasificación de los trastornos del comportamiento alimentario	25
7.4 Factores de Riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario	26
7.5 Anorexia Nerviosa	27
7.6 Bulimia Nerviosa	32
8. Criterios de Selección de Artículos	35
8.1. Criterios de inclusión	35
8.2. Criterios de exclusión	35
9. Criterios para clasificación de Artículos	36
10. Procedimiento para búsqueda bibliográfica	37
10.1 Fase I	37
10.2 Fase II	37
11. Resultados	39
11.1 Principales factores de riesgo para trastornos de alimentación en adolescentes	39
11.1.a Factores Biológicos	39
11.1.b Factores psicoculturales	41
11.1.c. Factores psicológicos	42
11.2 Estrategias tamizaje más empleadas para la detección de trastornos de alimentación en adolescentes	45

11.2.a. Cuestionario SCOFF	45
11.2.b. Cuestionario EAT 40	46
11.2.c. Cuestionario EAT 26	47
11.2.d. Cuestionario BULLIT T	47
11.2.e. Cuestionario BULLIT R	48
11.2.f. Cuestionario BITE	49
11.2.g. Cuestionario EDE Q	49
11.3 valoración de evidencia y posible confiabilidad de las estrategias más utilizadas para la detección de trastornos de alimentación en adolescentes	53
11.3.a. Cuestionario SCOFF	53
11.3.b. Cuestionario EAT 40	55
11.3.c. Cuestionario EAT 26	57
11.3.d. Cuestionario BITE	58
11.3.e. Cuestionario BULLIT T Y BULLIT R	60
11.3.f. Cuestionario EDE Q	62
12. Discusión	64
13. Conclusiones y recomendaciones	71
13.a. Conclusiones	71
13.b. Recomendaciones	74
14. Bibliografía	76
15. Anexos	82
15.1. Matriz de Referencias bibliográficas	82
15.2. Instrumentos	94
15.2.a. Cuestionario SCOFF	94
15.2.b. Cuestionario EAT 40	95
15.2.c. Cuestionario EAT 26	96
15.2.d. Cuestionario BULLIT T	98
15.2.e. Cuestionario BULLIT R	101
15.2.f. Cuestionario BITE	108
15.2.g. Cuestionario EDE Q	109

Abreviaturas

A.P.	Atención Primaria
T.C.A.	Trastornos de Conducta Alimentaria
A.N.	Anorexia Nerviosa
B.N.	Bulimia Nerviosa
DSM III, IV, V	Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría
C.C.S.S.	Caja Costarricense de Seguro Social
V.P.P.	Valor Predictivo Positivo
V.P.N.	Valor Predictivo Negativo
Alp. Cron	Alfa de Cronbach

Estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa: revisión bibliográfica

1. Sumario

Introducción: Los trastornos de conducta alimentaria son un grupo variado de enfermedades con un fuerte componente psicológico; con una amplia gama en sus formas de presentación, constituyen una patología con una alta tasa de morbilidad mundial, lo cual ocasiona altos costos económicos y humanos para su atención, desgraciadamente es una patología en la cual las recaídas son frecuentes, por lo cual no basta solo su diagnóstico sino también su detección temprana y prevención, la cual puede evitar consecuencias negativas derivadas de estas patologías; los adolescentes son un grupo poblacional de alto riesgo.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda amplia en las bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo, Md. Consult, entre otros; en el tiempo comprendido entre el 5 de diciembre del 2016 y el 30 de enero del 2017, los cuales debían reunir ciertas características; se incluyeron estudios en metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios controlados aleatorios y guías de práctica clínica; Se analizó la evidencia y el grado de recomendación de 56 artículos que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose conclusiones y recomendaciones precisas.

Resultados: Según la información recopilada por la fuente bibliográfica, existen factores de riesgo identificables para trastornos de alimentación entre ellos: biológicos, psocioculturales y psicológicos; dentro de las herramientas de tamizaje tenemos los cuestionarios más confiables para el tamizaje de trastornos de

alimentación en adolescentes; los cuales poseen valores psicométricos aceptables, tales como BITE, EDEQ, EAT 26, BULLIT Y BULLIT R.

Conclusiones: Los cuestionarios más específicos para bulimia son el BITE, BULLIT, BULLIT R; con adecuados valores psicométricos; así como el EAT 40, EAT 26 Y EDE Q lo son tanto para anorexia como bulimia nerviosa; el cuestionario SCOFF es fácil y rápido de aplicar, sin embargo, las pruebas psicométricas no lo destacan como el más confiable; por lo tanto, ante una sospecha o un tamizaje dudoso procedente del SCOFF se deberá complementar con alguno de los antes mencionados.

2. Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de enfermedades con componente multifactorial que afectan predominantemente a mujeres jóvenes, en especial, en la etapa adolescente (Diéguez, 2013).

Este fenómeno tiene mayores implicaciones en la adolescencia, puesto que los adolescentes están en una etapa de transformación física y mental, principalmente en la búsqueda de su identidad, lo cual los hace ser más vulnerables a los efectos que el ambiente, las personas y los medios de comunicación en muchas ocasiones promueven como patrones ideales de belleza y éxito.

Ante los temores de rechazo, baja autoestima e identidad, incomprensión de la sociedad, entre otros riesgos, los adolescentes pueden adoptar modelos de representación que pueden poner en riesgo su salud física y mental, entre ellos los trastornos de alimentación.

El modelo de delgadez y la insatisfacción corporal son aspectos de riesgo muy importantes para desarrollar trastornos de conducta alimentarios. (Franco, 2013).

Al ser una patología con una alta prevalencia y origen multifactorial el abordaje demanda gran cantidad de recursos humanos y económicos, por lo cual deben realizarse esfuerzos importantes en prevención, promoción, diagnóstico temprano con el fin de evitar complicaciones derivadas de dicha patología (Diéguez, 2013).

La presentación clínica y psiquiátrica de este grupo de enfermedades es muy variable entre cada persona, por lo cual en ocasiones, para el clínico, es muy difícil su detección y abordaje oportuno.

Es importante para el clínico tener armas diagnósticas oportunas para la detección temprana de estas patologías de alimentación, se deben buscar conductas alimentarias de riesgo y siempre estar atentos a las manifestaciones o cambios en la conducta de los adolescentes, que puedan ser sospechosas.

Ante el panorama de dicha enfermedad, para el médico de familia es de suma importancia poder realizar esfuerzos en detección temprana de pacientes con conductas de riesgo por lo cual las escalas y cuestionarios de detección de riesgo son de suma importancia.

Este trabajo pretende comprobar la validez científica de las escalas de tamizaje, así como las recomendaciones e implicaciones sobre su uso, así mismo, determinar mediante factores de riesgo detectados cuáles pacientes se podrían beneficiar con la aplicación de dichos instrumentos de tamizaje.

3. Introducción

“Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son uno de los principales temas de interés del siglo XXI” según describe Leyla Vela, 2014.

Los trastornos de conducta alimentaria son un grupo variado de enfermedades con un fuerte componente psicológico; con una amplia gama en sus formas de presentación, los cuales en muchos casos su identificación suele ser compleja, más aún en adolescentes, los cuales consultan poco y por otros motivos o simplemente no desean comentar su problema y para los familiares puede ser complejo detectarlo por el aislamiento del adolescente o interpretarlo como conducta propia o rebeldía.

Desgraciadamente existen muchos medios de comunicación como la televisión, radio, internet, relación del adolescente con el colegio, amigos, los cuales asocian la belleza y el éxito de las personas con figuras de extrema delgadez y belleza; muchos adolescentes, en busca de su verdadera personalidad, intentan adoptar este tipo de modelo, poniendo en riesgo su salud física y psicológica; o buscan una forma de lidiar con sus problemas propios o familiares y tienden a caer en este tipo de trastorno mal manejo de su estrés y conflictos; de ahí la alta tasa de recaídas relacionadas con estos trastornos alimenticios.

Constituyen una patología con una alta tasa de morbimortalidad mundial; lo cual ocasiona costos económicos amplios y humanos para su atención; desgraciadamente es una patología en la cual las recaídas son frecuentes; por lo cual no basta solo su diagnóstico sino también su detección temprana y prevención, con el fin de evitar consecuencias negativas derivados de estas

patologías; los adolescentes son un grupo poblacional de alto riesgo por lo cual para el médico, especialmente el médico de familia, es de suma importancia conocer las herramientas de las cuales puede disponer para tamizar y detectar de una forma temprana a aquellos adolescentes de alto riesgo.

Las repercusiones, generalmente graves sobre la salud física de los pacientes con un TCA, generan una alarma importante en las familias que demandan una mayor implicación de los profesionales y de los agentes sociales en su abordaje. (Trastornos de conducta alimentaria, junio 2013).

En la actualidad, existe la mayor ocurrencia de enfermedades de origen biopsicosocial, en especial los trastornos alimentarios, que involucran diferentes sistemas del cuerpo y los aspectos inherentes a la persona y sus relaciones sociales. (Portella de Santana, 2012)

Se describe un aumento en la incidencia de los TCA, como producto del mejoramiento en el conocimiento y en la implementación cada vez más temprana de mejores instrumentos de búsqueda de síntomas, factores de riesgo y la disponibilidad de criterios diagnósticos bien definidos (Monterrosa,2012).

Los tratamientos médicos y las terapias pueden ser parte importante de la rehabilitación pero, por lo general, tienden a fracasar en algún momento, principalmente conociendo el motivo de tanta recaída.

Dentro de las herramientas de tamizaje existen las escalas de valoración de los trastornos de alimentación, las cuales son un grupo de cuestionarios aplicados hacia aquellos adolescentes de alto riesgo; detectados por el clínico

principalmente conociendo los factores de riesgo existentes; ya sea que el adolescente fuese el paciente o hasta la posibilidad de ser un acompañante durante la consulta, posterior a la detección se puede manejar el trastorno con un grupo multidisciplinario o referir apropiadamente.

Según indica Salazar Mora, 2012 “Los test psicológicos tienen gran importancia en la vida moderna, los procedimientos de medida se aplican en decisiones importantes tales como diagnósticos clínicos, clasificaciones escolares, contrataciones laborales, etc., por lo que tienen gran influencia sobre la vida de las personas. Dada esta relevancia, es fundamental contar con test científicos y conocer sus limitaciones para, con ello, dar un mejor tratamiento a los problemas de la medición psicológica”.

Existe una gran cantidad de cuestionarios para tamizaje pero hay que partir del punto de que muchos médicos y profesionales en salud no los conocen; por lo cual un primer reto para el clínico, posterior de la sospecha debería ser realizar el tamizaje para lo cual debe conocer cuáles son las escalas existentes en la actualidad, su forma de aplicación e interpretación; pero de todos los médicos, ¿cuántos las conocerán? y de los que la conocen, ¿cuántos la sabrán aplicar, además, sería importante conocer algunos aspectos de las escalas preexistentes como cuánta referencia bibliográfica se obtiene; si tienen estudios para medir su validez y confiabilidad; si existen revisiones con poblaciones nacionales, si existen otras versiones y cuáles han sido las experiencias documentadas por los autores posterior de su aplicación o revisión.

Los médicos de atención primaria, al ser el primer nivel de atención y contacto con el paciente, deben conocer los factores de riesgo, estar atentos a la identificación temprana, conocer y manejar las herramientas de tamizaje para una detección temprana y un tratamiento o derivación adecuada.

4. Tema de Investigación

Estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa: revisión bibliográfica

4.1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa?

5. Objetivos

5.1 Objetivo General:

Analizar las estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa

5.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales factores de riesgo contemplados en las estrategias de tamizaje para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa.
2. Describir las estrategias de tamizaje más empleadas para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral en los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa.
3. Valorar la evidencia y posible confiabilidad de las estrategias de tamizaje más empleadas para la detección temprana de los trastornos de alimentación en la atención integral de los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa.

6. Estrategia Metodológica

En el presente capítulo se describe el tipo de investigación, el tema y las categorías del estudio, así como los procedimientos utilizados para el análisis y obtención de los datos.

6.1 Tipo de Investigación

Se trata de una revisión de literatura, con bases de datos científicos, revistas, libros, páginas de internet y publicaciones libres de no más de 6 años de vigencia, relacionado con el tema de estudio escogido.

El período en el cual se desarrolló esta revisión abarcó desde el 5 de diciembre del 2016 al 30 de enero del 2017, literatura en idioma inglés y español; se tomaron estudios tipo metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios controlados y aleatorizados, así como guías de práctica clínica.

Se utilizaron bases de datos de Medline, Md Consult y Pubmed, en el caso de Pubmed se empleó el Mesh para búsquedas avanzadas, así como búsquedas de manuales.

6.2 Palabras Clave

Test de Actitudes hacia la Alimentación, trastornos de la conducta alimentaria, desórdenes alimentarios. hábitos alimentarios. detección precoz, Psychiatric. Comorbidity. Prevention, función paterna, función materna, imagen corporal, adolescentes, trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia, estado nutricional, campañas, población, educación sanitaria.

6.3 Definición de Categorías de estudio

6.3.1 Antecedentes Internacionales y Nacionales

6.3.1a Estudios Internacionales

Kolar y colabs, realizaron, en el 2016, un metaanálisis y revisión sistemática sobre trastornos de alimentación en América Latina, se encontraron 1583 registros seleccionados, analizando 17 estudios de países entre ellos Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela, buscando detectar prevalencia para la anorexia y bulimia nerviosa (Kolar 2016).

Constain y colabs, en el 2015, realizaron un estudio de validación del EAT 26 en Colombia para hombres adolescentes, se hizo un estudio observacional, en Medellín con 21 hombres con diagnóstico de AN, Bulimia N y trastorno de alimentación no especificado vs 91 hombres de más de 14 años sin diagnóstico de trastorno de alimentación. (Constain, 2015).

Ninoshtka Camarillo realizó, en el 2013, un estudio descriptivo, observacional, transversal, con una muestra no aleatoria a conveniencia, conformada por 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad. Utilizó EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner mostrando que las mujeres tenían mayor distorsión que los hombres, sobretodo en autoimagen (Ninoshtka Camarillo, 2013).

Constain y colabs, en el 2013, realizaron un estudio de validación del cuestionario EAT 26 en Colombia para valorar la población femenina, el

cuestionario fue de tipo observacional con 25 mujeres entre los 15 y 25 años que cumplían criterios para AN Y BN y 111 personas sin trastorno de alimentación para posteriormente aplicarse la escala y la entrevista. (Constain, 2013).

Peláez Fernández, en el 2012, realizó una publicación para validar la escala EAT 40 en su versión española como parte del tamizaje en la población general de los trastornos de alimentación, con una muestra de 1543 estudiantes entre los 12 y 21 años de ambos sexos. (Peláez, 2012).

Campo Arias, en el 2012, buscaba conocer la validez del cuestionario SCOFF en adolescentes, por género, de un colegio ubicado en Cartagena, Colombia, la muestra era de 416 adolescentes entre 13 y 17 años, 208 estudiantes mujeres (edad promedio 14.6 años) y 208 varones (edad promedio 14.8 años. (Campo, 2012).

Monterrosa Castro Álvaro, en el 2012, presentó una revisión temática de publicaciones en las que se presentan, validan y analizan diversas escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria. Se realizó una búsqueda electrónica desde 1984 al 2011, en inglés y español, con el fin de valorar e Identificar las principales escalas para la detección de síntomas y conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos. (Monterrosa, 2012).

Aoum Azzam et colbs, en el 2012, presentaron un estudio con una modificación del SCOFF para una versión árabe, el cual se le impartió a 123 mujeres con el fin de evaluar sensibilidad y especificidad del mismo. (Aoum, 2012).

6.3.1b Estudios Nacionales

En Palmares, durante el año 2015, Barrantes Umaña y colaboradores realizaron un estudio para conocer las propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo en población adolescente escolarizada de Palmares, Costa Rica. El instrumento se le aplicó a un grupo de 200 estudiantes, de los cuales 113 (56,5%) eran mujeres, 86 (43%) hombres y una persona no indicó su sexo (0,5%). cursaban desde séptimo hasta décimo de secundaria, la selección fue aleatoria (Barrantes, 2015).

Prado Calderón, en el 2014, publicó un estudio para la validación de la escala EAT 40, con el método Rush, a una muestra de 556 mujeres del área metropolitana de Costa Rica, con una edad promedio de 17.66 años, en el cual se intentaba valorar la capacidad del cuestionario para discriminar personas con o sin riesgo para trastornos de alimentación (Prado Calderón, 2014).

Zaida Salazar Mora, en el año 2012, publicó un artículo en el cual intentaba analizar la confiabilidad del cuestionario EAT40, el estudio lo realizó con 569 mujeres entre los 10 y 39 años con y sin diagnóstico de trastornos de alimentación, analizando la validez del instrumento. (Salazar Mora, 2012).

6.3.2 Conceptos Básicos

Definición de Términos

Cuestionario: Conjunto de cuestiones o preguntas que deben ser contestadas en un examen, prueba, test, encuesta.

Tamizaje: Prueba sencilla, aplicada a una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas.

Psicopatológico: Enfermedad de carácter mental.

Multifactorial: condiciones en las que interfieren múltiples factores vinculados

Incidencia: cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Conductas Alimentarias de Riesgo: conductas de consumo que ponen en riesgo la salud del individuo.

DSM- V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Metaanálisis: re-evaluación sistemática y ponderada de los resultados de ensayos clínicos aleatorizados.

Adolescente: Período de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez, lo que comprendería aproximadamente desde los 13 hasta los 20 años.

Bradycardia: Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.

Hipotensión Ortostática: Caída de 20 mmHg o más en la TAS (tensión arterial sistólica) o un descenso de la TAS por debajo de 90 mmHg y una caída de 10 mmHg o más en la TAD (tensión arterial diastólica) o un descenso de la TAD por debajo de 60 mmHg dentro de los primeros 3 minutos tras adoptar un cambio de posición.

Síncope: Pérdida brusca de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

Hipercolesterolemia: Presencia de niveles elevados de colesterol en sangre.

Fallo renal: Imposibilidad de los riñones para filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre.

Fallo Cardíaco: Condición en la cual el corazón no puede bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita.

Síndrome de realimentación: Trastornos metabólicos que pueden ocurrir en la repleción nutricional, ya sea enteral o parenteral, de pacientes con bajo peso, desnutrición severa o en ayuno, como resultado de cambios hormonales y metabólicas que pueden causar complicaciones neurológicas, cardiológicas, hematológicas, neuromusculares y pulmonares.

Trastorno Electrolítico: Alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o por exceso. Sus etiologías son diversas y se agrupan en función de la causa que las produce.

Sensibilidad: Capacidad de una prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos.

Especificidad: Capacidad de una prueba para dar como casos negativos los casos realmente sanos; proporción de sanos correctamente identificados.

Alfa de Cronbach: Coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, y cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach.

Valor predictivo positivo: Probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positivo.

Valor predictivo negativo: Probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativo.

7. Marco Teórico

7.1 Introducción a los trastornos de alimentación

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son patologías con un fuerte componente psicopatológico relacionado con una obsesión por la apariencia física e imagen corporal, la cual pareciera encontrarse distorsionada y tiende a ocasionar disfunción en todas las áreas de vida del adolescente. (Monterrosa 2012).

Bernes y colaboradores afirman que “estos trastornos se caracterizan por alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, disturbios graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima”. (Monterrosa 2012).

Los adolescentes son un grupo de alto riesgo para estos trastornos, puesto que a esas edades se encuentran construyendo el “yo” y su verdadera identidad, los cuales se encuentran expuestos a estereotipos e imágenes que la sociedad vende como “modelos”, en el cual el o la adolescente debe asimilar sus cambios físicos y mentales, con el riesgo de ocasionar disturbios en su aceptación corporal, llevando a trastornos alimentarios con el fin de mantener una imagen más aceptable para él mismo. (Cetrato, 2011).

7.2 Epidemiología:

Se presentan más en países económicamente desarrollados, con una proporción por sexo de 10/1 mujeres en relación con varones, países como España muestran prevalencias globales de trastornos de alimentación de aproximadamente 4.1 a 4.7%, mientras que la bulimia es de 2 al 3% (Monterrosa, 2012).

Las cifras de prevalencia mundial para el desarrollo de AN se encuentran estimadas entre 0.3% al 2.2% por cada 100 adolescentes, con mayor incidencia en la adolescencia media y tardía; para la BN se identifica una prevalencia aproximada de 0.1% a 2% por cada 100 adolescentes (Bedoya González, 2015).

7.3. Clasificación de los trastornos de alimentación

El DSM-V propuso cambios diagnósticos, evaluando aspectos propios de cada presentación de la patología alimentaria, manteniendo aún los dos grandes grupos entre los que se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia; sin embargo, existen muchas personas que no encajan estrictamente en alguno de los dos grupos por los cuales existen otras formas de clasificarles (Behar, 2014).

Clasificación de los trastornos de alimentación

Cuadro 1. Clasificación de los trastornos de alimentación

Anorexia Nerviosa a. Tipo restrictivo b. Atracones o purgas
Bulimia
Trastorno por atracones Trastorno de alimentación e ingestión especificado Trastorno de alimentación e ingestión no especificado Pica y Rumiación Trastorno de evitación y restricción

Fuente: (DSM V, 2013).

7.4. Factores de Riesgo para Trastornos de Alimentación

Según Monterrosa, el ser “mujer, adolescente, tener percepción distorsionada de la imagen corporal y el uso de dietas para adelgazar” son los principales factores de riesgo para los trastornos de la alimentación, (Monterrosa, 2012, imbiomed).

Entre otros factores de riesgo se encuentran los adolescentes con alto grado de autoperfeccionismo ya que ellos tienen mayor riesgo de presentar estos trastornos alimenticios. (Pamies, 2014).

Se establece además, según Portela de Santana, que factores como la “genética, ideas de delgadez, presión social, insatisfacción de su imagen corporal, depresión y baja autoestima son factores de riesgo y vulnerabilidad”. (Portela de Santana, 2012).

7.5 Anorexia Nerviosa

Enfermedad psiquiátrica caracterizada por el rechazo a la alimentación con el objetivo de mantener un peso corporal “normal”, el cual lo consiguen por medio de restricción intensa en la ingesta calórica o de gasto de energía realizando ejercicio excesivo; con un trasfondo de un miedo excesivo a ganar peso y verse una persona “fea” y con sobrepeso ante sí misma y ante la sociedad. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Edad de presentación

La anorexia nerviosa tiene dos picos de presentación en la adolescencia, entre los 13 y 14 años y entre los 17 y 18 años, puede perdurar hasta la vida adulta. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Manifestaciones clínicas y examen físico

Dichas pacientes, en cuanto al examen físico se muestran intolerantes al frío, sumamente delgadas, débiles, con la piel, en diversas ocasiones, con un tono amarillento (Ibarzábal-Ávila, 2015); en el examen físico se pueden observar desde edemas, bradicardia, hipotensión ortostática, lesiones en cavidad oral y dientes (pérdida del esmalte dental o piezas dentales) (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Cuadro 2. Manifestaciones Clínicas de la Anorexia Nerviosa

Sistema	Manifestaciones Físicas
Piel y anexos	Pérdida del tejido subcutáneo, pérdida del cabello, aparición de lanugo, atrofia de uñas.
Sistema endocrino	Amenorrea, hipercortisolemia, osteopenia, osteoporosis, alteraciones tiroideas.
Cardiovascular	Hipotensión, ortostática, bradicardia, arritmias.
Gastrointestinales	Retraso en el vaciamiento gástrico, alteraciones en la percepción de hambre/saciedad.
Neuropsiquiátricas	Fallas en la atención y concentración, fallas en la regulación emocional, distorsión de la imagen corporal.

Fuente: Asociación Americana de psiquiatría, 2013.

Alteraciones de Laboratorios y Gabinete

En el contexto de la anorexia nerviosa encontramos alteraciones de laboratorio y gabinete dentro de las que se encuentran las siguientes:

Cuadro 3. Alteraciones de laboratorio y gabinete

Biometría hemática	Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
Química sanguínea	Hipoglicemia, nitrógeno ureico elevado y deshidratación, hiperamilasemia.
Electrolitos séricos	Hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia, hipocloremia.
Pruebas de función hepática	Enzimas hepáticas elevadas
Pruebas de función tiroidea	Hipotiroidismo subclínico
Electrocardiograma	Bradicardia, inversión de la onda T, prolongación del intervalo QT
Densitometría ósea	Disminución de la densidad ósea

Fuente: Asociación Americana de psiquiatría, 2013.

Complicaciones de la Anorexia Nerviosa

Dentro de las alteraciones más severas encontramos, fallo hepático agudo, arritmias, síncope, fallo cardíaco o renal, pancreatitis (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Diagnóstico de Anorexia Nerviosa

Dado que es una enfermedad de un origen multicausal, el abordaje diagnóstico y terapéutico debe ser multidisciplinario, aunque se utiliza, por parte de psiquiatras, la clasificación del DSM V para anorexia nerviosa. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Cuadro 4. Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa

A.	Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
B.	Miedo intenso a ganar peso o engordar (comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo).
C.	Alteración en la forma de percepción de su propio peso o constitución.
Subtipos	
Tipo restrictivo	Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se debe, sobre todo, a la dieta, el ayuno y el ejercicio excesivo durante los últimos tres meses
Tipo con atracones/purgas.	Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Diagnóstico Diferencial

Pérdida grave de peso, de causa gastrointestinal y hepáticas, alteraciones endocrinas como diabetes mellitus e hipertiroidismo, alteraciones inmunológicas, infecciosas o neoplásicas (Ibarzábal-Ávila, 2015).

Tratamiento

Dentro de las metas en el control de la anorexia nerviosa el inicial y fundamental es alcanzar un estado de renutrición con un abordaje multidisciplinario con médicos, nutrición, trabajo social, psicología entre otros profesionales; buscando alcanzar un peso adecuado, que el paciente vuelva a comer y controlar los síntomas que aqueje. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

“Se debe hospitalizar pacientes con peso muy bajo (< 75% del peso ideal), cuando la pérdida de peso ha sido rápida o cuando hay signos médicos de malnutrición, como bradicardia, hipotensión, hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico o cualquier complicación que ponga en riesgo la vida del paciente”. Siempre mantenerse vigilante por riesgo de síndrome de realimentación, educación en nutrición. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

En relación con los medicamentos antipsicóticos de segunda generación (la olanzapina es el medicamento que mayor evidencia ha adquirido) sí mejora la respuesta contra la depresión, agresividad, ansiedad y mejora la tolerancia a la renutrición; posteriormente se puede recetar Fluoxetina, el cual se dice puede disminuir recaídas, se recomienda la terapia cognitiva para fortalecer áreas como

autoestima e impulsividad y muy importante, la terapia familiar. (Ibarzábal-Ávila, 2015).

7.6 Bulimia Nerviosa

Se presenta como una patología psiquiátrica, en la cual hay una gran y excesiva demanda por consumir alimentos en un tiempo determinado (normalmente son periodos cortos), llamado atracón; posterior al consumo de dichos alimentos existe un sentimiento de culpabilidad y tristeza, el cual trata de ser compensado por laxantes, vómito, entre otros. (Ladines, 2012).

Estas situaciones, lejos de ser agradables, son motivo de vergüenza de los adolescentes y personas que los padecen, por lo cual recurren a ocultarse o llevarlo a cabo en momentos donde nadie los ve, por ejemplo, la noche; los síntomas que los pacientes expresarán son muy parecidos a los portadores de anorexia; además se acompañan de trastornos electrolíticos, arritmias, pirosis, dolor abdominal, entre otros. (Ladines, 2012).

Dentro de los criterios diagnósticos para Bulimia, según DSM V, tenemos los siguientes:

Cuadro 5. Criterios Diagnósticos para trastorno por Bulimia

A.	Presencia de atracones recurrentes, un atracón se caracteriza por:
1)	Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. 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
2)	Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
B	Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo,
C	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana. Durante un período de tres meses.
D	Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporal.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Diagnóstico Diferencial

Tumores cerebrales, enfermedades tiroideas, enfermedades gastrointestinales, patología endocrina, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de drogas, neoplasia, enfermedades infecciosas (Gómez, 2012).

Tratamiento

Se necesita de forma primordial regular la ingesta y disminuir la frecuencia de los episodios; tratar de limitar la cantidad de comida que ocasione peligro en la casa; controlar el peso y el ejercicio físico son importantes para el control de los síntomas; la psicoterapia y la terapia cognitivo conductual son parte importante para el control de la bulimia y la anorexia. (Moral, 2012).

En relación con los medicamentos, los antidepresivos tricíclicos, ayudan a evitar episodios de atracones a corto plazo; los inhibidores de la recaptación de serotonina son los que han obtenido mejores resultados hasta la actualidad, igual que para la anorexia nerviosa; se debe tener cuidado con benzodiacepinas y evitar estimulantes del apetito; dentro de otras opciones se encuentran la terapia familiar y la terapia grupal (Moral, 2012).

8. Criterios para la selección de Artículos

8.1 Criterios de Inclusión

Los criterios generales que los artículos debían cumplir para ser considerados en este trabajo fueron los siguientes:

1. La bibliografía debe hacer mención a trastornos de alimentación tipo anorexia y bulimia nerviosa.
2. Los artículos y bibliografía revisados hacen referencia a los cuestionarios de tamizaje para estos dos trastornos de alimentación en adolescentes.
3. La información debía corresponder a personas en etapa de adolescencia, sin importar el sexo o la etnia de la que provengan.
4. Las revisiones y artículos debían estar escritos en idioma inglés o español y no tener más de 6 años de antigüedad.

8.2 Criterios de Exclusión

Los criterios que se usaron para eliminar investigaciones del estudio fueron los siguientes:

1. Artículos que no describan el tipo de investigación, con fuente bibliográfica dudosa o sin año de edición.

2. Artículos que se centren exclusivamente en manejo de pacientes con trastornos de conducta alimentaria hospitalizados o de otras etapas de vida.
3. Artículos cuya vigencia sea mayor de 6 años de edición por el autor.
4. Artículos en idiomas diferentes al español o Inglés.

9. Criterio para la clasificación de Artículos

La escala que se utilizó para evaluar la calidad de los estudios fue la de jerarquía de los estudios por el tipo de diseño

Cuadro 6. Clasificación de los Artículos por tipo de diseño

Calificación del Artículo	Nivel de evidencia	Artículos Indagados
Metaanálisis de ensayos Clínicos Aleatorizados	Ia	3
Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado	Ib	0
Estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar	Iia	0
Estudio cuasi-experimental bien diseñado	Iib	
Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación y casos y controles	III	30
Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	IV	23
Total		56

Fuente: Guía Clínica de calidad de la evidencia y grado de recomendación (marzo, 2009).

10. Procedimientos de búsqueda bibliográfica

10.1 Fase 1: Recopilación

- a) Se realizó una búsqueda inicial por Internet, de artículos relacionados con el tema, así como fuentes de producción de artículos en el tiempo comprendido entre el 5 de diciembre del 2016 y el 30 de enero del 2017.
- b) Posteriormente, se efectuó una búsqueda bibliográfica direccionada y focalizada en las bases de datos de MD Consult, Medline y Pubmed; en Pubmed se utilizó Mesh para una búsqueda avanzada. Los términos que se utilizaron para la búsqueda de la información fueron: trastornos de alimentación, cuestionarios para valoración de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, imagen corporal y trastornos de alimentación.
- c) Se realizó una búsqueda de aproximadamente 83 artículos, de los cuales 56 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos, adoptados como aceptados.

10.2 Fase 2: Análisis del material bibliográfico

- a) Se incluyeron los artículos aceptados en una matriz de análisis y se utilizó la guía clínica de calidad de evidencia y grado de recomendación (2009) para clasificarlos según el tipo de estudio y el nivel de evidencia.
- b) Posteriormente se confeccionó un diario de doble entrada, el cual es un instrumento de trabajo para analizar la información, ordenar y clasificar la

evidencia encontrada, así como la calidad estadística de la información recolectada.

c) Se realizó una discusión de los resultados según el análisis y categorías.

d) Se planteó por último las recomendaciones y conclusiones.

11. Resultados

Para analizar los resultados se analizaron un total de 83 artículos, de ellos 56 cumplieron los requisitos de inclusión y exclusión, así como no más de 6 años de vigencia

11.1 Principales factores de riesgo para los trastornos de alimentación en adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa

Los factores de riesgo para los trastornos de alimentación se engloban en 3 grandes grupos; biológicos, socioculturales y psicológicos (Bedoya González, 2015, Guías de Práctica Clínica Cataluña, 2011).

11.1 a. Factores Biológicos

a) Edad: En relación con la variable edad se va observando una mayor frecuencia de inicio de estos trastornos de alimentación en la edad adulta e infantil en un rango de edad estimado entre los 14 y 16 años, aunque pueden presentarse en mayores edades (Bdoya González, 2015, Portela de Santana, 2012).

b) Sexo: Dentro del análisis de los artículos, en relación con el factor de sexo, todos concuerdan en una relación proporcional de 10:1 mujer/hombre para padecer estos trastornos de alimentación (Guía de Práctica Clínica, Cataluña, Monterrosa Castro, 2012, Bedoya González, 2015).

c) Genética: se han documentado genes responsables que, sumados a factores ambientales y socioculturales, pueden estar relacionados con los trastornos de alimentación (Portela de Santana, 2012).

d) Antecedentes familiares de dichos trastornos según varias revisiones incluidas en la guía para detección temprana de trastornos de alimentación.

e) Obesidad y sobrepeso en la niñez y adolescencia: los niños con obesidad están expuestos a una condición que les exige una madurez anticipada de su identidad, lo que podría conducir a un conflicto y contribuir a una mayor insatisfacción y una imagen corporal pobre, con los consiguientes comportamientos alimentarios inapropiados y la posible aparición de TCA, así como al momento de la adolescencia (Portela de Santana, 2012).

e) Papel de la pubertad: se menciona según Portela de Santana 2012, “la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas”. Ante esto se presenta un modelo de presión por los ideales de belleza estructurados.

11.1.b Factores Socioculturales

a) Uso de Drogas y alcohol: Bisseto Pons, 2011, concluye en su estudio sobre drogas y trastorno de alimentación, que existe una relación con el uso de drogas y trastornos de alimentación, principalmente con la idea de suprimir el apetito.

b) Dietas para adelgazar y dietas restrictivas: Se valoró una publicación de Monterrosa Castro, 2012 y Portela de Santana 2012, los cuales en sus conclusiones denotan que el ser mujer, adolescente, tener percepción distorsionada de la imagen corporal y el uso de dietas para adelgazar y que fuesen restrictivas, eran los factores más vinculados con los trastornos de conducta alimentaria.

d) Influencia de los medios de comunicación: según comenta Portela de Santana 2012, “En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes”.

e) Factores Familiares: una revisión de Ruiz Martínez en 2013, mencionan la posible relación entre ciertos riesgos en relación con la dinámica familiar y relaciones padres e hijos como factor de riesgo, sin embargo, ante la heterogeneidad de las familias la revisión propone mayor investigación en relación con este tema, se documentó otra revisión en las guías de práctica clínica de Cataluña, 2011, donde resalta familias muy rígidas, exigentes, sobreprotectoras y familias destruidas (divorciadas) son factores de riesgo para padecer este tipo de trastorno.

f) Influencia de relaciones interpersonales: principalmente en círculos de relación entre amigos y padres, se pueden presentar presiones por ideales de belleza y perfección, ocasionando estrés y riesgo de un trastorno de alimentación. (Portela de Santana, 2012).

g) Aspectos transculturales: Los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas en esos países, parecen conformar un grupo de riesgo para la aparición de TCA, de acuerdo con el proceso de aculturación, niñas indígenas americanas, latino-americanas y niños indígenas americanos, hispanos y negros tenían tasas más altas de comportamientos asociados con las prácticas inadecuadas para perder peso que sus compañeros blancos no hispanos (Portela de Santana, 2012).

11.1.c Factores Psicológicos

a) Depresión y problemas de autoestima: La depresión y la baja autoestima son factores de riesgo vinculados a trastornos de alimentación. (Portela Santana, 2012).

b) Preocupación por ganancia de peso por la idealización de la delgadez: El miedo a engordar se presenta en el 71% de los niños y adolescentes con trastornos de alimentación, el 67% de ellos estaban preocupados por el peso y el 51% de la forma. (portela de Santana, 2012).

c) Insatisfacción con imagen corporal: Entre otros factores de riesgo se vincularon aquellas con mayor insatisfacción de su imagen corporal (Magañéz, 2015, Cristancho, 2015, Escoto, 2013).

Consuelo Escoto, 2013. Realizó una investigación con el fin de analizar el papel de la composición corporal, la insatisfacción corporal y el modelo de delgadez sobre el riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Participaron 289 estudiantes universitarias, quienes contestaron el Cuestionario de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal. Se encontró que 9.69% de las mujeres presentaron riesgo de TCA, siendo mayor el porcentaje entre las mujeres que tenían peso normal y cantidades excesivas de grasa corporal. La insatisfacción corporal predijo el riesgo de anorexia nerviosa, y la interacción entre insatisfacción corporal, influencia de la publicidad e índice de masa corporal predijo el riesgo de bulimia nerviosa. Concluyendo junto a los artículos específicos que estudian insatisfacción corporal, su papel relevante en la predicción de riesgo de TCA.

d) Distorsión de imagen corporal: Cristancho en (2015) realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, para identificar conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes de 10 a 16 años de un colegio privado mixto, localizado en Chía, Cundinamarca, municipio colombiano, con 68 estudiantes de ambos sexos; encontrando que el 13% de la población presentó conductas alimentarias de riesgo, con una mayor prevalencia en el género femenino y en el grupo de edad de 11 a 13 años. Entre estas conductas, prevalecieron: la preocupación por la delgadez y el peso ($p=0.05$); el temor al consumo de alimentos que engordan ($p=0.05$) y la preocupación y control por la comida ($p=0.05$) en cuanto a la percepción de la figura corporal se evidenció una distorsión de la imagen corporal (48,4%) con mayor incidencia en el género femenino.

e) Perfeccionismo: Entre otros estudios, Pamyés, 2014 encuentra que un factor como los adolescentes con alto perfeccionismo auto orientado, tiene mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

f) Otros factores psicológicos: entre otros se encuentran los trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad y de control de impulsos. (Guía d práctica clínica Cataluña, 2011).

G) Historias de abuso sexual, según indica Monterrosa, 2012.

Cuadro 7. Factores de Riesgo para trastornos de alimentación en adolescentes

Biológicos	Socioculturales	Psicológicos
Edad (adolescencia temprana o tardía. Sexo Femenino. Genética. Antecedentes familiares de trastornos alimentarios. Obesidad. Efectos de la Pubertad.	Uso de drogas y alcohol. Dietas extremas y restrictivas. Influencia de medios de comunicación. Factores familiares y sobreautoexigencia. Influencia de relaciones interpersonales. Aspectos transculturales.	Depresión y problemas de autoestima. Preocupación por ganancia de peso e idealización por delgadez. Insatisfacción por imagen corporal. Perfeccionismo. Trastornos de personalidad y afecto. Historias de abuso sexual.

11.2 Estrategias de tamizaje más empleadas para la detección temprana de los trastornos de alimentación en los adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Según indica Iñarritu Pérez, “Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los dos principales instrumentos para la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria; existen además otras mediciones relacionadas, como es la preocupación por la imagen corporal, el índice de masa corporal, la ingesta dietética, entre otras”. (Iñarritu Pérez, 2014).

Debe quedar en claro que los cuestionarios solo son indicadores de riesgo y al aplicarse y valorarse, en caso de ser positivo, se debe realizar una entrevista estructurada con la aplicación de las pruebas diagnósticas (Iñarritu Pérez, 2014).

Los cuestionarios de tamizaje más utilizados para la detección temprana de los trastornos de alimentación por anorexia y bulimia nerviosa son los siguientes:

11.2.a Cuestionario SCOFF

Creado por Morgan y Lacey en 1999. (Vela, 2014). Es un instrumento empleado para tamizar trastornos de la conducta alimentaria. Se diseñó para que fuese breve y sencillo, consta de 5 preguntas las cuales derivan de un acrónimo en inglés de la inicial de cada punto (Sick, Control, Out weight, Fat, Food). (Campo 2013).

Se le asigna un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación > 2 indica un caso probable de alguno de los trastornos de alimentación. (Iñarritu Pérez, 2014).

Según recomienda Iñarritu Pérez, 2014 y Monterrosa 2011; el SCOFF es un instrumento sencillo, fácil de recordar, aplicar y evaluar, ya que consta únicamente de cinco preguntas. Se puede aplicar de forma oral o escrita, con el fin de detectar conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria.

El cuestionario se encuentra disponible en el anexo 15.2.a.

11.2b Cuestionario EAT 40

Creada por Garner & Garfinkel en 1979 (Vela, 2014). Es una prueba para detectar patrones alimentarios, buscando síntomas de los trastornos alimentarios, Consta de 40 incisos (EAT-40), agrupados en grupos o variables como conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. (Iñarritu Pérez, 2014, Monterrosa, 2011, Paredes, 2011).

El cuestionario más conocido y ampliamente utilizado consta de 40 ítems sobre diferentes síntomas relacionados con AN, que se contestan en una escala Likert de 6 puntos, que se califican de 0 a 3 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”). El punto de corte son 30 puntos; no discrimina entre anorexia y bulimia nerviosa. (Iñarritu Pérez, 2014).

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.b.

11.2.c. Cuestionario EAT 26

Creado por Garner y cols en 1982 (Vela, 2014). Versión corta con 26 incisos (EAT-26); Ellos se contestan a través de una escala de seis puntos; se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento; Se considera sospechosa con un punto de corte mayor de 20 puntos para el EAT-26 (Iñárritu Pérez, 2014).

El EAT puede recomendarse como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA, así como evaluación del resultado de un tratamiento. (Monterrosa 2011, Vela, 2014, Iñárritu Pérez, 2014).

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.c.

11.2.d. Bulimia test (BULIT-T)

El BULIT fue desarrollado por Smith y Thelen en 1984. (Paredes, 2011). Consta de 36 incisos con cinco opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad o frecuencia, y se califican de 1 a 5. Para calcular la puntuación total se sugiere excluir cuatro ítems (7, 33, 34 y 36) que miden uso de laxantes, de diuréticos o amenorrea, debido a que son poco frecuentes entre la población en general. (Paredes, 2011, Monterrosa, 2011, Iñárritu Pérez, 2014).

Permite evaluar y detectar en la población riesgo de desarrollar síntomas de BN. Evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso. (Vela, 2014, Monterrosa, 2011).

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.d.

11.2.e. Bulimia Test – Revised (BULIT-R).

Thelen y colaboradores la reformaron en el año de 1991. El BULIT-R contiene 36 incisos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, pero tiene validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. (Iñarritu Pérez, 2014).

Detecta riesgo de desarrollar síntomas de BN. Evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso (Vela, 2014, Monterrosa, 2011).

Se evalúan de acuerdo con una escala de cinco puntos, de los 36 incisos, solo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 incisos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos. (Iñarritu Pérez, 2014, Monterrosa, 2011).

Puede utilizarse como una medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN. (Iñarritu Pérez, 2014).

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.e.

11.2.f. Bulimia Test of Edimburg (BITE)

Fue desarrollada por Henderson y Freeman en el año de 1987. (Iñarritu Pérez, 2014). Consta de 33 reactivos, 30 con un formato de respuesta dicotómico (No- Sí) que se califica con 0 y 1, mientras que los tres reactivos restantes tienen 5, 6 o 7 opciones de respuesta en escala tipo Likert y se califican de 1 a 5, 6 o 7, respectivamente. (Paredes, 2011).

Evalúan aspectos cognitivoconductuales de la BN, con énfasis en la medición del atracón (Vela, 2014). Con una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN, siendo la puntuación máxima de 30; y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas, valores entre cinco y diez son de intensidad significativa, mientras que valores mayores a diez son indicativos de gravedad. (Iñarritu Pérez, 2014).

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.f.

11.2.g. Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q)

Desarrollado por Fairburn y Beglin en el año de 1994. Es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar de oro para la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. (Iñarritu Pérez, 2014).

Se califica con una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno; Es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún trastorno de conducta alimentaria. (Iñarritu Pérez, 2014); aunque Vela, 2014, lo considera específico para medir sintomatología del paciente con bulimia nerviosa.

El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 15.2.g.

Cuadro 8. Características de los cuestionarios más empleados para detección de trastornos de alimentación en adolescentes

Siglas	SCOFF	EAT 40	EAT 26
Nombre	Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire.	Eating Attitudes test 40 items	Eating Attitudes test 26 items
Utilidad	Tamizaje.	Tamizaje.	Tamizaje.
Objetivos	Detección de trastornos de Conducta alimentaria.	Identificar problemas alimentarios.	Identificar problemas alimentarios.
Autores	Morgan, Reid y Lacey	Garner & Garfinkel	Garner & Colbs
Año	1999	1979	1982
Escalas	5 preguntas dicotómicas. El punto de corte utilizado 2 respuestas afirmativas.	Conductas bulímicas, Imagen corporal con tendencia a delgadez, Uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.	Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, y Control Oral.
Características	Fácil de aplicar.	40 ítems sobre	6 opciones de

	<p>Alternativa para tamizar grandes grupos de población</p> <p>Los casos positivos podrían estudiarse a profundidad por el profesional de atención primaria</p>	<p>diferentes síntomas relacionados con AN, que se contestan en una escala Likert de 6 puntos, punto de corte 30 pts. No discrimina entre AN y BN</p>	<p>respuesta. Todos los ítems son directos excepto ítem 25. El punto de corte considerado es 20 puntos.</p>
--	---	---	---

Siglas	BITE	BULLIT T	BULLIT R
Nombre	Bulimic Investigatory Test de Edimurgo	Bulimia Test	Bulimia Test Revised
Utilidad	Tamizaje de BN	Tamizaje de BN	Tamizaje de BN
Objetivos	Evalúan aspectos cognitivo conductuales de la BN, con énfasis en la medición del atracón.	Evalúa y detectar población riesgo de desarrollar BN. Evalúa aspectos de conducta por atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso.	Evalúa y detecta en la población riesgo de desarrollar BN. Evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso
Autores	Henderson y Freeman	Thelen y Colabs	Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith
Año	1987	1984	1991
Escalas	Síntomas y severidad.	Atracón, sentimientos negativos pos atracón y conductas compensatorias.	Atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias.

Características	33 incisos, respuesta dicotómico (No-Sí) se califica con 0 y 1, tres incisos restantes tienen 5, 6 o 7 opciones, se califican de 1 a 5, 6 o 7, respectivamente.	36 reactivos con cinco opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad o frecuencia, y se califican de 1 a 5. Para calcular la puntuación total se excluyen ocho ítems (7, 33, 34 y 36).	36 incisos. Para el cálculo de puntuación total se sugiere excluir ocho ítems (6,11,19,20,27,29,31).
------------------------	---	--	---

Siglas	EDE Q
Nombre	Eating Disorder Examination Questionarie
Utilidad	Tamizaje
Objetivos	Detección de trastornos de conducta alimentaria y severidad de síntomas bulímicos
Autores	Fairburn & Beglin
Año	1994
Escalas	Preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria
Características	Se califica por una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno

11.3 Valoración de la evidencia y posible confiabilidad de las estrategias de tamizaje más empleados para la detección temprana de los trastornos de alimentación en adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa.

11.3.a. Cuestionario SCOFF

Botella, en 2013 realizó un metaanálisis para estimar la exactitud diagnóstica del SCOFF. Los 15 estudios seleccionados representaron un total de 882 casos y 4350 controles. El criterio de inclusión fue que el estudio primario había proporcionado un SCOFF de 2 puntos. Dicho estudio concluyó que la sensibilidad es 88.2 y la especificidad 92.5 (odds ratio de diagnóstico, 92.19). Por lo cual la conclusión final fue una herramienta de evaluación útil, e instan a continuar procesos de investigación con esta herramienta.

Sánchez Armas, 2012. Examinó el desempeño psicométrico del SCOFF, con aspirantes mexicanos a una universidad (n = 3594, 55.7% mujeres, edad M = 18.1 años), completaron cuestionarios y una revisión médica. Las mujeres (24.2%) presentaron mayor riesgo de TCA (SCOFF > 2) que hombres (11.2%). Concluyeron que El SCOFF podría ser un tamizaje de TCA útil en México. Sin embargo, se requiere más investigación sobre su validez de criterio, sensibilidad y especificidad.

En Alemania se realizó un primer estudio para examinar las propiedades psicométricas de la versión alemana de la SCOFF en una muestra de población general. Reclutando (N = 2527) de la población alemana, de 14 a 95 años de edad. Las propiedades psicométricas se determinaron incluyendo fiabilidad, concurrencia, validez de construcción y la estructura de factores. Se evaluó además la prevalencia de comer desordenadamente. La prevalencia de trastornos

alimentarios en la población general fue del 10%. Utilizando el punto de corte establecido de ≥ 2 , los valores de precisión diagnóstica fueron 26% (sensibilidad), 97% (especificidad), 80% (valor predictivo positivo) y 74% (valor predictivo negativo). Debido a su baja sensibilidad y un alto porcentaje de falsos negativos, existen limitaciones en el uso de la versión alemana del SCOFF en muestras de población general con amplios rangos de edad.

Liu CY et al, 2013 realizaron un estudio de tamizaje del SCOFF en una consulta de psiquiatría ambulatoria aplicando el test a 605 hombres y 936 mujeres, de 18 a 45 años, más una entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-TR, se encontraron valores de corte entre los hombres (sensibilidad 86% y especificidad 74%) y mujeres (sensibilidad 80% y especificidad 86%), respectivamente. La edad no afectó significativamente los índices de validez aunque obtuvo mala respuesta en hombres obesos.

Hansson en 2015 presentó un estudio para validar el SCOFF, con una muestra de 1.265 adolescentes suecos (51.6% de las niñas) completando los cuestionarios de auto-reporte utilizando el cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q) como estándar de referencia. Mostrando resultados poco concluyentes en cuanto a si SCOFF debe considerarse como una escala completa, desafiando el uso de SCOFF en una población adolescente en general.

Según Pannochia, 2011, la versión Italiana del SCOFF es una herramienta rápida y útil para el diagnóstico de los trastornos de alimentación.

Campo Arias 2014, en Colombia realizó un estudio con el fin, de conocer la consistencia interna del cuestionario SCOFF en adolescentes estudiantes, de un colegio ubicado en un sector de estrato bajo de Cartagena, Colombia.

La muestra incluye 416 adolescentes entre 13 y 17 años, 208 estudiantes mujeres (edad promedio 14.6 años) y 208 varones (edad promedio 14.8 años), completaron el cuestionario SCOFF. Concluyendo que la consistencia interna del SCOFF es baja en adolescentes, mujeres y varones, de estrato bajo de esta ciudad. Es necesario contar con un instrumento de mejores propiedades psicométricas en esta población.

11.3.b. Cuestionario EAT 40

Peláez Fernández en 2014, realizó un análisis con el fin de validar un punto de corte y utilidad de EAT 40; en su versión española, para el tamizaje de los trastornos de alimentación; realizó un estudio observacional transversal; administrando la escala a 1543 estudiantes; de ambos sexos entre los 12 y 21 años; entrevistando posteriormente a 602 participantes con probables casos de trastornos de alimentación; encontrando el punto de corte en 21 puntos; una sensibilidad del 88,2%, una especificidad del 62,1%, Un valor predictivo positivo del 17,7% y un valor predictivo negativo del 62,1%. Se concluyó que el EAT-40, utiliza un punto de corte de 21, es un instrumento de cribado adecuado de casos de TCA en la población española.

Prado Calderón realizó una investigación con el fin de analizar la validez y confiabilidad del EAT 40 en Costa Rica en el año 2014, se hicieron 3 estudios; en el primer estudio se adaptó el EAT-40 al léxico costarricense y se aplicó a 594 adolescentes. Se obtuvo un alfa de Cronbach de .87. Identificando el riesgo mayor en mujeres (18.6%) que en hombres (7.4%) para padecer un trastorno de conducta alimentaria. En el segundo estudio se compararon las puntuaciones de mujeres con TCA (n = 19) y sin él (n = 533). Obteniendo buenas propiedades de discriminación a partir de los puntajes de corte de 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%) y de 20 (sensibilidad 73.7%, especificidad 71.8).

Salazar Mora en el 2014, analizó la validez discriminante del Eating Attitudes Test (EAT-40) mediante la Teoría de Respuesta al Ítem y su modelo de un parámetro, conocido como modelo de Rasch; para este estudio se aplicó la versión española del instrumento (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991), a una muestra de 556 mujeres del área metropolitana de Costa Rica, con una edad promedio de 17.66 años (DE = 6.65). Para aumentar la variabilidad de las puntuaciones, la muestra estuvo compuesta por estudiantes de colegio (n = 391, 70.3%), de universidad (n = 120, 21.6%), de academias de ballet (n = 26, 4.7%) y pacientes hospitalizadas por bulimia nerviosa o anorexia nerviosa (n = 19, 3.4%). Mediante el modelo de Rasch, el análisis del mapeo de dificultad, y el análisis de las curvas características de los ítems y de la prueba completa, se obtuvo evidencia consistente de la capacidad de los ítems del EAT-40 para discriminar entre personas con y sin riesgo de TCA.

La misma Salazar Mora, en el 2012, analizó la estructura factorial y la confiabilidad del Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) para examinar su efectividad para la detección de personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA: anorexia y bulimia). En el estudio participaron 569 mujeres entre los 10 y los 39 años de edad con y sin diagnóstico de TCA (n = 19, n = 533, respectivamente), quienes llenaron el cuestionario EAT40. Los resultados fueron satisfactorios a nivel de la estructura factorial (tres factores) y alfa de Cronbach ($\alpha = .889$); asimismo, se obtuvieron buenas propiedades de discriminación a partir de los puntos de corte de 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%) y de 20 (sensibilidad 73.7%, especificidad 71.8%) y se evidenció que el EAT-40 diferencia entre personas con y sin diagnóstico de TCA.

Existe una versión española adaptada y validada por Castro J, et al. 1991 en un grupo de AN y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30, recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86%. Otro estudio realizado, y en cual se situó el punto de corte

en 20 puntos o más, se obtuvo la mejor predicción diagnóstica (sensibilidad del 73% y especificidad del 85%). El VPP fue del 20% y el valor predictivo negativo (VPN) del 98% (trastorno de conducta alimentaria, 2013).

Propiedades Psicométricas según Monterrosa, 2012: dieta, bulimia y preocupación por la comida, control oral y total; $\alpha = 0,90, 0,84, 0,83$ y $0,93$ respectivamente. Adecuada confiabilidad y validez (0,61). Sensibilidad = 91% y especificidad = 69

11.3.c. Cuestionario EAT 26

Constain 2013, evaluó la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria en la población femenina mediante un estudio observacional de validación de pruebas; contó con 25 mujeres con edades entre los 15 y 25 años que cumplían diagnóstico de bulimia y anorexia con criterios DSM IV con 111 controles sin diagnóstico de trastorno de alimentación, como resultados se obtiene que en el EAT-26, el Alfa de Cronbach fue de 92,1%, y el mejor valor de corte, el de 11 y más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 85,6%). Se llega a la conclusión que este cuestionario tiene excelente sensibilidad y especificidad.

Posteriormente, el mismo Constain en 2016, realizó otro estudio donde evaluó la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria, esta vez en la población masculina; mediante un estudio observacional de validación de pruebas, con una muestra de 21 hombres con diagnóstico de trastorno de alimentación versus 93 controles; encontrando un Alfa de Cronbach de 0.89 y el mejor valor de corte, con

20 pts y (sensibilidad del 100% y especificidad del 97.8,%), valor predictivo positivo de 91.3% y el valor predictivo negativo del 100%.

Gayou Esteva, 2013 publicó una revisión de tipo investigativa en secundarias públicas de la localidad de Santiago de Querétaro, con el objetivo de identificar el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria entre adolescentes mujeres y varones. La muestra estuvo compuesta por 435 estudiantes (224 mujeres y 211 varones) con una edad promedio de 13.83 años (DE=.72). El instrumento empleado fue una versión del cuestionario EAT-26 adaptada y validada. Se recomienda implementar estudios a dos fases, con muestras estadísticas integradas por mujeres y varones y la validación con población mexicana, de la versión del EAT-26 empleada para la presente investigación.

Según Monterrosa 2012, presenta adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha=0,86$)

11.3.d. Cuestionario BITE

Barrantes Umaña en 2015, realizó un estudio en Costa Rica con el fin de conocer las propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo en población adolescente escolarizada de Palmares, Costa Rica. El instrumento se aplicó a un grupo de 200 estudiantes, de los cuales 113 (56,5%) eran mujeres, 86 (43%) hombres y una persona no indicó su sexo (0,5%). Fueron seleccionados aleatoriamente y contaban con una edad media de $M=14,09$ años, con una desviación estándar de $SD=1,07$. En relación con los resultados mostraron un índice Alfa de Cronbach de $\alpha=0,86$ en la subescala de sintomatología y $\alpha=0,75$ en la subescala de gravedad. El análisis de confiabilidad Spermán y Brown es de 0,82. Además, la prueba de significancia de esfericidad de Barlett dio altamente

significativa ($p < .001$), con un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,71. Al final de dicho estudio se comprobó la validez estadística para la detección de síntomas bulímicos y gravedad de la bulimia nerviosa.

Franco Paredes, 2014 en su revisión describe una adaptación y validación para México de la versión en español del BITE (Rivas, Bersabé & Jiménez, 2004), quienes trabajaron con muestras comunitarias provenientes de dos estados: Jalisco ($n = 172$) y Sonora ($n = 159$), y con una muestra de 73 mujeres diagnosticadas con TCA (BN = 23 y TPA = 50). Se encontró que 25 de los 33 reactivos obtuvieron correlaciones mayores a .30 con la puntuación total del instrumento en las tres muestras (Jalisco, Sonora y clínica); mientras que la consistencia interna fue Alpha = .85 en las mujeres de Jalisco, .90 en las de Sonora y .83 en la muestra clínica. La puntuación total del BITE diferenció entre la muestra clínica y comunitaria en la dirección esperada. Al analizar la predicción diagnóstica, se identificó que 21 fue el punto de corte conveniente para el total del instrumento, 5 para la subescala Síntomas y 6 para la subescala Severidad, con porcentajes adecuados de sensibilidad (84, 88 y 71, respectivamente) y especificidad (83, 86 y 63, respectivamente). Los hallazgos obtenidos mostraron que la consistencia interna del instrumento fue adecuada y que existe evidencia favorable respecto a su validez.

La ficha técnica de la Universidad de Madrid, la fiabilidad en la escala de síntomas es de 0.96 y para la escala de gravedad es de 0.62; con alta consistencia interna, por lo cual indican la confianza de dicho test para valoración de síntomas y screening de bulimia.

Según Monterrosa, las subescalas para las áreas de evaluación, muestran en total, síntomas y severidad $\alpha = 0,85, 0,96$ y $0,62$; Sensibilidad = 84, 88 y 71 y Especificidad = 83, 86 y 63 respectivamente.

La Guía de práctica clínica española la describe como una escala muy confiable con 100% en sensibilidad, especificidad y VPP.

11.3.e. Cuestionario BULLIIT T y BULLIT R

Según se describe en la guía de trastorno de conducta alimentaria 2013, con un punto de corte de 102 o más, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron 95%, 98%, 91% y 99%, respectivamente; además, se destacó su utilidad para identificar casos de BN y cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos.

La revista Mexicana de trastornos de alimentación 2011, publicó el estudio donde los creadores Smith y Thelen desarrollaron un estudio con base en cuatro fases.

En las dos primeras se construyó el instrumento y se propuso el punto de corte de 102, el cual clasificó correctamente entre mujeres con BN (n = 20) y control (n = 92), con valores superiores a 90% en especificidad y sensibilidad.

En la tercera fase se encontró que, de acuerdo con el punto de corte de 102, 4% de las mujeres presentaron riesgo de BN. En la cuarta fase se evaluó la confiabilidad test-retest a dos meses y se encontró una correlación de $r = .87$ entre las puntuaciones. Los hallazgos de este estudio evidenciaron que el BULLIT es un instrumento confiable y válido para identificar individuos en riesgo de BN entre la población general, ya que evalúa aspectos de la conducta de atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso.

En México, Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), adaptaron y validaron la versión en español del BULIT (Mora, 1992). Para ello realizaron un estudio con dos fases, en la primera participaron 2168 mujeres y en la segunda 35 mujeres que cumplían criterios para BN o TCANE relacionado con BN, de acuerdo al DMS-IV (APA, 1994), y 35 mujeres control. La consistencia interna del BULIT para la muestra clínica fue $\text{Alpha} = .88$ en la primera fase y $.84$ en la segunda. Asimismo, se encontró que todos los reactivos del instrumento correlacionaron significativamente con la puntuación total. El AFE realizado en la primera fase derivó tres factores que agruparon 22 reactivos y explicaron 33.2% de la varianza total: atracción ($\text{Alpha} = .85$), sentimientos negativos posteriores al atracción ($\text{Alpha} = .82$) y conductas compensatorias ($\text{Alpha} = .58$), resultando insatisfactoria la consistencia interna de este último factor; además, tanto la puntuación total como los factores diferenciaron entre las mujeres con TCA y las “mujeres control”. Finalmente, en un estudio paralelo, Álvarez (2000), propuso el punto de corte de 85 (especificidad = 97% y sensibilidad = 79%). En conclusión, el BULIT mostró ser confiable y válido para la detección oportuna de personas en riesgo de presentar o desarrollar síntomas de BN.

Monterrosa, en 2012 describió para el cuestionario un punto de corte de 102, ofrece sensibilidad del 95%, especificidad del 98%, VPP del 91% y VPN del 99%.

Según describe Vela, 2014, los valores del cuestionario representan | atracción, sentimientos negativos posteriores al atracción y conductas compensatorias, $\alpha = 0,85, 0,82, 0,58$ respectivamente. Especificidad = 97% y sensibilidad = 79%. Adecuada fiabilidad y validez.

En el caso del Bullit R, Monterrosa 2012 lo describe de la siguiente manera: "Tiene similar validez (27), adecuada correlación con la escala inicial ($r=0.99$), aunque es más utilizada la original".

Valores superiores a 90% en especificidad y sensibilidad. Fiabilidad = 0,83-0,95. CI: $\alpha= 0,92-0,98$ (Vela, 2014). Según la universidad de Madrid presenta una consistencia interna de 0.92 a 0.98.

11.3.f. Cuestionario EDEQ

Kelly C. Berg, 2011, realizó un estudio para revisar sistemáticamente la confiabilidad del cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q) y examinar la validez de su uso como medidas de los síntomas del trastorno alimentario; encontrando 10 estudios que examinaron la psicometría de la EDE-Q; se llegó a la conclusión y a su fiabilidad, aunque instan a continuar con investigaciones adicionales.

Monterrosa, Castro 2012, publica que Mond et al validaron la escala en Australia con la participación de mujeres con edades entre 18 y 45 años. El estudio tuvo dos fases, en la primera se aplicó a 802 mujeres el EDE-Q. En la segunda fase se utilizó en 308 mujeres la escala EDE. En las dos fases participaron 208 mujeres. A las participantes no se les informó qué preguntas del cuestionario EDE-Q se las repetirían al aplicar la entrevista semiestructurada EDE. 195 mujeres lograron responder de manera coherente ambas escalas. El estudio demostró sensibilidad del 83%, especificidad de 96% y valor predictivo positivo (VPP) del 56%, se identificaron más casos en riesgo a través del EDE-Q que del EDE. La validación de la escala en español fue realizada por Eldera y Grilo (20) con la participación de setenta y siete mujeres latinas provenientes de Puerto

Rico, Cuba, República Dominicana, Colombia, Bolivia, Venezuela, Argentina, Chile, y El Salvador. El estudio mostró resultados muy similares a los publicados por Mond.

Cuadro 9. Propiedades Psicométricas de los Cuestionarios.

Cuestionario	SCOFF	EAT 40	EAT 26
Sensibilidad	80 a 88.2%	73 a 78%	100%
Especificidad	80 a 92.5%	85.8 a 86%	85.6 a 97.8%
Valor Predictivo P	80%	20%	91%
Valor Predictivo N	74%	98%	100%
Alfa de Cronbach	0.43	0.87	0.92

Cuestionario	BITE	BULLIT	BULLIT R
Sensibilidad	100%	95%	91%
Especificidad	100%	98%	96%
Valor Predictivo P	100%	91%	81%
Valor Predictivo N	98%	99%	98%
Alfa de Cronbach	0.86	0.89	0.92

Cuestionario	EDE Q
Sensibilidad	83 a 96%
Especificidad	96%
Valor Predictivo P	56%
Valor Predictivo N	99,6
Alfa de Cronbach	0.74

12. Discusión

Para realizar dicho trabajo de revisión se encontraron 83 artículos y publicaciones, de los cuales 56 cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión.

Se analizó como los trastornos de conducta alimentaria son un grupo de patologías con un fuerte componente psicológico relacionado con un temor profundo a la ganancia de peso y distorsión de la imagen corporal, en un contexto de riesgo social que enfrentan los adolescentes, entre ellos las falsas ideas de belleza, el estrés, la presión social y la necesidad de aceptación que el mundo exige, en una etapa de la vida donde se forma el carácter, la personalidad y el futuro de la persona; por lo cual es más susceptible a padecer dicha condición.

Las repercusiones psicológicas, físicas entre las que se encuentran lesiones en cavidad oral, trastornos y arritmias cardiacos, electrolitos; así como las disfunciones familiares y sociales por los trastornos de conducta alimentaria son sumamente severos poniendo en peligro la vida del paciente.

Los trastornos de alimentación demandan un costo elevado de recursos económicos y humanos; así como una tasa de recurrencia muy alta; ante esto el diagnóstico temprano y la prevención contra este grupo de patologías hace que el profesional en salud esté siempre atento con el fin de identificar conductas y patrones de riesgo, que le hagan comprometerse e investigar un posible caso no diagnosticado o en etapa temprana; muchos de estos pacientes no llegarán por su voluntad a solicitar ayuda y el médico de familia, al ser un especialista integral, puede captar poblaciones en riesgo para aplicar escalas de valoración y tamizaje.

Aunque existen muchos tipos y formas de presentación de los trastornos de alimentación, los más frecuentes son la anorexia y la bulimia nerviosa.

Se describió como anorexia nerviosa a aquel trastorno de alimentación caracterizado por una restricción en el consumo de alimentos o una excesiva obsesión por perder y controlar el peso que posee; en su caso, la bulimia se caracteriza por altas demandas de consumo de alimentos en forma desmedida en relación con el tiempo y espacio, con posterior mecanismo compensatorio, el cual difiere de la anorexia nerviosa.

Cabe recordar el pobre arsenal terapéutico efectivo contra este tipo de patologías y como la psicoterapia y la terapia cognitiva conductual son parte importante del tratamiento de estas patologías.

Dentro de los objetivos destacaban detectar los factores de riesgo encontrados en las revisiones y artículos concernientes al tema; detectando con mucha consistencia factores vinculantes como el sexo, en este caso el ser mujer; este factor es muy notorio y mencionado en todas las revisiones con proporciones sumamente altas en relación con los hombres con posible relación con los conceptos de belleza y estrés social al cual están sometidas en relación con el hombre adolescente, principalmente por factores hormonales y psicológicos a los cuales están sometidos, así como la dificultad para la resolución de conflictos, ideas excesivas de dieta, preocupación por el peso y autoexigencia en actividades académicas y personales eran de los factores más estudiados y vinculados con estas patologías; entre otros como personalidad, problemas afectivos y las historias de abuso y uso de drogas, alcohol y tabaco, también se tenía amplia información bibliográfica.

Se tiene claro como en la adolescencia los factores hormonales, psicológicos, familiares y genéticos hacen que en este grupo principalmente las mujeres padezcan este tipo de patologías.

Se debe mantener especial atención pues aunque se detecten factores de riesgo, los trastornos de conducta alimentaria son tan diversos en su forma de presentación que podrían escaparse a los factores descritos dentro de la literatura lo cual puede complicar su diagnóstico y tamizaje.

Entre los factores sin franca vinculación se encuentran la económica, condiciones de vivienda, entre otras.

Se concluyó que los países económicamente más desarrollados si tienen mayor incidencia en este tipo de patologías.

Otro de los objetivos por alcanzar era conocer las escalas de tamizaje más utilizadas para el tamizaje de los trastornos de alimentación, encontrando gran cantidad de escalas e información, las cuales evalúan aspectos diversos tanto cognitivos como conductuales, sin embargo, no todas son de tamizaje; debe quedar claro que estas entrevistas no son diagnósticas como tal; para ello se debe abordar con entrevistas estructuradas y otros métodos diagnósticos como el DSM-V en este momento aunque muchos de los cuestionarios y normas trabajaron con DSM-IV Y III; estas escalas solo buscan detectar adolescentes en riesgo para la detección temprana de un posible trastorno de conducta alimentaria.

Mediante una búsqueda de los mismos y con los objetivos de ser escalas de tamizaje para trastornos de alimentación como anorexia y bulimia se

escogieron 6 cuestionarios para los cuales se valoraron aspectos como creación, objetivos, así como su forma de aplicación y calificación.

Dentro de las escalas se encuentra el SCOFF la cual es una escala famosa de tamizaje para trastornos de alimentación, con muchas ventajas entre ellas lo corto, rápido y fácil de aplicar; inclusive hasta de aplicación oral, el cual llamó poderosamente la atención, al investigarse existe información que le apoya aunque otra no le da la misma confianza, principalmente versiones que otros países han hecho de ella como el caso de Alemania y dentro de los valores psicométricos tiene una fiabilidad baja según el alfa de Cronbach, sensibilidad y especificidad mediana adecuada.

Aún con todo esto en un modelo de atención como el nuestro el cual el tiempo por paciente en realidad es poco, una escala como ella podría ser una opción de tamizaje para aquellos adolescentes que sean pacientes o hasta acompañantes en la consulta de su acompañante, en caso de alguna duda se podría citar a dicho paciente con más tiempo para aplicar otras escalas de tamizaje con mayor confianza y tener la posibilidad de tamizar más adecuadamente a ese adolescente.

Otra de las escalas valoradas fue la EAT 40, la cual es una escala bastante completa, que valora aspectos más amplios de los trastornos de alimentación en relación con lo que el SCOFF puede ofrecer como conductas bulímicas, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, entre otras. En relación con sus propiedades psicométricas posee una adecuada fiabilidad, sin embargo, en relación con la sensibilidad no es tan alta; además su otra complicación es lo largo y tediosa para su aplicación en relación con el poco tiempo que se cuenta por paciente y más aún la existencia de otra escala muy

similar a ella pero en una versión abreviada la cual la literatura revisada le da excelentes valores psicométricos, es más sencilla más efectiva para su aplicación.

La escala EAT 26 fue una versión más corta y concisa de la escala EAT 40, la cual sin importar ser una escala más corta presenta unos valores psicométricos muy adecuados en relación con las escalas valoradas; lastimosamente no se encontró un estudio que comparara ambas escalas; aunque por la información encontrada brinda mayor seguridad la escala EAT 26 y para los usos de nuestra seguridad social y los tiempos de consulta es una arma más factible de aplicar aunque si requerirá de cierto tiempo mayor que el caso de SCOFF; es una escala que se podría aplicar en casos de dudas al aplicarse el SCOFF o si se dispone de mayor tiempo para el mismo objetivo.

En pocos artículos se describió ésta escala como propia para la anorexia nerviosa, sin embargo, mucha de la información obtenida si la describe como general por lo que la consideración final es que se aplique en forma general; se deja claro que no existe una escala propia para la anorexia nerviosa, caso contrario para la bulimia nerviosa que si dispone de escalas de tamizaje propias para este trastorno.

Dentro de las escalas evaluadas encontramos la escala de BITE también conocida como Edimburgo; ella aborda aspectos cognitivos y conductuales de la bulimia nerviosa; además tiene la posibilidad de medir intensidad y respuesta al tratamiento.

Por lo descrito en la literatura y artículos de revisión, este cuestionario es ampliamente utilizado y reconocido a nivel mundial con valores psicométricos

bastantes adecuados por lo cual su uso de tamizaje y control de bulimia nerviosa es ampliamente recomendado por los estudios y por esta revisión.

Es claro que la escala BITE así como BULLIT TY BULLIT R son específicas para personas con sospecha de bulimia nerviosa.

El BULLIT T fue otra escala valorada la cual hace mucha referencia hacia la frecuencia e intensidad de los síntomas bulímicos en aquellas pacientes con alto riesgo para desarrollar bulimia nerviosa; un punto importante no valorado en otras de las escalas anteriores es que mide parte de afecto.

Según lo revisado en valores psicométricos posee excelentes propiedades lo cual hace una escala confiable para su aplicación; sin embargo, al no ser una escala rápida se debe disponer de tiempo en consulta para su posible aplicación.

Posteriormente se hizo una versión conocida como BULLIT R la cual los creadores la revisaron y modificaron con patrones muy similares a la previa gozando también de medidas psicométricas bastante adecuadas; puede ser otra excelente opción para el control de bulimia, respuesta al tratamiento y tamizaje para bulimia nerviosa.

Por último, se describió la escala EDE Q la cual tuvo diferencias entre la literatura encontrada pues algunos la mencionan para tamizaje de bulimia nerviosa y otras revisiones la nombran como tamizaje en general llegando a la conclusión de su utilidad en ambos casos aunque con mayor tendencia hacia los síntomas bulímicos; otro autor en forma aislada lo colocó como estándar de oro para

detección de posibles trastornos de alimentación aunque me apoyaría más en el EAT 26 para dicho mérito.

Como discusión en general, si se dispone de varios cuestionarios de tamizaje para trastornos de alimentación, unos generales y otros más específicos para la bulimia nerviosa, la revisión da bastante satisfacción en relación con las propiedades psicométricas y llena las expectativas surgidas al inicio de esta revisión.

Llama la atención que muchas fuentes bibliográficas recomiendan continuar con estudios de investigación y sería interesante encontrar estudios comparativos aunque es muy complejo puesto que las escalas como tal no valoran las mismas condiciones y objetivos, sería interesante ampliar esa investigación.

Se debe tomar en cuenta que estas escalas toman como referencia al DSM-III, Y DSM-IV, no se encuentra ninguna referencia actual con la escala DS-V, por lo cual sería importante realizar estudios con esta nueva guía.

Sería importante poder aplicar estas escalas en nuestro país y en algún momento poder hacer una investigación de efectividad, inclusive hasta valorar readec9uar la escala para Costa Rica como en otros países.

13. Conclusiones y Recomendaciones

13.a. Conclusiones

1. Los trastornos de conducta alimentaria son un grupo de patologías con un fuerte componente psicológico relacionado con un temor profundo a la ganancia de peso y distorsión de la imagen corporal.
2. Existen tipos y formas de presentación de los trastornos de alimentación, los más frecuentes son la anorexia y la bulimia nerviosa.
3. Los adolescentes son un grupo de riesgo principalmente influenciados por factores biológicos, psicosociales y psicológicos.
4. Las repercusiones físicas, psicológicas, familiares y sociales son severas y ponen en riesgo la vida, tienen un alto costo económico y humano en su atención y presentan alto riesgo de recaídas.
5. Dentro de las herramientas para detección temprana de los trastornos de alimentación se encuentran los cuestionarios de tamizaje los cuales detectan población en riesgo, no son diagnósticos.
6. Existen 6 escalas para la detección temprana de trastornos de alimentación entre ellas SCOFF, EAT 40, EAT 26 y EDEQ para detección de trastornos de alimentación en caso de anorexia y bulimia nerviosa. BITE, BULLI T, BULLIT R para bulimia nerviosa específicamente.

7. La escala SCOFF una escala que podría ser una opción de tamizaje para aquellos adolescentes que sean pacientes o acompañantes, es fácil y rápida de aplicar; aunque sus valores psicométricos no son los mejores.

8. La escala EAT 40 es una escala que demanda mucho tiempo en aplicarse, su sensibilidad es baja.

9. La escala EAT 26 es una versión abreviada de la EAT 40 con excelentes parámetros psicométricos, demanda menos tiempo en aplicarse y puede ser una excelente opción de tamizaje para trastornos de alimentación en adolescentes.

10. La escala de Edimburgo es una escala adecuada con buenos parámetros psicométricos los cuales pueden ser utilizados para evaluar aspectos cognitivo conductuales y la medición del atracón; así como una escala de tamizaje para la detección de la bulimia nerviosa en adolescentes.

11. Las escalas BULLIT Y BULLIT R son escalas con adecuados parámetros psicométricos para evaluar la respuesta al tratamiento y tamizaje para detección de pacientes con sospecha de bulimia nerviosa en adolescentes.

12. La escala EDEQ es una escala bastante adecuada para detección general de los trastornos de alimentación como anorexia y bulimia nerviosa en adolescentes.

13. No existen revisiones recientes que tomen o involucren la nueva guía para detección de trastornos psiquiátricos de la asociación americana de psiquiatría DSM-V.

13.b. Recomendaciones para la aplicación a nivel Institucional (CCSS)

1. Concienciar, sensibilizar y educar al personal de salud, principalmente a los médicos de atención primaria, sobre la importancia de la detección temprana de los trastornos de alimentación en adolescentes.

2. Trabajar actitudes negativas y pensamientos discriminantes contra los adolescentes con trastornos de alimentación que sufren por el sector salud, familia y sociedad.

3. Implementar la utilización de los cuestionarios para detección temprana de conductas alimentarias en consultorios de medicina general y especialmente medicina familiar.

4. Incrementar el trabajo y la relación con otros profesionales del sector salud entre ellos enfermeras, psicólogos, trabajo social nutrición con el fin de lograr un trabajo multidisciplinario no solo al momento de la detección sino también al momento del manejo del paciente.

5. En caso de no poder tener un sistema de trabajo multidisciplinario, mejorar redes de apoyo, referencias y tiempos de espera con otros especialistas para el abordaje oportuno del o la adolescente.

6. Incentivar al médico de familia para que aumente su área de investigación y se logre manejar información actualizada en referencia con este tema.

7. Poder en algún momento manejar una versión de las escalas propias de nuestro país, adaptada a nuestro idioma e idiosincrasia.

14. Bibliografía

1. María del Mar Perilla Quintero, *Anorexia nerviosa en adolescentes*, revisión teórica, (2012).
2. Ma. Eugenia A. Ibarzábal-Ávil, *Anorexia nerviosa: revisión de las consideraciones generales Anorexia nerviosa: a review*. (2015).
3. Andrea Ladines F, *Perfil del adolescente con trastornos de conducta alimentaria; anorexia y bulimia*, (2012).
4. María Guadalupe Pool López / *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimia y anorexia*. Estudio Preliminar. (2016).
5. Kolar, David R; Rodriguez, Dania L. Mejía; Chams, *Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis*. (2016).
6. Ninoshka Camarillo Ocho, *Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes*. (2013).
7. Ursula Gayou-Esteva, *Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro*. (2014).
8. Zaida Salazar Mory, *Analysis of the discriminant validity of the eating attitudes test through the rasch model*. (2014).
9. Jorge Esteban Prado Calderón y Zaida Salazar Mora, Paper Presentation: *Validity and Reliability of the Eating Attitudes Test in Costa Rica*. (2014).

10. Gustavo A. Constaín, *Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia.* (2013).
11. Alejandro Martínez Rodríguez, *Eating disorders and diet management in contact sports; EAT-26 questionnaire does not seem appropriate to evaluate eating disorders in sports.* (2015).
12. Gustavo A. Constaín, *Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población Maculina de Medellín, Colombia.* (2016).
13. María Ángeles Peláez Fernández, *Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general.* (2014).
14. Jokin de Irala, *Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general.* (2012).
15. Belon KE, McLaughlin EA, Smith JE, Bryan AD, Witkiewitz K, Lash DN, Winn JL. *Testing the measurement invariance of the Eating Disorder Inventory in nonclinical samples of Hispanic and Caucasian women.* (2012).
16. Beatriz Barrantes Umaña, *Psychometric properties of the Bulimia Investigatory Test Edinburgh (BITE) in adolescent students of Palmares.* (2015).
17. Lina María Hernández Cortés, *Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios.* (2013).

18. Kelly C. Berg PhD, *Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature.* (2012).
19. Adalberto Campo Arias, *cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta Alimentaria: consistencia interna en estudiantes de un colegio de Cartagena, Colombia.* (2013).
20. Juan Botella, Ana Rosa Sepúlveda, Huiling Huang and Hilda Gambará, *A Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the SCOFF.* (2013).
21. Omar Sánchez Armas, *Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample.* (2012).
22. Liu CY, Tseng MC, Chen KY, Chang CH, Liao SC, Chen HC, *Sex difference in using the SCOFF questionnaire to identify eating disorder patients at a psychiatric outpatient clinic.* (2013).
23. Francesca Solmi, *Validation of the SCOFF Questionnaire for Eating Disorders in a Multiethnic General Population Sample.* (2015).
24. Erika Hansson, *SCOFF in a general swedish adolescent population.* (2015).
25. Aoun A, Azzam J, Jabbour FE, Hlais S, Daham D, Amm CE, Honein K, Déchelotte P, *Validation of the Arabic version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders.* (2014).
26. Linda Pannocchia, *A Psychometric Exploration of an Italian Translation of the SCOFF Questionnaire.* (2011).

27. Germán Eduardo Rueda Jaime, *Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes*. (2012).
28. Mariela Borda Pérez, *Bulimia and associated risk factors in school adolescents of 14 - 18 years of Barranquilla, Colombia*. (2015).
29. Margarita Magallanes, *Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en secundaria privada*. (2015).
30. David Bisetto Pons, *Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente*. (2011).
31. Paula Camila Cristancho Alfonso, *Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un Colegio privado, Chía, Colombia*. (2015).
32. Karina Franco, *Predictors of risk for eating disorders in women*. (2013).
33. Monterrosa Castro Álvaro, *Risk factors for eating disorders*. (2012).
34. Lidia Pamies, *Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros*. (2014).
35. Karina María Bedoya González. *Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes*. (2015)
36. M. L. Portela de Santana. *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. (2013).

37. Ana Olivia Ruíz Martínez, *Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión*, (2013).
38. Rosa Behara, *DSM-V and eating disorders*. (2014).
39. Lauren Phillips, *Eating Disorders and Spirituality in College Students*. (2014).
40. Belén Leyva Vela, *Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos*. (2014).
41. Monterrosa Castro Álvaro, Boneu Yépez Deiby John, Muñoz Méndez José Thomas, Almanza Obredor Pedro Enrique, *Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo* (2012).
42. María del Carmen Iñarritu Pérez, *Instrumentos de evaluación para trastornos de conducta alimentaria*. (2012).
43. Zaida Salazar Mora, *The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidences of its validity and reliability*. (2012).
44. María Diéguez, *Trastornos de conducta alimentaria*. (2013).
45. Ietza Bojorquez, *Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México*. (2013).
46. C. Maganto, *Programa preventivo sobre trastornos de alimentación*. (2013).

47. Cetraro, Paola, *Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes*. (2011).
48. Grisel, Chacón-Quintero, *Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios*. (2016).
49. Raquel Vaquero Cristóbal, *Imagen corporal; revisión bibliográfica*. (2013).
50. Felipe de Jesús Díaz, *Predictors of risk for eating disorders in women*. (2013).
51. Leticia Moral Iglesias, *Trastornos del comportamiento alimentario*. (2012).
52. Stacy A Trent, *ED management of patients with eating disorders*. (2012).
53. Pereira, Colombia Marly Johana Bahamón *Bulimia and coping strategies in adolescents schooling of the city of Pereira, Colombia*. (2011).
54. Albornoz M. Delia, *Cognitive behavioral therapy in nervous bulimia*. (2011).
55. David Bisetto Pons, *Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente*. (2012).
56. Franco Paredes, *Eating disorders questionnaires validated in Mexican women: A review of the literature*, (2011).

15. Anexos

15.1 Matriz con referencias bibliográficas

bibliográfica	Artículo		Muestra	de recolección de datos	categorias			conclusiones
Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones clínicas. Anorexia nervosa: a review. Eugenia A. Arzabal-Ávila 2015	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.	creación de conocimiento sobre esta área es necesaria para que los médicos y el personal del sector salud consideren a la anorexia nervosa como una enfermedad psiquiátrica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Trastornos de la conducta alimentaria, bulimia y anorexia nerviosa, estudio preliminar María Adalupe Pool, 16, Revista Letra Psicoanálisis (P) / Vol. 2, No.	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	reflexionar sobre dos trastornos de la conducta alimentaria que se presentan o incrementan durante la adolescencia: la bulimia y la anorexia.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Epidemiology of eating disorders in America: a systematic review. A meta-analysis. Thors: Kolar, David Rodríguez, Dania Mejía; Chams, Ises Mebarak; Bek, Hans W. Volume 29, November 2016, pp. 3-371(9)	I. Metanálisis	Revisar sistemáticamente la literatura existente sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios en América Latina.	No aplica	Recolección de información, 1583 registros examinados, 17 estudios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela.	No aplica	No aplica	Se encontró una tasa media de prevalencia de 0,1% para la anorexia nerviosa, 1,16% para la bulimia nerviosa y 3,53% para el trastorno por atracón (BED) en la población general.	Este metaanálisis indica que la prevalencia de la anorexia nerviosa parece ser menor, mientras que la prevalencia de la bulimia nerviosa y especialmente de la BED parece ser mayor en América Latina que en los países occidentales.
Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Yoshitka Camarillo Hoza, Rev Esp Psiquiatr 13;18:51-5.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Conocer la prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes.	Muestra no aleatoria a conveniencia, conformada por 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad.	Aplicación de cuestionarios	135 hombres y 138 mujeres, con promedio de edad de 14.02 y 13.89 años, respectivamente. El índice de masa corporal, en promedio, fue de 21.09 en hombres y de 22.69 en mujeres, que se ubicó en la categoría de sobrepeso.	Se utilizó la prueba de actitudes hacia la alimentación EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner.	La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó 5%, según la encuesta EAT, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner.	La prevalencia de trastornos alimentarios en el grupo estudiado es significativamente baja. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen.
Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination questionnaire: A systematic review of the literature, 2011.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Revisar sistemáticamente la confiabilidad de las puntuaciones en el examen de trastorno alimentario (EDE) y el cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q) y examinar la validez de su uso como medidas de los síntomas del trastorno alimentario.	No aplica	Artículos que describen las propiedades psicométricas de la EDE y EDE-Q se identificaron en una búsqueda sistemática de las principales bases de datos de computadoras y una revisión de las listas de referencias. Los artículos se seleccionaron basándose en criterios de inclusión y exclusión a priori.	No aplica	No aplica	Se identificaron quince estudios que examinaron la psicometría de la EDE, mientras que se encontraron 10 estudios que examinaron la psicometría de la EDE-Q.	Ambos instrumentos demostraron fiabilidad de las puntuaciones. Hay evidencia de que las puntuaciones en EDE y EDE-Q se correlacionan con puntuaciones en medidas de constructos similares y apoyo para utilizar los instrumentos para distinguir entre casos y no casos. Se necesita investigación adicional para ampliar la generalización de los hallazgos.
Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población latina de Medellín, Colombia, Stavro A. Constain, 13.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Evaluar la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en población femenina.	Veinticinco mujeres con edades entre 15 y 25 años que cumplieran criterios DSM IV-TR para anorexia y bulimia nerviosa y 111 controles sin TCA.	Aplicación de entrevista estructurada.	Paciente con criterios por DSM-IV para anorexia y bulimia nerviosa vs controles sin TCA.	Se comparó el «criterio de oro (entrevista estructurada)» por psiquiatra para determinar el cumplimiento o no de los criterios de inclusión de caso de TCA con el EAT-26, comparando con la curva ROC.	En EAT-26 subyacen 4 dominios: bulimia, dieta, Preocupación por la comida y control oral. El alfa de Cronbach fue de 92,1%, y el mejor valor de corte, el de 11 y más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 85,6%).	El EAT-26 modificado Y abreviado es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con un adecuado valor de especificidad, apropiado
Psychometric properties of the bulimia Investigatory Test Edinburgh (BITE) in adolescent girls of Palmares, Universidad de	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales,	Conocer las propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo en población adolescente escolarizada de	200 estudiantes, de los cuales 113 (56,5%) eran mujeres, 86 (43%) hombres y una persona no indicó su sexo (0,5%).	Aplicación de entrevista	Subescalas de sintomatología y gravedad	Analizar las dos subescalas que componen el instrumento	Índice Alfa de Cronbach de $\alpha=0,86$ en la subescala de sintomatología y $\alpha=0,75$ en la subescala de gravedad. El análisis de confiabilidad Spearman y	La validación estadística comprobó que el instrumento es apto para detectar síntomas y gravedad de bulimia nerviosa.

Costa Rica - Sede de la revista Actual - No. 25, 15.	transversales, casos y controles, revisiones.	Palmares, Costa Rica.					Brown es de 0,82. Además, la prueba de significancia de esfericidad de Barlett dio altamente significativa ($p < .001$), con un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,71.	en esta población. Se discute el aporte a la detección de problemas alimenticios y a la tropicalización de instrumentos de medición psicológica.
Validación del Eating Attitudes Test no instrumento de estudio de trastornos de conducta alimentaria en población general, María Angeles Sáez-Fernández, 13	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Validar el puntaje del EAT 40 versión española para cribaje de los trastornos de conducta alimentaria en población general.	1543 estudiantes de ambos sexos entre los 12 y 21 años y entrevista a 62 casos probables (controles).	Aplicación de cuestionario.	No aplica	Validación del instrumento	El punto de corte de 21 obtuvo la mejor predicción diagnóstica, con una sensibilidad del 88,2%, una especificidad del 62,1%, un valor predictivo positivo del 17,7% y un Valor predictivo Negativo del 62,1%.	El EAT 40 con un puntaje mayor a 21 puntos es un cribaje adecuado.
Validez y Utilidad diagnóstica de la escala Eating attitude test 26 para evaluación de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en población masculina Medellín, Colombia, Gustavo A. Restain, 2015.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Evaluar la validez y Utilidad Diagnóstica de la escala Eating attitude test 26, para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria en población masculina.	21 hombres con edades mayores a los 14 años con el diagnóstico por DSM-IV para anorexia y bulimia nerviosa vs 93 controles sin TCA.	Aplicación del Cuestionario	Casos Diagnosticados vs controles	Validación del cuestionario aplicándolo vs la entrevista estructurada por psiquiatra.	El alfa de Cronbach fue de 89,1%, y el mejor valor de corte, el de 21 y más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 97,8%). VPP 91,3, VPN 100.	No arrojaron conclusión aunque se sobreentiende los excelentes valores psicométricos.
Paper Presentation: Validity and Reliability of the Eating Attitudes Test in Costa Rica. Jorge Esteban Rodríguez, Revista costarricense de psicología ISSN 1414, Vol. 33, Supl. 1, 1-17.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Exponer evidencias de validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test (EAT-40) en Costa Rica.	594 adolescentes.	Aplicación del Cuestionario	No aplica	No aplica	Alfa de Cronbach de .87. El riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) fue mayor en mujeres (18.6%) que en hombres (7.4%) y correlacionó con la identificación con modelos televisivos ($r = .725$) y con la insatisfacción con el aspecto físico ($r = .562$).	Se adopta como un buen cuestionario para la detección de los trastornos de alimentación en población costarricense.
Analysis of the discriminant validity of the eating attitude test through the Rasch model, Zaida Lazar Mora, 2014.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Analizar la validez discriminante del Eating Attitudes Test (EAT-40) mediante la Teoría de Respuesta al ítem y su modelo de un parámetro, conocido como modelo de Rasch.	556 mujeres del área metropolitana de Costa Rica, con un edad promedio de 17.66 años (DE = 6.65).	Aplicación de la versión española del instrumento.	Estudiantes de colegio ($n = 391$, 70.3%), de universidad ($n = 120$, 21.6%), de academias de ballet ($n = 26$, 4.7%) y pacientes hospitalizadas por bulimia nerviosa o anorexia nerviosa ($n = 19$, 3.4%).	Análisis del mapeo de dificultad, y el análisis de las curvas características de los ítems y de la prueba completa.	Se obtuvo evidencia consistente de la capacidad de los ítems del EAT-40 para discriminar entre personas con y sin riesgo de TCA.	EAT-40 es un tamizaje adecuado para trastornos de alimentación.
Eating disorders notification of risk factors among dentists from Querétaro, Ursula You-Esteva, revista Mexicana de trastornos mentales/Mexican Journal of Eating Disorders 5 (2014) 5-123.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Identificar el riesgo de padecer TCA entre adolescentes mujeres y varones, con base en la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo [CAR] y preocupaciones asociadas con TCA.	435 estudiantes (224 mujeres y 211 varones) con una edad promedio de 13.83 años (DE = .72).	El instrumento empleado fue una versión del cuestionario EAT-26 adaptada, validada y recomendada por Garner (2004a), autor original de dicho cuestionario.	Valoración por riesgo de TCA asociados a conductas alimentarias de riesgo.	Aplicación de instrumento y validación del mismo.	Entre los resultados de la investigación destaca la elevada prevalencia de preocupaciones asociadas a TCA (5.9%) y de CAR (33.1%), en estudiantes de ambos sexos. Además, tanto el grupo considerado "en riesgo de padecer algún TCA", como el grupo de estudiantes que declararon incurrir en CAR, estuvieron conformados por un mayor porcentaje de varones que de mujeres.	Se recomienda implementar estudios a dos fases, con muestras estadísticas integradas por mujeres y varones, y la validación con población mexicana, de la versión del EAT-26 empleada para la presente investigación.

<p>A Psychometric Validation of an Italian Translation of the SCOFF Questionnaire in Pannocchia, 11</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones</p>	<p>Explorar las propiedades psicométricas de una versión italiana del instrumento</p>	<p>1. muestra de pacientes psiquiátricos diagnosticados con DE según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición; 2. Una muestra de controles psiquiátricos femeninos sin síntomas de ED. 3. una muestra de controles normales de mujeres sin DE de la población general.</p>	<p>Aplicación de una traducción al italiano de la SCOFF, junto con una parte de la versión italiana del Inventario de Trastornos de la Alimentación</p>	<p>Casos y controles</p>	<p>Análisis del cuestionario</p>	<p>No aplica</p>	<p>Los resultados sugieren que la versión italiana de la SCOFF proporciona una herramienta fiable y válida para la detección de DE. Trastornos de la Alimentación.</p>
<p>SCOFF in a general swedish adolescent population, Nilsson et al. Journal of Eating Disorders (2015) 8 DOI: 1186/s40337-015-37-6</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>Validación del SCOFF</p>	<p>1.265 adolescentes suecos (51.6% de las niñas)</p>	<p>Aplicación de cuestionarios de auto-reporte utilizando el cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q) como estándar de referencia.</p>	<p>Validación del SCOFF con el EDEQ como referencia</p>	<p>Validación de las respuestas y comparación entre cuestionarios</p>	<p>Los análisis de factores muestran resultados poco concluyentes en cuanto a si SCOFF debe considerarse como una escala completa; Además, los resultados indican una correlación entre SCOFF y la EDE-Q en las muestras de niñas y niños. Las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en SCOFF y también tuvieron una puntuación total más alta, lo que indica problemas más graves que los varones.</p>	<p>Los resultados plantearon interrogantes sobre si el SCOFF podría ser interpretado y respondido de diferentes maneras por las niñas y los niños, con el riesgo de pasar por alto el DEB de los niños y también si una respuesta "sí", en lugar de los dos estipulados, podría ser suficiente al usar SCOFF para fines de cribado. En resumen, los resultados desafían el uso de SCOFF en una población adolescente en general.</p>
<p>Validation of the SCOFF Questionnaire for Eating Disorders in a Multiethnic General Population Sample in Casca Solmi, 15, International Journal of Eating Disorders 48:3 312–3 2015</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>Validar el SCOFF, un cuestionario de detección de trastornos alimentarios (DE), en una muestra de adultos en población general multiétnica.</p>	<p>Un total de 1.669 participantes fueron examinados utilizando el SCOFF en SELCoHI, y 145 fueron tratados con una entrevista clínica en SELCoHI.</p>	<p>Aplicación de cuestionario y entrevista</p>	<p>Explorar la validez diagnóstica del cuestionario restringiendo a los 145 individuos con el cuestionario clínico.</p>	<p>Diseño de dos etapas utilizando los datos de las fases I y II del Estudio de la Salud Comunitaria de South East London.</p>	<p>La sensibilidad y especificidad del SCOFF fue de 53,7 y 93,5%, respectivamente.</p>	<p>El SCOFF mostró buenos niveles de especificidad pero baja sensibilidad, resultando en un alto porcentaje de falsos negativos. Dada la baja sensibilidad encontrada en nuestra muestra, es probable que el SCOFF sea una medida subóptima para la identificación de ED</p>
<p>Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF Questionnaire in a Mexican young adult sample, Sánchez-Nass, 2011</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>Examinar el desempeño psicométrico del SCOFF, un instrumento de tamizaje para trastornos de conducta alimentaria (TCA).</p>	<p>Aspirantes mexicanos a una universidad (n = 3594, 55.7% mujeres, edad M = 18.1 años).</p>	<p>completaron cuestionarios y una revisión médica.</p>	<p>Explorar Validez del instrumento.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Análisis factoriales confirmatorios revelaron un factor para mujeres, aunque un modelo bifactorial funcionó mejor para hombres y mujeres. La fiabilidad fue menor en mujeres (KR20= .49) que en hombres (KR20= .58). Las mujeres (24.2%) presentaron mayor riesgo de TCA (SCOFF > 2) que hombres (11.2%). Validez nomológica indicó que el riesgo de TCA en mujeres jóvenes estuvo asociado con indicadores demográficos (e.g., educación paterna), psicológicos (e.g., depresión, control eficaz de peso), físicos (e.g., IMC), y sociales (e.g., conflicto familiar) de forma conceptualmente</p>	<p>El SCOFF podría ser un tamizaje de TCA útil en México. Sin embargo, se requiere más investigación sobre su validez de criterio, sensibilidad y especificidad.</p>

							coherente. Un subconjunto de estas variables fueron significativas para los hombres.	
Metanálisis de la precisión diagnóstica SCOFF en Botella (a1), a Rosa Sepúlveda), Huiling Huang noviembre 2013.	I. Metanálisis	alcanzar una estimación agrupada de la exactitud diagnóstica del SCOFF.	15 estudios seleccionados representaron un total de 882 casos y 4350 controles.	Estudio de casos y controles con los estudios seleccionados.	Las variables de moderador género y tipo de medida para la referencia diagnóstica (entrevista versus pruebas psicométricas) representan parte de la variabilidad observada.	El criterio principal para la inclusión fue que el estudio primario había proporcionado una clasificación diagnóstica con una referencia diagnóstica y con la SCOFF (con cinco ítems y un punto de corte de dos).	Para las referencias diagnósticas basadas en entrevistas, la estimación de la eficacia mejora significativamente. Para los estudios que coinciden con este criterio la sensibilidad es .882 y la especificidad .925 (odds ratio de diagnóstico, 92.19).	que las cinco preguntas del SCOFF constituyen una herramienta de evaluación muy útil, en varios idiomas; Se recomienda altamente para los propósitos de la investigación.
Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en secundaria privada argentina Gallanes, 2015.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Comparar conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en una secundaria privada.	194 estudiantes a los que se aplicó: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), Eating Attitudes Tests-26 (EAT-26) y Body Shape Questionnaire-34 (BSQ-34). La media de la edad fue de 13.3 años.	Aplicación de los cuestionarios.	No aplica	No aplica	Existió mayor insatisfacción corporal en el femenino (15.81%) así como conductas alimentarias de riesgo (5.26%) y población en riesgo (3.68%). La mayoría de quienes demostraron tener insatisfacción, manifestaron conductas alimentarias de riesgo, cabe destacar que existen casos donde aunque presentaron insatisfacción no mostraron conductas alimentarias de riesgo.	No aplica
Eating Disorders and drug use in adolescents VID BISETTO INS, ICCIONES, 2012 OL. 24 NÚM. 1 - GS. 9-16.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Demostrar si existía relación entre el consumo de drogas y los trastornos de conducta alimentaria, así como qué tipo de drogas son las más utilizadas y si estas se utilizan para suprimir el apetito.	446 adolescentes estudiantes de 1º de la enseñanza secundaria obligatoria a 2º de Bachillerato de distintos Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad Valenciana, con edades comprendidas entre los 13 y 18 años de edad.	Se desarrolló una escala «ad hoc» formada por los ítems de la Eating Disorder Diagnostic Scale, cuyo objeto es detectar los casos de riesgo de padecer algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, y por ítems cuyo objeto era evaluar el consumo de drogas	No aplica	No aplica	Se encontró una relación entre los adolescentes que consumían drogas y el encontrarse en algunos de los umbrales de riesgo de la escala utilizada ($\chi^2(1, N=444)=3.87; p=.049$) no habiendo relación estadísticamente significativa con la variable "tipo de droga" (Alcohol, estimulantes, tabaco u otras). No obstante se aprecia una relación significativa entre la variable "utilizar algún tipo de droga como supresora del apetito" y estar en riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria siendo el tabaco la droga más utilizada (66% de los englobados en el umbral de riesgo de la Eating Disorder Diagnostic Scale).	Se concluyó que los adolescentes de la muestra analizada que se engloban en alguno de los umbrales de riesgo consumen más drogas que los adolescentes que no se engloban en dicho umbral de la Eating Disorder Diagnostic Scale, siendo las drogas de tipo estimulante las más utilizadas por estos adolescentes con el objeto de suprimir el apetito.
Predictors of risk eating disorders women Diana Franco, Análisis psicológico 13, Vol. 31, Nº 2, 3-225.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Analizar el papel de la composición corporal, la insatisfacción corporal y el modelo de delgadez sobre el riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario (TCA).	Participaron 289 estudiantes universitarias,	Contestar el Cuestionario de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal.	No aplica	No aplica	Se encontró que 9.69% de las mujeres presentaron riesgo de TCA, siendo mayor el porcentaje entre las mujeres que tenían peso normal y cantidades excesivas de grasa corporal. La insatisfacción corporal predijo el riesgo de anorexia nerviosa, y la interacción entre insatisfacción corporal, influencia de la publicidad e índice de masa corporal predijo el riesgo de bulimia nerviosa.	Se concluye que la insatisfacción corporal juega un papel relevante en la predicción de riesgo de TCA..
Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario, Anierrosa-Castro et al, 2012, Rev. nc.biomed. 12;3(2):300-305.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales,	Identificar los factores de riesgo para TCA.	Revisión de 1984 a 2011, en inglés y español, incluyendo todas las modalidades de publicaciones.	Revisión temática de publicaciones que describen y evalúan los diferentes factores de riesgo para desarrollar TCA.	No aplica	Se realizó búsqueda electrónica desde Se revisaron los resúmenes para detectar los artículos completos que trataran sobre factores de riesgo asociados al	Se encontraron 48203 artículos sobre TCA. 96 trataban específicamente sobre factores de riesgo. Se lograron obtener 35 (36.4%) artículos completos y en ellos se realizó la revisión.	Los principales factores de riesgo son: ser mujer, adolescente, tener percepción distorsionada de la imagen corporal y el uso de dietas para adelgazar.

	casos y controles, revisiones.					desarrollo de los TCA.		
Anales de psicología, 2014, vol. nº 2 (mayo)	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Evaluar dimensiones del perfeccionismo que estaban relacionadas con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes españoles de ambos géneros, así como analizar si existían diferencias significativas en estas dimensiones entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.	Administración de la adaptación española de The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) y el EAT-40 a una muestra representativa de 2142 adolescentes de la provincia de Alicante (1130 chicas y 1012 chicos), con una media de edad de 13.96 años (DT = 1.34).	Aplicación del instrumento	Relación entre perfeccionismo y puntuaciones altas tras la aplicación de las escalas de riesgo.	Evaluación de dimensiones de perfeccionismo relacionado con conductas de riesgo.	El perfeccionismo auto-orientado y el prescrito socialmente estaban relacionados de forma positiva con la puntuación total en el EAT-40 y los diferentes factores que lo componen, en ambos géneros. Los adolescentes con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario presentaban un mayor perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente que los adolescentes con menor riesgo de desarrollar el problema.	Estos resultados sugieren la necesidad de identificar estas tendencias perfeccionistas en los adolescentes antes de que se conviertan en conductas patológicas, como un medio para prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario.
La epidemiología y los factores de riesgo de trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión M. L. Portela Santana, Nutr sp. 12;27(2):391-401 DOI:10.1016/j.nutsp.2012.12.002	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Abordar temas actuales y relevantes acerca de la prevalencia, la incidencia y los factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en la adolescencia.	No aplica	Búsqueda en las bases de datos MEDLINE, SciELO y LILACS de estudios publicados sobre la epidemiología y los factores de riesgo de trastornos alimentarios en la adolescencia.	No aplica	No aplica	La mayor incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa se presenta entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia. Entre los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima. Sin embargo, se sugiere que en las diferentes culturas los trastornos del comportamiento alimentario pueden venir de una serie de condiciones no relacionadas con las conductas compensatorias o con el peso, pero con la forma del cuerpo o parte de lo mismo.	Varios factores determinan la aparición de la anorexia y la bulimia en la adolescencia, sin embargo, no hay consenso en cómo interactúan estos factores en este complejo proceso, lo que indica la necesidad de más investigaciones.
Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión Ana Olivia Iz Martínez, vista Mexicana de trastornos alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders 4 (2013) 57	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Revisión sobre los factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), considerando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en artículos nacionales e internacionales.	No aplica	Revisión de literatura y artículos.	No aplica	No aplica	Los resultados de la búsqueda sobre TCA y familia, indican que los principales tópicos investigados son: funcionamiento familiar, relaciones hija-padres, experiencias estresantes, psicopatología familiar, actitudes y conductas hacia el peso, alimentación e imagen corporal en las familias afectadas. Se concluye reconociendo la heterogeneidad de las familias con TCA y la compleja combinación de factores familiares asociados a la psicopatología.	Se sugiere mayor investigación sobre: funcionamiento familiar de las personas con TCA, el papel del padre, factores de protección, afrontamiento al estrés, imagen corporal y alimentación familiar.

Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de Colegio privado, Chía, Colombia, María Camila Stancho Alfons, 15	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Identificar conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes de 10 a 16 años de un Colegio privado mixto, localizado en Chía, Cundinamarca.	La muestra estuvo conformada por 66 estudiantes de ambos géneros.	Se les realizó valoración nutricional antropométrica (Peso, talla), aplicación de la prueba Cuestionario infantil de actitudes frente a la alimentación (cheat) y aplicación de la escala de la figura corporal sfs validada en Colombia, para determinar la percepción de la figura corporal.	Variabes entre estado nutricional y peso con riesgo para trastornos de alimentación.	Revisión y comparación entre las variables para determinar perfil de mayor riesgo.	Se encontró que el 49% de los adolescentes de ambos géneros, presentan un Índice de masa corporal (IMC) adecuado para la edad, el 29% presentaba sobrepeso y el 15% presenta riesgo para la delgadez. en el indicador talla/edad el 82% de la población tiene una talla adecuada para su edad. en relación con la prueba cheat, el 13% de la población presentó conductas alimentarias de riesgo, con una mayor prevalencia en el género femenino y en el grupo de edad de 11 a 13 años. entre estas conductas, prevalecieron: la preocupación por la delgadez y el peso (p=0.05); el temor al consumo de alimentos que engordan (p=0.05) y la preocupación y control por la comida (p=0.05) en cuanto a la percepción de la figura corporal se evidenció distorsión de la imagen corporal (48,4%) con mayor incidencia en el género femenino.	Se hace necesario generar educación nutricional que prevenga el aumento de dichas conductas inadecuadas.
Rev Esp Nutr Comunitaria 14;20(3):109-117 doi:10.1135-3074, visión de las intervenciones en salud pública para la promoción de los hábitos de alimentación en niños Belén Leyva et al.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Revisar los instrumentos de detección y evaluación que se utilizan ampliamente en la práctica clínica y la investigación en materia de TCA.	No aplica	Revisión de literatura	No aplica	Se discuten los factores que influyen en la validez diagnóstica de las diferentes herramientas de evaluación de los TCA. Estos problemas aparecen a causa de las dificultades asociadas a una detección del trastorno parte de los sujetos analizados.	No aplica	Los TCA son enfermedades psiquiátricas complejas asociadas a aspectos nutricionales, que pueden derivar en complicaciones médicas importantes.
Escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo de TCA. Rev. Colomb. Cienc. Biomed. 12; 3(1), 99-111 Interrosa Castro Arango, Boneu Yépez, John, Muñoz, José María, Almanza, Pedro Enrique.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Identificar las principales escalas validadas que permiten detectar síntomas y conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos.	No aplica	Revisión temática de publicaciones en las que se presentan, validan y analizan diversas escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo para TCA.	Se incluyeron todas las modalidades	Se realizó búsqueda electrónica desde 1984 al 2011, en inglés y español. Se incluyeron todas las modalidades de publicaciones. Se revisaron los resúmenes y se escogieron los documentos completos que trataban sobre escalas para valorar síntomas y factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario.	Se obtuvieron 539 resúmenes sobre TCA. Se revisaron 75 artículos completos y se identificaron seis escalas validadas para identificar síntomas y conductas de riesgo: SCOFF (Sick, Control, Outweight, Fat, Food), EDE-Q (Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire), EAT (Eating Attitudes Test), en versiones de 40 y 26 preguntas, además de una escala específica para niños (ChEAT-26). EDI (Eating Disorder Inventory), BULIT (Bulimia Test) y su versión revisada (BULIT-R), BITE (Bulimia Test of Edimburgo).	La escala SCOFF se destaca por ser sencilla y fácil de aplicar ya sea de forma oral o escrita. La escala EAT, en ambas versiones, es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para TCA. BULIT o BULIT-R y BITE son específicas para bulimia.
The Eating Attitudes Test in Costa Rica: first psychometric properties of its validity and reliability, María Salazar Mora, Nutrición Hospitalaria, 2012, 51-71 doi:10.2156-6444	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Analizar la estructura factorial y la confiabilidad del Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) y se examina su efectividad para diferenciar a las personas diagnosticadas con trastornos de	Participaron en el estudio 569 mujeres entre los 10 y los 39 años de edad con y sin diagnóstico de TCA (n = 19, n = 533, respectivamente), quienes llenaron el cuestionario EAT40.	Aplicación del instrumento	Personas sin posible trastorno de alimentación vs. personas enfermas.	En una primera parte se realizó el análisis factorial confirmatorio de la escala, luego se estimó la confiabilidad interna de cada subescala, seguidamente se examinó la validez de criterio mediante la comparación de los grupos con y sin diagnóstico de TCA	Las estadísticas psicométricas mostraron resultados satisfactorios a nivel de la estructura factorial (tres factores) y alfa de Cronbach ($\alpha = .889$); asimismo, se obtuvieron buenas propiedades de discriminación a partir de los puntos de corte de 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%) y de 20 (sensibilidad	Se evidenció que el EAT-40 diferencia entre personas con y sin diagnóstico de TCA.

		la conducta alimentaria (TCA: anorexia y bulimia).					73.7%, especificidad 71.8%).	
Predictors of risk eating disorders women rina Franco, apia psicológica 13, Vol. 31, Nº 2, 3-225	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Analizar el papel de la composición corporal, la insatisfacción corporal y el modelo de delgadez sobre el riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario (TCA).	289 estudiantes universitarias	Contestar el Cuestionario de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal.	Asociación entre variables	La composición corporal se analizó por medio de bioimpedancia eléctrica.	Se encontró que 9.69% de las mujeres presentaron riesgo de TCA, siendo mayor el porcentaje entre las mujeres que tenían peso normal y cantidades excesivas de grasa corporal. La insatisfacción corporal predijo el riesgo de anorexia nerviosa, y la interacción entre insatisfacción corporal, influencia de la publicidad e índice de masa corporal predijo el riesgo de bulimia nerviosa.	Se concluye que la insatisfacción corporal juega un papel relevante en la predicción de riesgo de TCA.
Autoconcepto y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, vista Ciencia IEMI Volumen 9 - mero 17, Enero - ril 2016, pp. 108 - 3 ISSN: 1390 - 72, Grisel, ación-Quintero.	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Estudiar si el autoconcepto físico predice las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).	400 estudiantes de 17 y 21 años de una universidad privada de Caracas, Venezuela, (hombres=57,3%),	Aplicación de los siguientes instrumentos: (1) Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR), y (2) Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI).	Análisis y comparación d variables	La muestra fue seleccionada a través de un muestreo por racimos.	Los estudiantes mostraron bajos niveles de conductas alimentarias de riesgo y moderados/altos niveles de autoconcepto físico. Mediante un análisis de regresión se encontró que el autoconcepto referido a la satisfacción física y a la habilidad y fuerza física predijeron las CAR, en el sentido que a menor autoconcepto mayor ocurrencia de CAR. También se halló que a mayor IMC mayor frecuencia de CAR y las mujeres presentaron más CAR de tipo purgativa/compensatoria.	Los resultados permiten aumentar la comprensión de las CAR y abren las puertas para futuras investigaciones e intervenciones en el área.
1. Anorexia nerviosa en la adolescencia, una visión, María del Pilar Perilla Quintero, 2012	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	Explicar cómo los cánones de belleza y estética llevan a la población a tener riesgo de estas patologías	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Existen diversos factores de tipo sociales, familiares, genéticos, contextuales principalmente en adolescentes, lo cual hace que se deba intervenir de forma profesional
2. Perfil del adolescente con trastornos de alimentación, anorexia y bulimia, Andrea Galdames, 2012	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	Describir los factores y el perfil de la adolescente en riesgo	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia son enfermedades que han existido desde hace años pero con el pasar del tiempo se han ido incrementando. El adolescente está más propenso a llegar a padecer de estos trastornos debido a que se encuentra en una etapa de mucha vulnerabilidad por los cambios que está

								experimentando a nivel físico, psicológico y social.
3. Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination questionnaire: A systematic review of the literature, Ally C. Berg MD. 8 July 2011	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	El propósito de este estudio fue revisar sistemáticamente la confiabilidad de las puntuaciones en el examen de trastorno alimentario (EDE) y el cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q) y examinar la validez de su uso como medidas de los síntomas del trastorno alimentario.	No aplica	Artículos que describen las propiedades psicométricas de la EDE y EDE-Q	Revisión sistemática	Los artículos se seleccionaron basándose en criterios de inclusión y exclusión a priori.	Se identificaron quince estudios que examinaron la psicometría de la EDE, mientras que se encontraron 10 estudios que examinaron la psicometría de la EDE-Q.	Ambos instrumentos demostraron fiabilidad de las puntuaciones. Existe evidencia de que las puntuaciones en EDE y EDE-Q se correlacionan con puntuaciones en medidas de constructos similares y apoyo para el uso de los instrumentos para distinguir entre casos y no casos. Se necesita investigación adicional para ampliar la generalización de los hallazgos.
4. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en universitarios: María Fernández-Cortés, 2013	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Determinar la relación entre estilo de afrontamiento, historia psiquiátrica familiar, salud percibida, IMC, género, percepción de la figura y depresión y el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria	417 estudiantes universitarios que se seleccionaron de manera no aleatorizada estratificada con grupos de conveniencia	Escala Abreviada de las actitudes alimentarias EAT -26-M, el Cuestionario de Formas de Afrontamiento, el Inventario de Depresión de Beck, la Prueba de Optimismo Disposicional y el Registro de Percepción de la Figura	Aplicación de instrumentos	El análisis de datos se llevó a cabo mediante el uso de ecuaciones estructurales	No aplica	Se concluyó que la interacción de las variables antecedentes psicológicas familiares, género, deseo de disminución del peso, satisfacción con la imagen corporal, estilo de afrontamiento evitativo y depresión en conjunto predicen el riesgo de padecer un TCA, se discuten los hallazgos y se evidencian las limitaciones del presente estudio
5. Eating disorders and diet management in intact sports; EAT-26 questionnaire does not seem appropriate to evaluate eating disorders in sports Alejandro Martínez Rodríguez, 2015	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Analizar la prevalencia de atletas de deportes de contacto en el desarrollo de trastornos de la alimentación, y cómo un plan de dieta controlada puede reducir este riesgo. Al mismo tiempo, evalúa el uso del cuestionario EAT-26 para detectar tales trastornos.	244 atletas (158 hombres, 86 mujeres), que se dividieron en dos grupos: los que siguieron un plan de dieta dado por un nutricionista y un grupo de control en una dieta libre	Aplicación cuestionario EAT-26 para detectar tales trastornos.	Aplicación de Instrumento	No aplica	Los atletas completaron un cuestionario EAT-26 mientras participaban en el Campeonato Nacional de nivel universitario. Resultados: el grupo de dieta libre obtuvo puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario. También, las mujeres atletas controlaron el grupo de la dieta anotó perceptiblemente más alto que sus homólogos masculinos.	Los resultados del cuestionario indican que un programa nutricional adecuado evita el uso de hábitos poco saludables para controlar el peso corporal y por lo tanto evita desarrollar trastornos alimentarios en particular. El cuestionario EAT-26 no parece ser el instrumento más apropiado para detectar estos trastornos.
6. Validación de versión árabe del cuestionario SCOFF para la detección de trastornos alimentarios, Jun, 2013	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Validar una versión en árabe (A-SCOFF) del cuestionario británico SCOFF	123 pacientes de sexo femenino [edad media 32 (SD 8,8) años]	Validación cuestionario SCOFF	Aplicación instrumentos	No aplica	Se encontró que el mejor umbral diagnóstico para el A-SCOFF fue de 2 respuestas positivas con una sensibilidad del 80,0%, una especificidad del 72,7% y un área bajo la curva del 80,0%.	El cuestionario A-SCOFF es preciso y confiable para la detección temprana de los trastornos alimentarios en esta población de alto riesgo
7. Validation of the SCOFF questionnaire for Eating Disorders	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados:	Este estudio tuvo como objetivo validar el SCOFF, un cuestionario de	1.669 participantes fueron examinados utilizando el SCOFF en	Validación cuestionario SCOFF	Aplicación de instrumento	No aplica	La sensibilidad y especificidad del SCOFF fue de 53,7 y 93,5%, respectivamente.	El SCOFF mostró buenos niveles de especificidad

Multiethnic general population sample (Annesca Solmi, 2015)	comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	detección de trastornos alimentarios (ED), en una muestra de adultos en población general multiétnica	SELCoHI, y 145 fueron tratados con una entrevista clínica en SELCoHI.					pero baja sensibilidad, resultando en un alto porcentaje de falsos negativos. Dada la baja sensibilidad encontrada en nuestra muestra, es probable que el SCOFF sea una medida subóptima para la identificación de ED en la comunidad
Diferencia sexual en el uso del cuestionario SCOFF para identificar pacientes con trastorno alimentario en un consultorio psiquiátrico ambulatorio, Liu Y1, Tseng MC2, Chen KY3, Chang H4, Liao SC5, Chen HC5., 2012	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Examinar la validez comparativa del cuestionario SCOFF para la detección de casos de EM en varones y mujeres en el ámbito psiquiátrico ambulatorio.	605 hombres y 936 mujeres, de 18-45 años	Validación del cuestionario	Aplicación del instrumento	No aplica	Las puntuaciones de 2 y 3 en el SCOFF fueron los valores óptimos de corte para la determinación de la ED entre hombres (sensibilidad 86% y especificidad 74%) y mujeres (sensibilidad 80% y especificidad 86%), respectivamente. Mientras que la edad no afectó significativamente a los índices de validez, el SCOFF como una herramienta de detección de ED en hombres obesos fue de bajo rendimiento.	La versión en chino mandarín de la SCOFF es una herramienta potencialmente válida para detectar ED en ambos sexos en los ambientes psiquiátricos ambulatorios. Al ayudar a detectar la morbilidad oculta de la ED, el SCOFF puede mejorar la precisión diagnóstica y facilitar el tratamiento integral entre los pacientes ambulatorios psiquiátricos.
Validación del cuestionario SCOFF para el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria: consistencia interna en estudio de caso de un colegio de Cartagena, Colombia, 2014 (Alberto Campo)	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Conocer la consistencia interna del cuestionario SCOFF en adolescentes estudiantes, discriminada por género, de un colegio ubicado en un sector de estrato bajo de Cartagena, Colombia.	416 adolescentes entre 13 y 17 años, 208 estudiantes mujeres (edad promedio 14.6 años) y 208 varones (edad promedio 14.8 años), completaron el cuestionario SCOFF.	Validación del cuestionario	Aplicación del instrumento	No aplica	La consistencia interna del cuestionario fue 0.343 (Kuder-Richardson) entre las mujeres y 0.209 en varones. Las mujeres puntuaron más alto que los varones en inducción de vómito, pérdida de control y sentirse gordo/gorda y los varones más alto que las mujeres en la comida domina la vida ($p < 0.05$).	La consistencia interna del SCOFF es baja en adolescentes, mujeres y varones, de estrato bajo de esta ciudad. Es necesario contar con un instrumento de mejores propiedades psicométricas en esta población
Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de Barranquilla (Colombia) (María Borda Pérez, 2015)	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	Establecer la prevalencia de riesgo de bulimia y de factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años de Barranquilla.	Participaron 149 sujetos de 14 a 18 años.	Se determinó imagen corporal y bulimia (Body Shape Questionnaire), el Bulimia Test of Edinburgh, Test de Rosenberg y DASS21, se estimó IMC y se empleó un cuestionario para determinantes personales.	Aplicación del instrumento	No aplica	La prevalencia de riesgo de bulimia fue del 44,3 %. El perfil identifica preferencialmente a 51,3 % mujeres, una de cada cuatro con sobrepeso, y de ellos, el 53 % tenía 16 años o más. Las características relevantes: 18,2 % consumía diuréticos y laxantes para bajar de peso; el 40,9 % tenía problemas económicos; el 56 % manifestó ansiedad; el 53 % depresión y el 53 % insatisfacción con su imagen corporal. Se observó tendencia a la asociación con: sobrepeso, saltar comidas con frecuencia, consumir tres comidas y picar, consumir tres comidas, emplear diuréticos o laxantes para bajar de peso, ansiedad, depresión, estrés e insatisfacción corporal; se obtuvieron razones de disparidad significativas y probabilidad del chi-cuadrado menor de 0.05.	El riesgo de bulimia se presentó preferencialmente en el grupo de ≥ 16 años, en mujeres y en el estrato medio. Se aprecia una asociación estadística con sobrepeso saltar comidas con frecuencia, consumir tres comidas y picar, consumir tres comidas, emplear diuréticos o laxantes para bajar de peso, ansiedad, depresión, estrés e insatisfacción corporal.
Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos	III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos,	evaluar las dimensiones del perfeccionismo que estaban relacionadas con	2142 adolescentes de la provincia de Alicante (1130 chicas y 1012 chicos), con una	Aplicación de la adaptación española de The Child and Adolescent	Aplicación del instrumento	No aplica	El perfeccionismo auto-orientado y el prescrito socialmente estaban relacionados de forma positiva con la puntuación	Estos resultados sugieren la necesidad de identificar estas tendencias

<p>mentarios en adolescentes españoles de ambos géneros, día Pamies, 2014</p>	<p>correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>conductas alimentarias de riesgo en adolescentes españoles de ambos géneros, así como analizar si existían diferencias significativas en estas dimensiones entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria</p>	<p>media de edad de 13.96 años (DT = 1.34)</p>	<p>Perfectionism Scale (CAPS) y el EAT- 40</p>			<p>total en el EAT-40 y los diferentes factores que lo componen, en ambos géneros. Los adolescentes con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario presentaban un mayor perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente que los adolescentes con menor riesgo de desarrollar el problema.</p>	<p>perfeccionistas en los adolescentes antes de que se convirtieran en conductas patológicas, como un medio para prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario.</p>
<p>2. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia nerviosa en mujer adolescente, Arina María Sádoya González, 2015</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>revisión bibliográfica realizada en bases de datos durante los últimos 10 años, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa</p>	<p>No aplica</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Análisis de datos</p>	<p>No aplica</p>	<p>Los resultados de la búsqueda bibliográfica identifican la adolescencia como la etapa más vulnerable para el desarrollo de estas enfermedades, con una prevalencia mayor en mujeres y una tendencia al incremento de casos en hombres; los factores de riesgo para su aparición en adolescentes involucran aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos; las manifestaciones clínicas afectan múltiples sistemas del organismo como consecuencia de la malnutrición; por tanto, se les considera heterogéneos y es necesario implementar estrategias de prevención desde etapas tempranas del desarrollo del sujeto.</p>	<p>No aplica</p>
<p>3. DSM V y los trastornos de conducta alimentaria, vista chilena de la psiquiatría, 2014</p>	<p>IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio</p>	<p>Describir la evidencia sobre las modificaciones propuestas en los criterios diagnósticos de la DE según el DSM5.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Medline / Pubmed bases de datos se utilizaron para buscar pruebas sobre los cambios propuestos en los trastornos alimentarios por el DSM-5.</p>	<p>Revisión de literatura</p>	<p>No aplica</p>	<p>En la anorexia nerviosa (AN) se elimina la amenorrea como criterio diagnóstico, además de los aspectos cognitivos, de comportamiento y se hace constar la sintomatología del subtipo clínico actual durante los últimos 3 meses. En la bulimia nerviosa (BN), la frecuencia de episodios de atracón y purga disminuye a 1 por semana y los subtipos clínicos son eliminados. El trastorno por atracón es reconocido como un ED específico. Se sugiere incluir otros trastornos (p. Ej., Trastorno del músculo dismórfico, trastorno de la ingesta de alimentos evitante / restrictivo, pica, rumiación, AN atípico, BN sub-umbral, trastorno por atracón y trastorno de purga). La evidencia preliminar basada en el propósito del DSM-5 ha mostrado una mayor prevalencia de AN y BN y una disminución de ED no casos especificados de otro modo.</p>	<p>La evidencia preliminar basada en el propósito del DSM-5 ha mostrado una mayor prevalencia de AN y BN y una disminución de ED no casos especificados de otro modo. Conclusiones: Los cambios en el DSM-5 implican una clasificación más precisa de las categorías de diagnóstico desde una perspectiva clínica y de investigación. Sin embargo, el DSM-6 representa un reto para la optimización de un esquema integral de aproximaciones categóricas y dimensionales en ED.</p>
<p>4. Escalas para valorar síntomas conductas de riesgo en adolescentes, Avila, 2012; 1) : 99-111 Monterrosa Castro Alvaro</p>	<p>III. Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.</p>	<p>Identificar las principales escalas validadas que permiten detectar síntomas y conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Validación y análisis de escalas.</p>	<p>Revisión temática de publicaciones en las que se presentan, validan y analizan diversas escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo para TCA.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Se obtuvieron 539 resúmenes sobre TCA. Se revisaron 75 artículos completos y se identificaron seis escalas validadas para identificar síntomas y conductas de riesgo: SCOFF (Sick, Control, Outweight, Fat, Food), EDE-Q (Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire), EAT</p>	<p>La escala SCOFF se destaca por ser sencilla y fácil de aplicar ya sea de forma oral o escrita. La escala EAT, en ambas versiones, es considerada como el</p>

					Se realizó búsqueda electrónica desde 1984 al 2011, en inglés y español. Se incluyeron todas las modalidades de publicaciones. Se revisaron los resúmenes y se escogieron los documentos completos que trataban sobre escalas para valorar síntomas y factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario.		(Eating Attitudes Test), en versiones de 40 y 26 preguntas, además de una escala específica para niños (ChEAT-26). EDI (Eating Disorder Inventory), BULIT (Bulimia Test) y su versión revisada (BULIT-R), BITE (Bulimia Test of Edimburg).	estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para TCA. BULIT o BULIT-R y BITE son específicas para bulimia.
5. Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes, Estrato Paola, 2011	IV. Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	Identificar las conductas de riesgo de trastornos de alimentación y analizar la relación existente con la autoestima e insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes correspondientes al nivel secundario de la Escuela de Enseñanza Media n° 1427 de Alvear	40 adolescentes, 20 alumnas de 2º año y 20 de 3º año.	Se utilizó un cuestionario para detectar conductas alimentarias de riesgo, el test de autoestima AF-5 de los autores Musitu y García y el test de la figura humana de Karen Machover, estos fueron analizados y puntuados; y posteriormente analizados estadísticamente.	Análisis estadístico	No aplica	Los hallazgos sugieren que las conductas de riesgos de trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, en la adolescencia, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo que se entiende que a menor distorsión, menor conductas de riesgos. Y se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menor conductas alimentarias de riesgo mayor va a ser la autoestima y viceversa	No aplica

15.2. Escalas de valoración para tamizaje de los trastornos de alimentación en adolescentes, anorexia y bulimia nerviosa.

15.2.a. Escala SCOFF

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Monterrosa Castro Álvaro, 2012

15.2.b. Escala EAT 40

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)

Identificación Fecha

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: Nunca B: Casi nunca C: Algunas veces D: Bastantes veces E: Casi siempre F: Siempre

	A	B	C	D	E	F
1.- Me gusta comer con otras personas.	<input type="radio"/>					
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	<input type="radio"/>					
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="radio"/>					
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="radio"/>					
5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.	<input type="radio"/>					
6.- Me preocupo mucho por la comida.	<input type="radio"/>					
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="radio"/>					
8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="radio"/>					
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="radio"/>					
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).	<input type="radio"/>					
11.- Me siento lleno/a después de las comidas.	<input type="radio"/>					
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="radio"/>					
13.- Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>					
14.- Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>					
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="radio"/>					
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="radio"/>					
17.- Me peso varias veces al día.	<input type="radio"/>					
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="radio"/>					
19.- Disfruto comiendo carne.	<input type="radio"/>					
20.- Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="radio"/>					
21.- Cada día como los mismos alimentos.	<input type="radio"/>					
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>					
23.- Tengo la menstruación regular.	<input type="radio"/>					
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="radio"/>					
25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>					
26.- Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="radio"/>					
27.- Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="radio"/>					
28.- Tomo laxantes (purgantes).	<input type="radio"/>					
29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>					
30.- Como alimentos de régimen.	<input type="radio"/>					
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="radio"/>					
32.- Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>					
33.- Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>					
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="radio"/>					
35.- Tengo estreñimiento.	<input type="radio"/>					
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="radio"/>					
37.- Me comprometo a hacer régimen.	<input type="radio"/>					
38.- Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="radio"/>					
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>					
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>					

TOTAL:

Fuente: Universidad Complutense de Madrid, 2012

15.2.c. Escala EAT 26

ESCALA EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)							
	PREGUNTAS	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces me he "atracado" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado (a)						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a)						

14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen (dieta)						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo (a) después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen (dietas)						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Fuente: Monterrosa Castro Álvaro, 2012

15.2.d. Escala Bullit T

TABLA N° 3 BULIMIA TEST (BULIT)				
1. ¿Ha comido usted alguna vez incontroladamente hasta el punto de sentirse hinchado/a?				
1. Una vez al mes o menos (o nunca)	2. Dos o tres veces al mes	3. Una o dos veces a la semana	4. Tres a seis veces a la semana	5. Una vez al día o más
2. Estoy satisfecho/a con mi forma de comer				
1. De acuerdo	2. Neutral	3. Un poco en desacuerdo	4. En desacuerdo	5. Completamente en desacuerdo
3. ¿Ha seguido usted alguna vez comiendo hasta el punto de sentir que va a explotar?				
1. Prácticamente cada vez que como	2. Muy frecuentemente	3. A menudo	4. A veces	5. Raramente o nunca
4. ¿Actualmente se llamaría usted mismo/a un/a comilón/a?				
1. Sí, por completo	2. Sí	3. Sí, probablemente	4. Sí, es posible	5. No, probablemente no
5. Prefiero comer				
1. En casa solo/a	2. En casa con otros/as	3. En un restaurante público	4. En la casa de amigos/as	5. No importa
6. ¿Siente que tiene control sobre la cantidad de comida que consume?				
1. La mayoría o todas las veces	2. Muchas veces	3. Ocasionalmente	4. Raramente	5. Nunca
7. Uso supositorios o laxantes para ayudar a controlar mi peso				
1. Una vez al día o más	2. Tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos
8. Como hasta que me siento demasiado cansado/a para continuar				
1. Al menos una vez al día	2. Tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos (o nunca)
9. ¿Con qué frecuencia prefiere comer helados, batidos durante una comilona?				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. Yo no tengo comilonas
10. ¿Cuánto se preocupa usted sobre sus comilonas?				
1. Yo no tengo comilonas	2. Me preocupa un poco	3. Preocupación moderada	4. Preocupación intensa	5. Probablemente la mayor preocupación en mi vida
11. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuánta comida consumo cada vez que me siento				
1. Sin duda alguna	2. Muy probablemente	3. Probablemente	4. Posiblemente	5. No
12. ¿Ha comido alguna vez hasta el punto de sentirse enfermo/a?				
1. Muy frecuentemente	2. Frecuentemente	3. A menudo	4. Ocasionalmente	5. Raramente o nunca
13. Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
14. No estoy contento/a conmigo mismo/a después de comer demasiado				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia vomita intencionadamente después de comer?				
1. Dos o más veces a la semana	2. Una vez a la semana	3. Dos o tres veces al mes	4. Una vez al mes	5. Menos de una vez al mes (o nunca)
16. ¿Cuáles de los siguientes sentimientos tiene después de una comilona?				
1. No tengo comilonas	2. Me siento bien	3. Me siento medianamente disgustado/a conmigo mismo/a	4. Me siento bastante disgustado/a conmigo mismo/a	5. Me odio
17. Como mucha comida incluso cuando no tengo hambre				
1. Muy frecuentemente	2. Frecuentemente	3. Ocasionalmente	4. A veces	5. Raramente o nunca
18. Mi forma de comer es diferente de la forma de comer de la mayoría de la gente				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
19. He tratado de perder peso ayunando o con regímenes intensos				
1. No en el año pasado	2. Una vez en el pasado año	3. Dos o tres veces en el pasado año	4. Cuatro o cinco veces en el pasado año	5. Más de cinco veces en el pasado año
20. Me siento triste después de comer más de lo que había planeado comer				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente, nunca o no es el caso
21. Cuando me meto en una comilona, tiendo a comer comidas altas en carbohidratos (azúcares, almidón)				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente, o no tengo comilonas
22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:				
1. Mayor que la capacidad de otros/as	2. Más o menos igual	3. Menor	4. Mucho menor	5. No tengo absolutamente ningún control
23. Uno de sus mejores amigos/as de repente sugiere que ambos vayan a cenar a un nuevo restaurante esa noche. Aunque usted haya planeado comer algo ligero en casa, usted va y come fuera, comiendo bastante y sintiéndose incómodamente lleno/a. ¿Cómo se sentiría consigo mismo/a en el camino de vuelta a casa?				
1. Bien, contento/a de haber conocido un nuevo restaurante	2. Lamentando un poco el haber comido tanto	3. Algo frustrado/a conmigo mismo/a	4. Disgustado/a conmigo mismo/a	5. Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente yo podría considerarme un/a "comedor/a compulsivo/a" (que tiene episodios de comida incontroladas)				
1. Absolutamente	2. Sí	3. Sí, probablemente	4. Sí, es posible	5. No, probablemente no
25. ¿Cuál es el máximo peso que ha perdido en un mes?				
1. Más de 20 kg	2. 12-20 kg	3. 8-11 kg	4. 4-7 kg	5. Menos de 4 kg
26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimido/a a la mañana siguiente				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado por la noche

27. ¿Cree que es más fácil para usted vomitar que para la mayoría de la gente?				
1. Sí, no me cuesta ningún trabajo	2. Sí, es más fácil para mí	3. Sí, es un poco más fácil para mí	4. Más o menos igual	5. No, es menos fácil para mí
28. Siente que la comida controla mi vida				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
29. Me siento deprimido/a inmediatamente después de comer demasiado				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado
30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer tratando de perder peso?				
1. Menos de una vez al mes (o nunca)	2. Una vez al mes	3. Dos-tres veces al mes	4. Una vez a la semana	5. Dos o más veces a la semana
31. Cuando consume una gran cantidad de comida, ¿con qué rapidez la come habitualmente?				
1. Más rápido que cualquiera lo haya podido hacer en su vida	2. Bastante más rápido que la mayoría de la gente	3. Un poco más rápido que la mayoría de la gente	4. Como la mayoría de la gente	5. Más lentamente que la mayoría de la gente (o no aplicable)
32. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que usted haya ganado en un mes?				
1. Más de 20 kg	2. Entre 12-20 kg	3. Entre 8-11 kg	4. Entre 4-7 kg	5. Menos de 4
33. SOLO MUJERES. Mi último período menstrual fue				
1. Hace un mes	2. Hace dos meses	3. Hace cuatro meses	4. Hace seis meses	5. Hace más de seis meses
34. Uso diuréticos para ayudarme a controlar mi peso				
1. Una vez al día o más	2. De tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos (o nunca)
35. ¿Qué piensa de su apetito comparado con el de la mayoría de las personas que conoce?				
1. Muchas veces mayor que la mayoría	2. Mucho mayor	3. Un poco mayor	4. Más o menos igual	5. Menor que la mayoría
36. SÓLO MUJERES. Mi ciclo menstrual se presenta una vez al mes				
1. Siempre	2. Generalmente	3. Algunas veces	4. Rara vez	5. Nunca

Fuente: Monterrosa Castro Álvaro, 2012

15.2.e. Escala Bullit R



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

BULIT-R

IDENTIFICACION _____ FECHA _____

1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?
 - (a) Una vez al mes o menos (o nunca)
 - (b) 2-3 veces al mes
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 3-6 veces a la semana
 - (e) 1 vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.
 - (a) De acuerdo
 - (b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (c) Algo en desacuerdo
 - (d) En desacuerdo
 - (e) Muy en desacuerdo

3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?
 - (a) Casi cada vez que como
 - (b) Muy frecuentemente
 - (c) A menudo
 - (d) A veces
 - (e) Casi nunca o nunca

4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?
 - (a) Sí, totalmente
 - (b) Sí
 - (c) Sí, probablemente
 - (d) Sí, posiblemente
 - (e) No, probablemente no

5. Prefiero comer...
 - (a) En casa, solo/a
 - (b) En casa, con otras personas
 - (c) En un restaurante público
 - (d) En casa de una amigo
 - (e) No me importa el sitio

6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?
 - (a) La mayor parte del tiempo o siempre
 - (b) Muchas veces
 - (c) Ocasionalmente
 - (d) Rara vez
 - (e) Nunca

7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso
 - (a) Una vez al día o más
 - (b) 3-6 veces a la semana
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 2-3 veces al mes
 - (e) Una vez al mes o menos (o nunca)



8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar

- (a) Al menos una vez al día
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o nunca
- (e) No me doy atracones

10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me importa un poco
- (c) Me importa moderadamente
- (d) Me importa bastante
- (e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida

11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez.

- (a) Sin ninguna duda
- (b) Bastante probablemente
- (c) Probablemente
- (d) Posiblemente
- (e) No

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Bastantes veces
- (d) Ocasionalmente
- (e) Raramente o nunca

13. Temo comer algo por miedo a no poder parar.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca o nunca
- (e) No como demasiado



15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- (a) Dos veces o más a la semana
- (b) Una vez a la semana
- (c) 2-3 veces al mes
- (d) Una vez al mes
- (e) Menos de una vez al mes o nunca

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me siento bien
- (c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a
- (d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a
- (e) Me odio a mí mismo/a

17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Ocasionalmente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o nunca

18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

- (a) No durante el año pasado
- (b) Una vez durante el año pasado
- (c) 2-3 veces durante el año pasado
- (d) 4-5 veces durante el año pasado
- (e) Más de 5 veces durante el año pasado

20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable



22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser
- (a) Mayor que la de los demás
 - (b) Más o menos igual
 - (c) Menor
 - (d) Mucho menor
 - (e) No tengo control en absoluto
23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías contigo mismo/a de vuelta a casa?
- (a) Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante
 - (b) Un poco apenado/a por haber comido mucho
 - (c) Un poco decepcionado/a conmigo/a
 - (d) Triste conmigo mismo/a
 - (e) Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente me etiquetaría como un/a "comedor/a compulsivo/a" (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)
- (a) Absolutamente
 - (b) Sí
 - (c) Sí, probablemente
 - (d) Sí, posiblemente
 - (e) No, probablemente no
25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?
- (a) Alrededor de 9 kilogramos
 - (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
 - (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
 - (d) Entre 2 y 3 kilogramos
 - (e) Menos de 2 kilogramos
26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana
- (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Casi nunca o nunca
 - (e) No como mucho por la noche
27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?
- (a) Sí, no supone ningún problema para mí
 - (b) Sí, es fácil
 - (c) Sí, es un poco fácil
 - (d) Más o menos igual
 - (e) No, es menos fácil
28. Siento que la comida controla mi vida
- (a) Siempre
 - (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Pocas veces o ninguna



29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho
- (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Pocas veces o ninguna
 - (e) No como mucho
30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?
- (a) Menos de una vez al mes o nunca
 - (b) Una vez al mes
 - (c) 2-3 veces al mes
 - (d) Una vez a la semana
 - (e) 2 veces o más a la semana
31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?
- (a) Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas
 - (b) Mucho más rápido que el resto
 - (c) Un poco más rápido que el resto
 - (d) Más o menos igual que el resto
 - (e) Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)
32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?
- (a) Alrededor de 9 kilogramos
 - (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
 - (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
 - (d) Entre 2 y 3 kilogramos
 - (e) Menos de 2 kilogramos
33. *Mujeres sólo:* Mi último periodo fue...
- (a) El mes pasado
 - (b) Hace dos meses
 - (c) Hace cuatro meses
 - (d) Hace seis meses
 - (e) No he tenido el periodo en los últimos seis meses
34. Uso diuréticos para controlar mi peso
- (a) Una vez al día o más
 - (b) 3-6 veces a la semana
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 2-3 veces al mes
 - (e) Una vez al mes o menos (o nunca)
35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?
- (a) Muchas veces más grande que el del resto
 - (b) Mayor
 - (c) Un poco mayor
 - (d) Más o menos igual
 - (e) Menor que el del resto
36. *Mujeres sólo:* Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...
- (a) Siempre
 - (b) Usualmente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Casi nunca
 - (e) Nunca



INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN

1. Cada respuesta de cada ítem puntúa según lo que aparece en la siguiente tabla.
2. Los ítems en los que no aparece puntuación sólo aportan datos al terapeuta, es decir, no son puntuables para establecer el diagnóstico según los criterios del DSM-III-R. Sólo puntúan 28 de los 36 ítems.
3. La puntuación final se obtiene sumando la puntuación de la respuesta a cada ítem.

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7					
8	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1
10	1	2	3	4	5
11	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	1	2	3	4	5
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1
19					
20	5	4	3	2	1
21	5	4	3	2	1
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	5	4	3	2	1
25					
26	5	4	3	2	1
27	5	4	3	2	1
28	5	4	3	2	1
29	5	4	3	2	1
30					
31	5	4	3	2	1
32					
33					
34					
35	5	4	3	2	1
36					



INTERPRETACIÓN

En el caso de estarse empleando el cuestionario como instrumento de tamizaje, el punto de corte se establecerá en 104.

En el caso de estarse empleando el cuestionario como instrumento de diagnóstico, una puntuación mayor de 120 será considerada como correspondiente con los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa.

USO RESTRINGIDO

15.2.f. Escala BITE

BULIMIA INVESTIGATORY TEST OF EDIMBURG (BITE)			
Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?		
2	¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?		
3	¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?		
4	¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?		
5	¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?		
6	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia lo hace? <input type="checkbox"/> Un día sí y otro no (Asígnese cinco puntos) <input type="checkbox"/> Dos - tres veces por semana (Asígnese cuatro puntos) <input type="checkbox"/> Un día a la semana (Asígnese tres puntos) <input type="checkbox"/> De vez en cuando (Asígnese dos puntos) <input type="checkbox"/> Una sola vez (Asígnese un punto)		
7	Califique así. 0=nunca. 2=ocasionalmente. 3=una vez a la semana. 4=dos o tres veces a la semana. 5=diariamente. 6=dos o tres veces al día. 7=cinco o más veces al día. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso? <input type="checkbox"/> Píldoras para adelgazar. <input type="checkbox"/> Toma diuréticos. <input type="checkbox"/> Toma laxantes. <input type="checkbox"/> Se provoca el vómito.		
8	¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?		
9	¿Cree usted que la comida «domina» su vida?		
10	¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?		
11	¿Existen momentos en los cuales «solo» puede pensar en comida?		
12	¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?		
13	¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?		
14	¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?		
15	¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?		
16	¿La idea de engordar le aterroriza?		
17	¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)		
18	¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?		
19	¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?		
20	¿Se refugia en la comida para sentirse bien?		
21	¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?		
22	¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?		
23	¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?		
24	¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?		
25	Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?		
26	¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?		
27	¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»? <input type="checkbox"/> Dos o tres veces al día (Asígnese seis puntos) <input type="checkbox"/> Diariamente (Asígnese cinco puntos) <input type="checkbox"/> Dos a tres veces a la semana (Asígnese cuatro puntos) <input type="checkbox"/> Una vez por semana (Asígnese tres puntos) <input type="checkbox"/> Una vez al mes (Asígnese dos puntos) <input type="checkbox"/> Casi nunca (Asígnese un punto)		
28	¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atacón»?		
29	Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?		
30	¿Come alguna vez en secreto?		
31	¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?		
32	¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?		
33	¿Varía su peso más de 2.5 kg a la semana?		

Fuente: Monterrosa Castro Álvaro, 2012

15.2.g. Escala Ede Q

Item	Subscale
	<i>Restraint</i>
1	Restraint over eating
2	Avoidance of eating
3	Food avoidance
4	Dictary rules
5	Empty stomach
	<i>Eating concern</i>
6	Preoccupation with food, eating, or calories
7	Fear of losing control over eating
9	Eating in secret
15	Guilt about eating
34	Social eating
	<i>Shape Concern</i>
10	Flat stomach
11	Preoccupation with shape and weight
12	Fear of weight gain
13	Feelings of fatness
30	Importance of shape
33	Dissatisfaction with shape
35	Discomfort seeing body
36	Avoidance of exposure
	<i>Weight concern</i>
11	Preoccupation with shape or weight
14	Desire to lose weight
29	Importance of weight
31	Reaction to prescribed weighing
32	Dissatisfaction with weight

Fuente: Iñárritu Pérez, 2012