



## TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ESCALAS PARA VALORAR SÍNTOMAS Y CONDUCTAS DE RIESGO\*

### *EATING DISORDERS: SCALES TO ASSESS SYMPTOMS AND RISK BEHAVIORS*

Monterrosa-Castro Álvaro<sup>1</sup>  
Boneu-Yépez Deiby John<sup>2</sup>  
Muñoz-Méndez José Tomás<sup>2</sup>  
Almanza-Obredor Pedro Enrique<sup>2</sup>

Correspondencia: djboneu@hotmail.com

Recibido para evaluación: septiembre - 12 - 2011. Aceptado para publicación: marzo - 26 - 2012.

### RESUMEN

**Introducción:** los trastornos de comportamiento alimentario (TCA) son un grupo de síndromes que tienen en común rasgos psicopatológicos fuertemente determinados por la apariencia física. Son mucho más frecuentes en mujeres que en varones, predominando en jóvenes. Hay 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.

**Objetivo:** identificar las principales escalas validadas que permiten detectar síntomas y conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos.

**Metodología:** revisión temática de publicaciones en las que se presentan, validan y analizan diversas escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo para TCA. 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.

**Resultados:** 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 Edimburg).

**Conclusión:** 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. **Rev.cienc.biomed. 2012;3(1):99-111**

### PALABRAS CLAVES

Trastornos de la conducta alimentaria; Bulimia nerviosa; Anorexia nerviosa; TCANE.

\* Un producto del Semillero FEM-SALUD del Grupo de investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Colombia.

<sup>1</sup> Director del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Profesor Titular. Jefe Departamento de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

<sup>2</sup> Estudiante. Miembro del Semillero FEM-SALUD del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

## SUMMARY

**Introduction:** eating disorders are a group of syndromes that have in common, psychopathological traits that are largely determined by their physical appearance. They are much more common in women than in men, predominantly in young people. There is increased incidence of eating disorders, which are the result of improved knowledge and the increasingly early implementation of better instruments for symptoms, risk factors and the availability of well defined diagnostic criteria.

**Objective:** to identify key validated scales to detect symptoms and risk behaviors for eating disorders in adolescents and adults.

**Methodology:** thematic review of publications in which they occur, validate and analyze different scales to assess symptoms and risk behaviors for ED. Electronic search was conducted from 1984 to 2011 in English and Spanish. We included all types of publications. We reviewed the abstracts and full papers were selected that addressed scales to assess symptoms and risk factors for eating behavior disorders.

**Results:** 539 abstracts were obtained on TCA. We reviewed 75 articles identified six complete and validated scales to identify symptoms and risk behaviors. Scale SCOFF (Sick, Control, Outweigh, Fat, Food). Scale EDE-Q. (Eating Disorder Examination-Questionnaire self-report). Scale EAT (Eating Attitudes Test) in versions 40 and 26 questions. Scale EDI (Eating Disorder Inventory). Scale BULIT (Bulimia Test) and version revised (BULIT-R). Scale BITE (Bulimia Test of Edinburg).

**Conclusion:** the SCOFF scale stands out to be simple and easy to apply orally or in writing. EAT scale, in both versions, is considered the gold standard to identify symptoms and risk behaviors for eating disorder behavior. **Rev.cienc.biomed. 2012;3(1):99-111**

## KEYWORDS

Eating disorders; Nervous bulimia; Anorexia nervosa; EDNOS.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) han sido definidos de muchas maneras. Vásquez y cols (1) los definieron en forma general, como un grupo de síndromes cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física. A su vez Bernes y cols (2) 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.

Los TCA se han convertido en un problema de salud con un fuerte impacto social, dada la gran incidencia que tienen en la población preadolescente, adolescente y adultos jóvenes. Son trastornos que se presentan más frecuentemente en países económicamente desarrollados (2-5), y son diez veces más frecuentes en mujeres que en varones (4).

En países occidentales desarrollados la frecuencia de TCA ha aumentado en las

últimas tres décadas y la edad de inicio es cada vez más temprana. En un estudio realizado en España (6), la prevalencia global de TCA en mujeres fue del 4.7%; cifra similar a la encontrada en el año 2000 en otra población de España que tuvo prevalencia global del 4.1% (5). En Latinoamérica hay pocos datos sobre la prevalencia de TCA (4).

En Colombia se considera que no se tienen estadísticas que involucren a toda la población. Ángel (7) en 1997 informó en población de estudiantes universitarios de Bogotá, Colombia, una prevalencia de 1.2% para bulimia nerviosa (BN), 0.5% para anorexia nerviosa (AN) y 17.5% para trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), para una prevalencia global de trastornos del comportamiento alimentarios del 19.5%.

Ramírez (8) realizó en el año 2003 un estudio en diversos colegios públicos y privados de Medellín, Colombia, con la participación de 474 estudiantes de sexo femenino entre los 9 y 19 años, encontrando que el 33.5% de las adolescentes estaban con riesgo para TCA, con prevalencia global del 17.7%, distribuida así: 0.8% para AN, 2.3% para

BN y 14,6% para TCANE. Cifras elevadas y prácticamente del doble, son señaladas por Rueda (4) en otro estudio realizado en tres colegios de Bucaramanga, Colombia, al encontrar prevalencia global de TCA (30%), AN (1.6%), BN (5.3%) y TCANE (23%).

En los últimos años se ha observado aumento en la incidencia de los TCA, que no solamente reflejan aumento en la problemática de la sociedad, sino también desarrollo de mejores herramientas diagnósticas. Se ha estimado que la incidencia de AN es 8.1 por 100.000 personas/año. La BN de 11.4 por 100.000 personas/año. La prevalencia de AN en mujeres va de 0.2 a 0.5%, mientras que BN es del 2 al 3% (3).

Varios factores están relacionados con los TCA: la dieta, ser mujer, adolescente y tener una percepción distorsionada de la imagen corporal. El objetivo es identificar las principales escalas validadas para detectar síntomas y conductas de riesgo para trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos.

## METODOLOGÍA

**Tipos de estudios:** se incluyeron en la evaluación todas las publicaciones obtenidas, sin distinciones de modalidad, tipo de estudio o investigación.

**Tipo de participantes:** artículos y publicaciones que presentaran o validaran en adolescentes y en adultos escalas para detectar síntomas y conductas de riesgo.

**Estrategias de búsqueda:** se realizó búsqueda en las bases de datos: PUBMED, COCHRANE, OVID, SCIELO EN ESPAÑOL, HINARI, EBSCOHOST, realizada periódicamente entre enero y agosto del 2011. Se limitó la búsqueda a los años 1984-2011. Se consideraron todos los resúmenes en los idiomas inglés y español.

**Términos clave:** se utilizaron las palabras presentes en el DsCH: trastornos de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa. También los términos presentes en el MeSH: eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa.

**Métodos de revisión:** se revisaron los resúmenes de forma separada e independiente. Se escogieron los resúmenes de artículos y publicaciones de cualquier modalidad que presentaran, comentaran o validaran escalas. Seguidamente se buscaron las publicaciones full-text, fueron revisadas y seleccionadas las pertinentes a las escalas. Solo se consideraron documentos completos, que estuviesen disponibles.

**Criterios de selección:** se incluyeron los estudios sin restricción de diseño ni nivel de evidencia.

**Tipo de intervención:** revisión temática.

## RESULTADOS

En PUBMED se ubicaron 19.296 resúmenes de publicaciones, en EBSCOHOST 3074, en OVID 6869, en COCHRANE LIBRARY 1306, en SCIELO en español 74 y en SCIENCE DIRECT 3179 para 33.798 resúmenes de publicaciones que valoraban diferentes formas de TCA. Se realizó depuración para evitar repeticiones. Se identificaron y seleccionaron 3055 resúmenes de artículos. 539 resúmenes se centran en escalas de TCA. De los cuales se obtuvieron 350 artículos completos, 75 artículos se ajustaban a la exigencia de los objetivos y todos ellos fueron valorados.

## ESCALAS PARA EVALUAR SINTOMAS Y CONDUCTAS DE RIESGO

Para valorar el TCA y sus diferentes variables se han propuesto varias escalas o instrumentos (9). Se pueden utilizar para seleccionar poblaciones o individuos en riesgo para TCA y adelantar programas o acciones preventivas. Las escalas son herramientas autoaplicadas que tienen capacidad para establecer síntomas y/o medir la presencia de conductas de riesgo para TCA. Con la aplicación de las escalas no se efectúa diagnóstico de TCA, el cual se realiza con la suma de entrevistas semiestructuradas guiadas por un profesional capacitado, la entrevista clínica, la exploración física, psicopatológica, conductual y con las exploraciones complementarias, con las cuales

se evidencian las alteraciones somáticas, cognitivas, conductuales y emocionales que hacen parte del TCA (9).

Las escalas de mayor interés y aplicación para identificar síntomas y establecer conductas de riesgo para TCA son las siguientes:

**SCOFF.** Escala propuesta por Morgan y colaboradores (10) en 1999. Realizaron investigación de casos y controles, aplicando un cuestionario a 166 mujeres de edades entre los 18 y 40 años (casos), quienes tenían diagnóstico comprobado de TCA mediante los criterios del DSM-IV y a 96 mujeres entre los 18 y 39 años de edad de una escuela local (controles). Los resultados arrojaron que tener dos respuestas positivas de las cinco posibles ofrecían sensibilidad del 92 al 96% y especificidad del 87.5%. La escala tiene probabilidad de falsos positivos del 12.5%.

Es una escala sencilla, consta de cinco ítems o preguntas que valoran síntomas relacionados con la conducta alimentaria en los tres últimos meses. Tiene un patrón de respuesta dicotómica, para señalar si o no. Cada respuesta afirmativa recibe una puntuación de uno. La puntuación total de la escala oscila entre cero y cinco puntos. Puntuación de dos o más indica probable TCA. A mayor puntuación mayor probabilidad de conducta de riesgo. Es una excelente herramienta para aplicar en la consulta de atención primaria (9).

Esta escala, como las demás escalas de síntomas y de conductas de riesgo, no es adecuada para realizar diagnóstico de TCA (9). Por ser fácil de recordar y evaluar, la escala SCOFF se puede aplicar de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar riesgo de TCA. Es un instrumento para el tamiz de trastornos de la conducta alimentaria. Posee sensibilidad del 100% para BN y AN, especificidad del 85% para AN y del 80% para BN, falsos positivos del 7.3% AN y del 8% para BN (10). Su nombre deriva de un acrónimo en inglés, que considera la letra inicial de cada ítem. Sick (Enfermedad), Control (Control), Outweigh (Pérdida de peso), Fat (Gordo), Food (Comida). Una de las validaciones en español fue realizada por

J García-Campayo en el año 2004 (11), para identificación temprana de TCA en mujeres entre 14 y 55 años, con cifras de sensibilidad y especificidad similares a la versión en lengua original. La escala SCOFF ha sido adoptada en el Reino Unido como prueba general de valoración y se ha señalado su importancia como herramienta de control cuando se está realizando tratamiento (9). (Tabla N°1)

TABLA N° 1 ESCALA DE SCOFF			
Nº	ÍTEMS	SI	NO
1	¿Tiene la sensación de estar enfermo (a) porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
2	¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?		
3	¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?		
4	¿Cree que está gordo (a) aunque otros digan que está demasiado (a) delgado (a)?		
5	¿Diría que la comida domina su vida?		

**EATING ATTITUDES TEST (EAT).** Instrumento con cuarenta preguntas que se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que van desde siempre a nunca, para una puntuación de 0 a 120. Ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conducta hacia patrones alimentarios restrictivos. Fue elaborada por DM Garner y PE Garfinkel (12) en el año de 1979. Las preguntas son agrupadas en siete dominios o dimensiones: 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.

EAT es útil para identificar casos de AN previamente no diagnosticados, para aplicar en poblaciones de riesgo para TCA, como bailarinas y modelos. Buen instrumento para validar casos incipientes de AN y BN, de alta confiabilidad y validez transcultural (9).

Posteriormente DM Garner y colaboradores en el año 1982, a partir de un análisis factorial de EAT, la rediseñaron y la simplificaron a 26 preguntas, por lo tanto la primera pasó a denominarse EAT-40 y la versión breve EAT-26 (13). La versión original y la abreviada tienen adecuado índice de correlación ( $r=0.89$ ), similar capacidad predictiva positiva y negativa, sensibilidad y especificidad e igual la confiabilidad de prueba/post prueba en un periodo de dos a tres semanas que llega a ser del 84% (12,13). Por lo anterior y por ser la EAT-26 más breve, más práctica y fácil de utilizar, tiene mayor aceptación y ha demostrado ser interesante para tamizar personas en riesgo de presentar AN (9). Está compuesta por las primeras 26 preguntas de EAT-40, las cuales son agrupadas en tres dominios o sub-escalas: [A] dieta. [B] bulimia. [C] preocupación por comer y control oral. Se

evalúa cada pregunta con la misma escala de siempre a nunca y el rango de la puntuación va desde 0 a 78 (13).

EAT-26 tiene varias validaciones que demuestran su importancia, entre otras la realizada en la población española por Castro (14) y otra en la población mexicana por Álvarez (15), quien encontró nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha$  de cronbach = 0.93) y punto de corte de 28 para sensibilidad del 83% y especificidad del 91%. También se ha sugerido utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a adolescentes o adultos en riesgo para TCA: más de 30 puntos cuando se aplica EAT-40 y más de 20 puntos para EAT-26 (9). La Tabla N<sup>o</sup> 2 presenta la escala EAT-26, en versión en español, propuesta por Gandarillas en el año 2003 (16).

TABLA N° 2 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						

Para evaluar niños, Maloney MJ et al (17) propusieron en el año 1988, una escala autoaplicable para niños desde los ocho hasta los trece años de edad, basado en EAT-26, elaboradas con palabras y estructuración más sencilla y fue denominada Children Eating Attitudes Test (ChEAT-26), con buena sensibilidad y especificidad que permite establecer la preocupación, los modelos y la actitud alimentaria. Igualmente puntuación superior a 20, indicaría posible TCA. Ha sido validada y utilizada en español con resultados de fiabilidad y validez similar a los obtenidos en los estudios originales (9).

**EATING DISORDERS EXAMINATION-QUESTIONNAIRE (EDE-Q).** Se utiliza para detectar individuos con alto riesgo de padecer algún tipo de TCA. Con treinta y seis preguntas se evalúa: [A] Preocupación por el peso. [B] Preocupación por la figura. [C] Restricción alimentaria. [D] Preocupación al comer. La escala fue propuesta por Fairburn y Beglin (18) en el año de 1994 y elaborada a partir de la entrevista semiestructurada Eating Disorders Examination (EDE), específica para AN y BN, con muy bue-

na consistencia interna. Entre mayor sea el resultado obtenido, más severo será el trastorno. Tiene en cuenta conductas alimentarias en las cuatro semanas previas a la aplicación (9).

Mond et al (19) 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 que 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 (11). Para su utilización, la escala se puede solicitar a Christopher G. Fairburn, Oxford University, Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, United Kingdom.

### **EATING DISORDERS INVENTORY (EDI)**

Herramienta utilizada para hacer seguimiento a individuos con alteración del comportamiento alimentario como AN y BN, y también en la búsqueda de síntomas y conductas de riesgo para TCA. Identifica variables relacionadas con los síntomas de TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Fue desarrollada por Gardner M, Olmstead M y Polivy J (21) en 1983 y validada en un grupo de 113 pacientes en Canadá. También validada en población mexicana por Álvarez y Franco (22) en el 2001, con buena confiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach = 0.93), sensibilidad: 86.4%, especificidad: 88%, VPP: 82.6%, Valor Predictivo Negativo (VPN): 84.6%.

Es una escala larga y compleja de sesenta y cuatro preguntas o ítems y ocho subescalas. [A] Obsesión por la delgadez. [B] Bulimia. [C] Insatisfacción con la imagen corporal. [D] Ineficacia. [E] Perfeccionismo. [F] Desconfianza interpersonal. [G] Conciencia interoceptiva. [H] Miedo a la madurez. Las tres primeras sub-escalas evalúan actitudes y/o comportamientos con la alimentación y la forma corporal. Las otras cinco infieren sobre autoestima y autoconcepto (21).

Cada una de las preguntas tiene seis opciones de respuesta desde nunca hasta siempre y se puntúan de cero a cinco. La puntuación máxima es 192 y el punto de corte sugerido es 42. Una puntuación superior indicaría presencia de TCA. La escala EDI tiene mayor efectividad que EAT, para diferenciar BN de la AN (9). Es importante cuando hay necesidad de establecer diferencia entre estos dos cuadros del TCA, siendo las sub-escalas: bulimia e insatisfacción con la imagen corporal, las que más contribuyen a marcar la diferencia. EDI también es válida y sensible en el seguimiento a la administración de tratamiento (21).

Posteriormente los mismos autores (23) en 1991, agregaron otras veintisiete preguntas a la escala. La versión anterior pasó a ser denominada EDI-1 y la nueva a conocerse como EDI-2, con noventa y uno preguntas y once sub-escalas. A las ya definidas se agregaron: [A] Ascetismo. [B] Impulsividad. [C] Inseguridad social. El punto de corte de la versión alargada es 80 puntos con sensibilidad del 91% y especificidad del 80%. Existen versiones en español tanto para EDI-1, realizadas entre otros por Guimerá y Torrubia en 1987, así como para EDI-2, realizada por García en el año 2003, y están citadas y explicitadas en la Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español (9). Un paquete informático está disponible en [www.parinc.com](http://www.parinc.com). El software genera un informe detallado de las sub-escalas y la puntuación total de la escala, ayudando a la correcta interpretación.

**BULIMIA TEST (BULIT).** Escala propuesta por Mc Smith y MH Thelen en 1984 (24) con la intención de identificar a las personas con BN entre la población libre de TCA, distinguir a los individuos con BN de los que padecen otros tipos de TCA e incluso clasificar a los que presentan BN en distintos subgrupos. BULIT es una escala específica para identificar sintomatología y factores de riesgo de bulimia. Consta de treinta y dos preguntas que se agrupan en cinco dimensiones o sub-escalas. [A] Descontrol de las comidas. [B] Malestar. [C] Vómitos. [D] Tipos de alimentos. [E] Fluctuaciones en el peso. Cada pregunta se califica de uno a cinco, para puntuación entre 32 y 160. Un punto de corte de 102, ofrece sensibilidad del 95%, especificidad del 98%, VPP del 91% y VPN del 99% (24). Tiene además cuatro preguntas informativas sobre abuso de laxantes, diuréticos y para mujeres el comportamiento del ciclo menstrual, preguntas que no cuentan en la puntuación. Vásquez y colaboradores (25) realizaron validación de la escala en español y obtuvieron datos sólidos en cuanto a fiabilidad. Con un punto de corte de 88, identificaron al 90% de personas con BN y excluyeron correctamente al 100% de los que estaban libres de TCA. (Tabla Nº 3)

**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

En 1991 los mismos autores realizaron una revisión y publicaron BULIT-R (26), para realizar tamiz de mujeres que cumplían con los criterios diagnósticos de BN por el DSM-IV. El instrumento también consta de treinta y seis preguntas, aunque solo veintiocho son utilizadas para el cálculo de la puntuación. Tiene similar validez (27), adecuada correlación con la escala inicial ( $r=0.99$ ), aunque es más utilizada la original (9).

**BULIMIA INVESTIGATORY TEST OF EDIMBURG (BITE).** Utilizada para detectar precozmente a individuos con síntomas de BN, es también específica para BN.

Fue desarrollada por M. Henderson y CPL Freeman y (28), validada al español por Rivas y colaboradores (29). Consta de treinta y tres ítems. Con treinta preguntas para contestar sí o no se evalúa la presencia de síntomas. Puntuación menor a 10 indica ausencia de síntomas de BN, entre 10 y 20 posible presencia de BN y mayor a 20 indica presencia de manifestaciones relacionadas con BN (28). Las otras tres preguntas permiten evaluar el índice de gravedad, con máximo de 39 puntos y 5 como punto de corte. Una puntuación total superior a 25, incluidas la evaluación de síntomas e índice de gravedad indica posible presencia de BN grave (9) (Tabla N° 4).

**TABLA N° 4  
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? ( ) Un día sí y otro no (Asígnese cinco puntos) ( ) Dos - tres veces por semana (Asígnese cuatro puntos) ( ) Un día a la semana (Asígnese tres puntos) ( ) De vez en cuando (Asígnese dos puntos) ( ) 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? ( ) Píldoras para adelgazar. ( ) Toma diuréticos. ( ) Toma laxantes. ( ) 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»? ( ) Dos o tres veces al día (Asígnese seis puntos) ( ) Diariamente (Asígnese cinco puntos) ( ) Dos a tres veces a la semana (Asígnese cuatro puntos) ( ) Una vez por semana (Asígnese tres puntos) ( ) Una vez al mes (Asígnese dos puntos) ( ) 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?		

Es importante en la consulta de atención primaria identificar clínicamente los individuos que pudiesen tener factores de riesgo. La guía española de TCA (9) sugiere que debe prestarse atención a jóvenes con índice de masa corporal inferior a lo esperado, personas que consultan por problemas de peso sin estar en sobrepeso, mujeres con amenorrea y con el antecedente de episodios de vómitos provocados.

Es fundamental que los profesionales de la salud que adelantan atención primaria, se interesen en la búsqueda de hábitos de riesgo para TCA, tengan disponibles las escalas de evaluación de síntomas y de conductas de riesgo y estén capacitados en su aplicación y familiarizados con la interpretación. Deben explorar sobre la presencia de síntomas en los jóvenes (9) y generar conciencia en todos sus pacientes sobre la entidad, la importancia de la sospecha temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

## CONCLUSIÓN

Los TCA son patologías de difícil diagnóstico que requieren una sumatoria de métodos de evaluación para establecer la presencia de la alteración. No obstante deben ser tenidas en cuenta en la atención primaria. Si en el interrogatorio clínico general se genera la sospecha de TCA, se debe aplicar la escala SCOFF o EAT. Si la sospecha clínica es específica para BN se debe aplicar BULIT o BITE. Cualquiera de las cuatro pruebas positivas identifican la posible presencia de TCA y el paciente debe ser prontamente valorado por personal sanitario especializado, recurriendo a entrevista clínica semiestructurada, exploración física, psicopatológica, conductual y valoración complementaria, para que realice o descarte el diagnóstico de TCA.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** ninguno que declarar.

**FINACIACIÓN:** recursos propios de los autores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez R, Ángel LA, Morena N, García J, Calvo JM. Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual Pediatr.* 1998;8(1):7-14.
2. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch.argent.pediatr.* 2004;102(6):440-444.
3. Cano A, Castaño J, Corredor D, García A. Factores de Riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *MedUNAB.* 2007;10(3):187-194.
4. Rueda G, Cadena L, Díaz L, Ortiz D. Validación de la encuesta del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2005;34(3):375-385.
5. Goñi A. y Rodríguez A.; Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(1):29-36.
6. Morandé G, Celada J, Casals JJ. Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *J Adolesc Health.* 1999;24(3):215-219.
7. Ángel L, Vázquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre Julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta méd. colomb.* 1997;22(3):111-119.
8. Ramírez Al, Moreno M, Yepes M, Posada A, Pérez G, Roldan P. Prevalencia de los estudiantes de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el área metropolitana. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
9. Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
10. Morgan J, Reid J, Lacey H; The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319(7223):1467-1468.
11. García-Campaño J, Saenz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005;59(2):51-55.
12. Garner D, Garfinkel P. the eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-279.
13. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4):871-878.

14. Castro J, Toro J, Salamero M. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol.* 1991;7:175-189.
15. Álvarez-Rayón G, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, Unikel-Santocini C, Caballero-Romo A, Mercado-Corona D. Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders.* 2004;9(4):243-248.
16. Gandarillas A, Zorilla B, Muñoz P, Sepúlveda AR, Galan I, León C. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gac Sanit.* 2002;1:40-42.
17. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(5):541-543.
18. Fairburg CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report question naire? *Int J eat Disord.* 1994;16(4):363-370.
19. Mond J, Hay P, Rodgers BJ, Hay P, Rodgers B, Owen C, Beumont P. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):551-567.
20. Elder K, Grilo C. The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Comparison with the spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behav Res Ther.* 2007;45(6):1369-1377.
21. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983;2(2):15-34.
22. Álvarez D, Franco K. Validación del Eating Disorder Inventory (EDI) en población mexicana [Tesis de Licenciatura en Psicología]. México:Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala; 2001.
23. Gardner D. Eating Disorder Inventory - 2. Professional Manual. Odessa. Florida (US). Psychological Assessment Resources.1991.
24. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for Bulimia. *J Consult Clin Psychol.* 1984;52(5):863-872.
25. Vázquez A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Características psicométricas de una adaptación española del Test de Bulimia (BULIT). *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(5):309-314.
26. Thelen MH, Farmer D, Wonderlinch D, Smith M. A revision of the bulimia test: the MULIT-R. *J Consult Clin Psychol.* 1991;3:119-124.
27. Welch B, Thompson L, Hall A. The BULIT-R its reliability and clinical validity as a screening tool for DSM-III-R bulimia nervosa in a female tertiary education population. *Int J Eat Disord.* 1993;14:95-105.
28. Henderson M, Freeman A. Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry.* 1987;150:18-24.
29. Rivas T, Jiménez M, Betsabé R. Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicol Conduct.* 2004;3:447-462.



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

Anuncia que próximamente espera abrir convocatoria para admitir estudiantes a sus nuevos programas de especializaciones en fase de registro y reglamentación.

**ESPECIALIZACIONES:**

DERMATOLOGÍA - MEDICINA CRÍTICA - NEUROLOGÍA -  
MEDICINA FAMILIAR

**MAESTRÍAS:**

FISIOLOGÍA - GENÉTICA - TOXICOLOGÍA

Espere detalles, apertura, fases del proceso y reglamentación, en:

**[www.unicartagena.edu.co](http://www.unicartagena.edu.co)**