



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Programa de Doctorat :

Salut, envelliment i cognició : una perspectiva psicològica

Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

Departament de Psicologia

Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

**ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA
DE ESTUDIANTES CATALANES CON
CONDUCTAS A RIESGO DE TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Memoria presentada por

CAROLINA SANCHO LUCMORT

Para optar al grado de Doctora por la Universidad Rovira i Virgili

Tarragona, 2008



Les Dres. Josepa Canals Sans i Maria Victoria Arija Val, professors titulars de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, com a Directores de tesi

CERTIFIQUEN

Que **Carolina Sancho Lucmort** ha realitzat sota la seva direcció el treball titulat “***ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES CATALANES CON CONDUCTAS A RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA***” el qual reuneix les condicions necessàries per a la seva presentació com a Tesi Doctoral.

Tarragona, 1 de Juliol de 2008

Dra. Josepa Canals Sans

Dra. Maria Victoria Arija Val



** A Alex que en este proyecto empezó como un amigo
y se ha convertido en mi nueva familia, por su incansable apoyo.*

**A mis padres Miguel y Régine, por fortalecer mi deseo
de enriquecerme culturalmente.*

** A mi hermana Nathalie, por enseñarme a tener paciencia.*

** Y en general a toda mi familia y en especial a "Mamie" mi abuela, que
aún estando lejos, han sabido acercarse para darme aliento en esta
para mi hazaña sinigual.*



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Programa de Doctorat :

Salut, envelliment i cognició : una perspectiva psicològica

Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

Departament de Psicologia

Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

**ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA
DE ESTUDIANTES CATALANES CON
CONDUCTAS A RIESGO DE TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Memoria presentada por

CAROLINA SANCHO LUCMORT

Para optar al grado de Doctora por la Universidad Rovira i Virgili

Tarragona, 2008



** A Alex que en este proyecto empezó como un amigo
y se ha convertido en mi nueva familia, por su incansable apoyo.*

**A mis padres Miguel y Régine, por fortalecer mi deseo
de enriquecerme culturalmente.*

** A mi hermana Nathalie, por enseñarme a tener paciencia.*

** Y en general a toda mi familia y en especial a "Mamie" mi abuela, que
aún estando lejos, han sabido acercarse para darme aliento en esta
para mi hazaña sinigual.*

AGRADECIMIENTOS

Tras un largo periodo, de trabajo y dedicación a este gran proyecto de investigación, que finalmente presento en esta Tesis Doctoral, quiero agradecer a un gran número de personas su apoyo incondicional en la realización de todo el proceso, su confianza, lo que me han enseñado con sus inestimables consejos, o su amistad y cariño.

Para empezar, es importante reconocer, a todos los **centros de enseñanza**, por su colaboración en este proyecto de investigación, y en especial a los **alumnos** que participaron, por facilitarnos esa valiosa y a veces muy privada información que ha permitido la realización del trabajo.

Sin olvidar al **Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo** por financiar el proyecto de investigación.

Y en especial quisiera agradecer, a las dos personas que han dirigido la Tesis:

A la **Dra. Fina Canals**, por creer y confiar en mí en un momento clave de mi vida. Por enseñarme tantas cosas, que me han permitido evolucionar de manera positiva en el terreno de la investigación y en el personal. Por su tiempo y dedicación en las correcciones a pesar de las dificultades por la distancia.

A la **Dra. Victoria Arija**, por ampliar mis conocimientos metodológicos, sobre todo en lo referente al SPSS, del cual no tenía ninguna formación, y por su tiempo y dedicación.

A mis compañeros de trabajo, empezando por **Oscar Asorey** y la **Dra. Griselda Esparó** que me hicieron descubrir los entresijos del trabajo de campo, y me facilitaron el camino para llevar las riendas en la continuación. A la **Dra. Nancy Babio**, **Elisabeth Biarnès** y **Marta Ferrè** compañeras en este trabajo de campo, que por sus dificultades a veces parecía una carrera de obstáculos.

A ti **Nancy**, por ampliar mis conocimientos en aspectos de nutrición, por escucharme en algunos momentos difíciles, por darme aliento, muchísimas gracias.

AGRADECIMIENTOS

A ti **Eli**, por compartir y hacer más amenos toda clase de momentos, desde un café y algunas confesiones íntimas, hasta el día a día del trabajo de campo.

En general al **Dr. Joan Fernández Ballart** por su apoyo con el SPSS y sus consejos. A **Dolors, Michelle, Nuria y Maribel**, por estar ahí y compartir mi experiencia.

A la **Universidad Rovira i Virgili**, por ayudarme concediéndome una beca predoctoral URV.

A **Fernando Fernández**, por alentarme a seguir en la investigación y fomentar mi curiosidad en lo referente a los trastornos de la conducta alimentaria.

A mis amigos **María y Ricard**. A ti María por tus valiosos consejos, por animarme a seguir en todo momento y a levantar mis ánimos cuando llegué a plantearme tirar la toalla. A ti Ricard que aunque hemos pasado momentos difíciles en nuestra amistad, durante muchos años me enseñaste a ser yo misma siempre por encima de todo, y a luchar por lo que quería.

A ti **Alex**, ahora mi marido, por compartir momentos duros armándote de paciencia, por comprenderme tan bien y por creer desde el principio que yo llegaría al final.

A mis **padres y hermana** y en general **a toda mi familia**, por ser la mejor base que he podido tener para erigir mi vida, dándome fortaleza para salir de tantos momentos difíciles, y por enseñarme a amar la cultura.

A las nuevas personas que forman parte de mi vida y que han aportado un granito de arena; gracias **Miriam, Rosa, Vanesa, Mercè, Judit**.....

En general a todos los que durante todos estos años me han apoyado de alguna manera y me han alentado a llegar al final, muchísimas gracias.

ÍNDICE



ÍNDICE

<u>JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO</u>	p.1
<u>INTRODUCCIÓN</u>	p.3
1. <u>Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)</u>	p.3
1.1. Criterios Diagnósticos de los TCA	p.4
1.1.1. Anorexia nerviosa	p.4
1.1.2. Bulimia nerviosa	p.7
1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados	p.10
1.2. Posibles futuros cambios en la clasificación de los TCA, hacia el DSM-V	p.13
2. <u>Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria</u>	p.14
2.1. Prevalencia de los TCA	p.15
2.2. Incidencia de los TCA	p.16
3. <u>Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria</u>	p.17
3.1. Factores de tipo individual	p.18
3.1.1. Factores biológicos	p.18
3.1.2. Factores psicológicos	p.19
3.1.3. Factores comportamentales	p.21
3.2. Factores familiares	p.22
3.3. Factores de tipo sociocultural	p.23
4. <u>Evaluación en lo referente a las conductas y actitudes en la alimentación</u>	p.24
4.1. Instrumentos para la evaluación de TCA en población adulta y adolescente	p.24
4.2. Instrumentos desarrollados para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, en población infantil y preadolescente	p.32
4. <u>Evaluación de la Imagen Corporal</u>	p.37
5.1 Instrumentos para evaluar la imagen corporal en adultos y adolescents	p.37
5.2 Instrumentos de evaluación de la Imagen Corporal en niños y preadolescentes	p.40
<u>OBJETIVOS E HIPÓTESIS</u>	p.44

<u>MATERIAL Y MÉTODO</u>	p.46
<u>RESULTADOS</u>	p.49
1. “PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE CHILDREN’S EATING ATTITUDES TEST IN A SPANISH SAMPLE”	p.49
2. “EPIDEMIOLOGY OF EATING DISORDERS: A TWO YEARS OF FOLLOW UP IN AN EARLY ADOLESCENT SCHOOL POPULATION”	p.50
3. “PERSONALITY IN NON-CLINICAL ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS”	p.51
4. “CHANGES IN, AND RISK FACTORS FOR BODY DISSATISFACTION IN SPANISH ADOLESCENT BOYS AND GIRLS”	p.52
<u>DISCUSIÓN</u>	p.53
<u>CONCLUSIONES</u>	p.63
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	p.66

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO



INTRODUCCIÓN



BULIMIA - ANOREXIA
Support for people with eating disorders.



INTRODUCCIÓN

1. Los Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos que se caracterizan por alteraciones graves en la alimentación; que a nivel conductual, pueden manifestarse de manera patognomónica con una dieta restrictiva, con empleo de conductas compensatorias como el vómito, laxantes, diuréticos, o el ejercicio en exceso. A parte de otras muchas alteraciones comportamentales. A nivel cognitivo, los TCA conllevan insatisfacción corporal, tanto a nivel de la forma como del peso, que lleva en la mayoría de los casos de los pacientes, a distorsionar y a sobrevalorar el peso y la forma de sus cuerpos.

En la clasificación de los años 80 de los trastornos mentales (DSM- III; APA, 1987) los TCA se trataron como una subclase dentro de los trastornos en la infancia, la niñez y la adolescencia, y se hallaban dentro de los trastornos cuya principal manifestación era somática, con los trastornos por movimientos estereotipados y otros trastornos de manifestación somática. Con la aparición del DSM- IV (APA, 1994) se los incluyó como categoría independiente denominada Trastornos de la conducta alimentaria. En ellos se incluirían trastornos como la anorexia nerviosa, que tendría como principal característica la no aceptación a mantener el peso dentro de unos mínimos normales y la bulimia nerviosa, que se caracterizaría por episodios continuados de ingesta voraz que irían seguidamente acompañados de otro tipo de conductas compensatorias que no son apropiadas, como la provocación del vómito, el uso excesivo de fármacos laxantes, y diuréticos, u otros tipo de medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos dos tipos de trastorno tendrían en común la distorsión de la percepción de la forma como del peso corporal. El DSM-IV (APA, 1994) también incluye aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta específico (TCANE), en donde se incluiría Tanto el “trastorno de sobreingesta” (DSM-IV, APA,

1994) denominado “trastorno por atracón” en la posterior revisión (DSM-IV-TR, APA, 2000) (Tabla I. 8.) que se halla dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores.

1.1. Criterios Diagnósticos de los Trastornos de la conducta alimentaria

1.1.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa, es un TCA que no se correspondería con la definición literal de “anorexia” que sería la falta de apetito, ya que se trataría más bien de una conducta activa de restricción alimentaria con una constante lucha contra el apetito. El anoréxico sería como un “organismo hambriento” (Bruch, 1973) que, aunque no come, no deja de pensar cuáles son los alimentos adecuados que debe ingerir para no engordar.

La clínica ha demostrado que para el diagnóstico de la anorexia nerviosa existen 4 puntos clave a tener en cuenta que juegan un papel decisivo. Según el DSM-IV-TR (APA 2000) y la CIE-10 (OMS, 92) son:

A. La presencia de un marcado bajo peso, no debido a causas orgánicas sino a un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. **Pérdida marcada de peso** que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable). La CIE-10 (OMS, 92) sería más estricta indicando que el índice de masa corporal (IMC) del sujeto debía ser igual o ser inferior a 17.5 Kg. /m^2 . Es importante decir que estos datos son tan sólo una guía para el clínico, pero no son un estándar único para el peso mínimo normal, el clínico debe determinar el peso mínimo normal de un individuo, considerando también aspectos como su constitución física y su historia de pérdida de peso previa (APA, 1994).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso. En el caso de la CIE-10 la pérdida de peso vendría originada por 1.) la evitación de

consumir “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes: **2.)** vómitos autoprovocados, **3.)** purgas intestinales autoprovocadas, **4.)** ejercicio excesivo, y **5.)** consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Este miedo intenso haría que los pacientes tras haber perdido el peso deseado, intentaran no recuperarlo, con lo cual mantendrían conductas inapropiadas como las dietas estrictas que no superan las 600-800 kilocalorías. Adoptarían también rituales alimentarios peculiares (cortar la comida a trozos pequeños y arreglarla minuciosamente en el plato, esconder comida...). Todo ello conllevaría como es normal a una consecuente disminución de peso. Este sería uno de los elementos que determinarían un círculo vicioso en el que se mueve el paciente anoréxico (Fernández & Turón, 1999)

C. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; influencia excesiva de la silueta corporal y el peso en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual. Existiría una sobrevaloración de la imagen y la figura que influiría en el comportamiento del paciente. En la CIE-10 se explicaría como una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales. Sería como una imposición del enfermo a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

Los pacientes anoréxicos verían sus cuerpos tal y como son, la distorsión se hallaría en la imagen mental que ellos tienen de su cuerpo. La imagen mental del cuerpo en la población general, está algo distorsionada, lo que quiere decir que existiría cierta diferencia entre la imagen real y la mental; la diferencia con la anorexia nerviosa es que la distorsión es bastante extrema en comparación (Raich, 2001). En la anorexia nerviosa, los pacientes tienden a valorarse en exceso a través de su cuerpo ya que es bien cierto que la concepción que se tiene de uno mismo viene en parte determinada por nuestro cuerpo, la imagen que se tiene del propio cuerpo está influyendo de algún modo sobre la imagen general que se tiene de uno mismo, con lo cual en el caso de la anorexia nerviosa la determinación de la autoimagen general como persona está extremadamente determinada por el cuerpo. Varios estudios han demostrado que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está

asociado con la autoestima en general (Raich, 1994; Paxton, et al., 2006; Pinheiro & Giugliani, 2006; Shin & Shin, 2008). Las mujeres que tienen una autoestima más negativa con trastornos alimentarios tienen más alteradas la percepción y la valoración corporal (Cooper & Taylor, 1987; Rosen, 1990).

D. En las mujeres pospuberales, **presencia de amenorrea**; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo: estrógenos). La CIE-10 iría más lejos especificando que al producirse un trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, en las mujeres se manifestaría como anteriormente indicado con la amenorrea y en el varón con una pérdida del interés y de la potencia sexual. A su vez añade que se podrían presentar concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina.

La CIE-10 añadiría un 5º punto clave a tener en cuenta que tendría que ver con el tiempo de aparición de la anorexia nerviosa, planteando que si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse pero la menarquía es tardía.

En la CIE-10 además se hace una exclusión de la anorexia nerviosa cuando han existido atracones recurrentes de forma regular, optando por el diagnóstico de la bulimia nerviosa.

Con la publicación del DSM-IV (APA, 1994), la anorexia nerviosa fue dividida en dos subtipos, la de tipo restrictivo (ANR) y aquellos anoréxicas de tipo compulsivo / purgativo, con episodios bulímicos y/o conducta purgativa (ANBP). Los dos subtipos se diferencian por la presencia o ausencia de comportamientos como episodios bulímicos o episodios de purga a través del vómito o la utilización de forma descontrolada de laxantes, diuréticos y enemas. La diferenciación entre los tipos restrictivo y compulsivo de anorexia

incluidos a partir del DSM-IV fueron basados en las investigaciones que indicaban la existencia de diferencias entre las mujeres con ANR y ANBP, en las medidas de impulsividad, abuso de sustancias, índice de suicidio y labilidad emocional (APA, 1994). En una revisión que Da Costa et al. (1992) hicieron de 12 estudios que examinaban las diferencias entre ANR y de ANBP se halló una elevada impulsividad en el comportamiento de las ANBPs, que se mostraba en la frecuencias de robos, de abuso de sustancias, intentos de suicidio, y autolesiones.

Además de la introducción de esta diferenciación el trastorno de la imagen corporal adquirió aspectos más cognitivos. Y se le concedió más importancia a los sentimientos y a las actitudes negativas respecto al cuerpo.

1.1.2 .Bulimia nerviosa

En el ámbito clínico se aplicaría a un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por accesos incoercibles de gula, con una masiva absorción de grandes cantidades de alimentos, que generalmente suelen tener, un elevado contenido calórico. Tras ese tipo de conductas la persona que tiene lo que denominaríamos atracón se vería invadida por una serie de sentimientos de culpa y de autorrepulsa y de malestar en general que le llevaría seguidamente al uso de alguna conducta compensatoria como por ejemplo inducción al vómito, que de algún modo le ayudaría a mitigar los efectos de exceso.

Los pacientes con bulimia tenían tres aspectos comunes (Faiburn & Garner, 1986): **1.)** Una pérdida de control subjetiva respecto a la comida y episodios bulímicos **2.)** Una conducta compensatoria para el control del peso corporal y **3.)** Una extrema preocupación por la imagen corporal y el peso.

No fue hasta la aparición del DSM-IV en 1994 que la bulimia no sufrió las consecuentes modificaciones con respecto a anteriores criterios diagnósticos. Principalmente los cambios fueron: **1.)** Una mejor y más detallada descripción de los episodios de voracidad, o atracones, y del sentimiento de pérdida de control; **2.)** Una diferenciación entre los pacientes bulímicos de tipo purgativo y no purgativo. Willmuth et

al. (1988) comprobaron mayores grados de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones) entre las que se purgan, en comparación a las que no lo hacen) **3.)** La adquisición de aspectos más cognitivos en lo que se refiere a la imagen corporal.

La clínica ha demostrado que para el diagnóstico de la bulimia nerviosa existen 4 puntos clave a tener en cuenta que juegan un papel decisivo. Según el DSM-IV-TR (APA 2000) y la CIE-10 son:

A. La presencia de Atracones (en la anterior versión DSM-IV (APA, 2004) denominados “episodios de sobreingesta”) recurrentes. Un atracón se caracteriza por: **1.)** Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 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 del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer y no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

Estos episodios se diferenciarían de los que se producen en pacientes obesos, en pacientes diabéticos o en población normal, porque en ellos no existiría una sensación de pérdida de control. Las mismas pacientes hicieron una analogía entre los denominados atracones y la adicción a fumar, al alcohol y hasta las drogas (Russell, 1979). El término que se utiliza para denominar dichos episodios en inglés *binge eating* que las mismas pacientes dieron, no significaría más que borrachera, embriaguez (Belloch, Sandin & Ramos, 1996).

B. La utilización de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito (la manera más típica de provocar el vómito, es a través de la introducción de los dedos, pero puede llegar a convertirse en una conducta refleja), uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, el empleo de dietas restrictivas, el ayuno, y ejercicio excesivo. La CIE-10 añade el hecho de que si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento

de insulina. Las estrategias más utilizadas son el vómito y/o las dietas, pero no son una regla imprescindible para el diagnóstico de estos pacientes.

Lo que si es fundamental desde el inicio, es determinar el tipo de conducta compensatoria que se da, su frecuencia, y en qué momentos aparece, para poder estudiar la funcionalidad del trastorno y precisar las características diferenciales entre subgrupos de pacientes bulímicos.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas **tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.** Aunque es bastante habitual que estos episodios se den de manera muy variable; podrían llegar a darse hasta diez o más de diez episodios diarios.

Lo más complicado es establecer la cantidad de comida que debe ser ingerida, el aporte energético puede ir entre las 3 y las 27 veces las calorías recomendadas por día , con lo cual un episodio bulímico puede ir de las 1.000 a las 10.000 Kcal o más. (Belloch et al., 1996). El tipo de alimentos que se ingieren en estos episodios de ingesta voraz, suelen ser habitualmente muy calóricos, serían precisamente aquellos alimentos que no se permiten en las dietas o los calificados “alimentos prohibidos” (pasteles bollería chocolate, patatas fritas, helados, frutos secos, etc.) (Fernandez & Turón, 1999). La selección del tipo de alimentos se suele hacer en función de la facilidad de su ingesta y su posterior regurgitación (APA, 1994).

Los estímulos o las variables que intervienen para que se desencadene un episodio bulímico irán desde situaciones en los que se dan sentimientos como la ira, la frustración, aburrimiento o baja autoestima a estímulos como los sentimientos de hambre, o un deseo irrefrenable de consumir “alimentos prohibidos”. Los estados de ánimo disfórico, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conductas, ya que los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo

D. La autoevaluación (En la anterior versión (DSM-IV (APA, 1994)), denominada “Autoestima”) **está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales**. La CIE-10 lo caracterizaría como un miedo morboso a engordar, en el cual el enfermo se fijaría de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo sano; Añadiría a su vez el hecho de que podrían existir pero no siempre, antecedentes previos de AN con el intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz podría manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o en una fase transitoria de amenorrea.

Las actitudes negativas hacia la propia imagen y peso. Esta opinión influiría al igual que en la anorexia nerviosa, de manera negativa al estado de ánimo y a la conducta alimentaria del paciente. Todo ello lleva frecuentemente a que las pacientes sientan desprecio hacia su propio cuerpo, que se extendería al desprecio y a la falta de aceptación de si mismos.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Con la publicación del DSM-IV (APA, 1994), al igual que en el caso de la anorexia nerviosa la bulimia nerviosa fue dividida en dos subtipos, la de tipo purgativo con episodios de conducta purgativa y la de tipo no purgativo. Los dos subtipos se diferenciarían por la presencia o ausencia de comportamientos como los episodios de purga a través del vómito o la utilización de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados se refieren en aquellos pacientes que aun teniendo un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria

(anorexia y/o bulimia nerviosa). Algunos son idénticos a alguna de estas patologías pero no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos precisos y en otros casos el trastorno es mixto. En todos los casos hay una sobrevaloración del peso y la forma. Estas formas subclínicas pueden representar un “grupo de alto riesgo” para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria más severos. Las descripciones clínicas de los TCANE son consistentes destacando el hecho de que muchas de las características clínicas se asemejan a las observadas en la anorexia y la bulimia nerviosa aunque en niveles ligeramente diferentes o en diferentes combinaciones (Walsh, & Garner, 1997; Crow et al., 2002), y existen evidencias de que la severidad de la psicopatología y el grado de deterioro psicosocial en los casos de TCANE es comparable al observado en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa (Ricca et al., 2001; Turner & Bryant-Waugh, 2004).

Debe darse el diagnóstico de **TCANE** según el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) en los casos en los que:

1. Cumpliendo todos los criterios diagnósticos requeridos en la anorexia nerviosa, presentan una menstruación de forma regular.
2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto por el hecho de que aunque haya producido una gran pérdida de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad (p. ej. En el caso de los pacientes obesos que han bajado significativamente de peso tras hacer dietas muy intensas)
3. Cumpliéndose todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se cumple el requisito de frecuencia y número de atracones y de conductas compensatorias inapropiadas, ya que éstos aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. El hecho de emplear conductas compensatorias inadecuadas después de la ingestión de pequeñas cantidades de comida por parte de un sujeto que se halla en un peso normal como podría ser es caso de la inducción al vómito (p. ej. después de haber ingerido tan sólo dos galletas)
5. Cuando se dan síntomas, que algunas veces acompañan a los trastornos alimentarios como lo que se denomina la **catadura** (*tasting*) que consistiría en

la masticación y posterior expulsión sin ser tragadas de grandes cantidades de comida.

6. Trastorno por Atracón (DSM-IV-TR) denominado en el DSM-IV “Trastorno por sobreingesta”, se caracteriza por atracones recurrentes, en ausencia de la conducta compensatoria típica de la bulimia nerviosa.

Tanto el “trastorno de sobreingesta” (DSM-IV, APA, 1994) como el “trastorno por atracón” (DSM-IV-TR, APA, 2000) (Tabla I. 8.) se hallan dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores.

Los criterios de investigación para el trastorno por atracón del DSM-IV-TR (APA, 2000) son:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
 1. ingesta, en un corto período de tiempo (p.e., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
 1. ingesta mucho más rápida de lo normal
 2. comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 3. ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 4. comer a solas para esconder su voracidad
 5. sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

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

- E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

1.2. Posibles futuros cambios en la clasificación de los TCA, hacia el DSM-V

En el DSM-IV (APA, 1994) no se incluye la obesidad simple aunque sí lo hace la CIE-10 (OMS, 1992) como enfermedad médica. El hecho de que no se incluya, se debe al hecho de que no se ha establecido aún que exista una asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. No obstante, en los últimos años, los estudios han demostrado que la obesidad podría estar relacionada con los TCA, ya que existiría una serie de sintomatología en común. Lunstedt et al. (2006) concluyeron que los rasgos psicológicos asociados con los TCA aparecieron entre los pacientes obesos especialmente en las mujeres. Las niñas y los niños obesos tienen una mayor probabilidad de sufrir baja autoestima, explicada en parte por la insatisfacción corporal (Li et al., 2007). Neumark-Sztainer et al. (2007), hallaron que el 40% de las niñas con sobrepeso y el 20% de los niños con sobrepeso mostraron al menos una de las conductas relacionadas con los TCA (atracones y/o conductas extremas de control de peso).

Existen a su vez una serie de recomendaciones específicas según Wifley et al. (2007) para la modificación de la clasificación de los TCA, manteniendo las categorías pero añadiendo un componente dimensional; eliminando el criterio de amenorrea para la anorexia nerviosa (AN); eliminando los subtipos de AN y de bulimia nerviosa (BN); haciendo que el trastorno por atracón sea un diagnóstico oficial; unificando la frecuencia y la duración de los puntos de corte para la BN y el trastorno por atracón a una vez por semana durante al menos 3 meses.

La prioridad en las áreas de investigación debería incluir estudios epidemiológicos de todos los rangos de la sintomatología de los TCA y debería centrarse en la validación empírica de los criterios individuales.

De hecho en los últimos años, la prevalencia de los TCA ha aumentado progresivamente, mientras que el grado de severidad observado ha ido disminuyendo progresivamente (Irena et al., 2001). En esta línea, Cotrufo et al. (1998), introdujeron el concepto de subgrupos de síndromes subclínicos y parciales para los síndromes que no cumplían los criterios para la AN y la BN, pero que tampoco podían ser considerados como TCANE. Serían sujetos que cumpliendo los criterios psicopatológicos basados en el miedo a engordar, o el hecho de basar la autoestima totalmente en aspectos como el peso y la figura, pero que no cumplirían los criterios como serían la amenorrea o la severa emaciación para el diagnóstico de AN, o por el contrario la frecuencia de los atracones y la pérdida de control durante estos episodios en el caso de la BN.

2. Epidemiología de los Trastornos de la conducta alimentaria

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ganado una excepcional importancia entre los trastornos mentales. De hecho constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. Esto ha conllevado a un aumento de la literatura sobre estos trastornos y especialmente estudios epidemiológicos en nuestro país en los últimos años (Canals et al, 1997; Morandé, Celada & Casas, 1999; Perez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003; Machado et al., 2007; Hudson et al., 2007).

La validez de muchos estudios epidemiológicos se ha cuestionado debido al gran número de problemas metodológicos en relación con la selección de la población y la identificación de los casos (Hsu, 1996; Hoek et al., 2003). En la última década ha habido

una mejora en los estudios epidemiológicos de TCA, con la utilización de estudios de doble fase o identificación de caso en dos etapas que utilizan entrevista diagnóstica y evalúan la eficacia del instrumento de cribado (Canals et al, 1997; Morandé et al., 1999; Perez-Gaspar, et al., 2000; Rojo, et al., 2003; Machado, et al., 2007). A su vez los estudios en población general han mejorado considerablemente nuestro conocimiento sobre la epidemiología y la clasificación de los TCA, ya que nos proveen de información adicional útil sobre las características psicopatológicas, y el curso natural de estos trastornos, (Favarelli et al., 2006).

2.1. Prevalencia de los TCA

En los diferentes estudios el porcentaje de casos en TCA en población general se situaría entre el 1.28% y el 8.65% (Götestam, & Agras, 1995; Canals et al. 1997, Morandé et al. 1999; Rojo et al. 2003; Lahortiga et al., 2004; Muro & Amador, 2007; Peláez, Labrador & Raich, 2007). Las diferencias en la prevalencia están relacionadas con las diferentes características de los estudios, como por ejemplo la selección de la muestra, la edad de la muestra y el método de cribado para seleccionar la población de riesgo. En las mujeres, la prevalencia sería superior a la de los hombres hallándose entre el 4.1% y el 5.8 % , frente a la de los hombres que se hallaría entre el 0.0% y el 0.9% (Canals et al, 1997; Morandé et al., 1999; Perez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003; Machado et al., 2007).

La prevalencia de lo que se denominaría estrictamente anorexia nerviosa (AN) se situaría entre el 0.3% y el 0.9 % en mujeres y entre el 0.0% y el 0.3% en hombres siendo inferior a la de la bulimia nerviosa (BN) que se situaría entre el 0,37% y el 3,94 % en mujeres y entre el 0.36% y el 0.6% en hombres (Canals et al, 1997; Cotrufo, Barreta & Monteleone, 1997; Morandé et al., 1999; Perez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003; Hudson et al., 2007).

La prevalencia de los denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) sería superior a la AN y la BN (Eagles et al., 1995; Steiner & Lock, 1998), situándose entre el 1.3% y el 4.71 % en mujeres y el 0.0% y el 0.77% en hombres (Canals et al., 1997; Morandé et al., 1999; Perez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003). De hecho los TCANE son muy comunes llegando a afectar a las tres cuartas partes de toda la comunidad de sujetos con diagnósticos de TCA (Machado et al., 2007).

Recientes evidencias en diferentes estudios epidemiológicos, como por ejemplo la predominancia de nuevos casos en el período de la adolescencia media, detectado por Lahortiga et al. (2005), sugieren que la prevalencia de los TCA está en alza en los adolescentes y que la edad de inicio es más temprana. Una prevalencia media de 0,5% en anorexia nerviosa y en bulimia nerviosa fue hallada en mujeres adolescentes (Brunner & Resch, 2006). En otro estudio, un 1.28% (2.31% mujeres y un 0.13% en hombres) del total de una muestra en la cual más de un 13.16% tenía una edad inferior a los 12 años tenía un diagnóstico de TCA (Muro & Amador, 2007). No obstante existen pocos estudios en población no-clínica por debajo de los 12 años que informen de diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria.

2.2. Incidencia de los TCA

La incidencia de los TCA ha aumentado en las últimas décadas del pasado siglo. En un estudio epidemiológico sobre TCA llevado a cabo entre 1970 y 1989, Pangsberg et al. (1994) hallaron que las tasas de incidencia fueron estables durante la mayor parte del periodo estudiado, pero que hubo un significativo aumento de la incidencia de la AN y la BN en los últimos 5 años del estudio. En una revisión de las tasas de incidencia, Hoek et al. (2003) concluyeron que la incidencia total fue superior para la BN que para la AN. De hecho, Currin et al. (2005) hallaron que en el año 2000, las tasas incidencia en un centro de medicina primaria fue de 4.7 y 6.6 por 100,000 para AN y para BN

respectivamente. A su vez, en un estudio realizado con mujeres de entre 20 y 32 años se halló que la incidencia de AN, en población general se situaba alrededor de 100 casos/100,000/ y cerca de 500 casos/100,000 año en bulimia nerviosa (Gadheri & Scott, 2001). Esta mayor incidencia en BN podría deberse a la participación en el estudio de un grupo de sujetos con un rango de edad más elevado que es el que está usualmente más relacionado con la BN. Lahortiga et al. (2005) hallaron una incidencia superior de 300 casos/100,000 en una muestra de mujeres de entre 13 y 22 años, y hallaron una incidencia similar en BN. Keski-Rahkonen et al. (2007) hallaron una incidencia similar en AN de 270/100,000/año en una población de mujeres de los 15 a 19 años.

3. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

Los estudios transversales han generado hipótesis en referencia a los factores de riesgo de los TCA, pero este tipo de trabajos no nos permiten determinar si los factores identificados preceden el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa o son las consecuencias de estos trastornos. En la última década los estudios longitudinales han asociado los trastornos tempranos de la alimentación (Kotler et al., 2001) la preocupación por el peso (Killen et al., 1996), el perfeccionismo (Tyrka et al., 2002), la obsesión por la delgadez y la tendencia hacia la somatización (Santonasataso, Friederici & Favaro, 1999), con un mayor riesgo de un posterior desarrollo de TCA.

Existe un consenso de que un acercamiento multifactorial que comprenda factores biológicos y sociales es el más valorable a la hora de explicar el desarrollo y el mantenimiento de los TCA (Striegel-Moore, 1995; Tobin & Griffing, 1995). Una variedad de factores, incluyendo la personalidad, la herencia genética, las alteraciones neurobiológicas, y la idea que los medios de comunicación transmiten sobre la delgadez como cualidad de atractivo, juegan un papel muy importante. De hecho han sido propuestos numerosos modelos, sobre factores de riesgo para TCA que pueden ser divididos en 3 categorías generales: una individual (biológica, psicológica y comportamental), una familiar y una sociocultural (Shisslack & Crago, 2001).

3.1. Factores de tipo individual

3.1.1. Factores biológicos

Muchos estudios sugieren que el **IMC** es un consistente predictor de TCA. En varios estudios se halló una asociación directa entre un IMC elevado y los síntomas básicos de TCA (Striegel-Moore et al., 2000; Miotto et al., 2003; Toselli et al., 2005). Se halló que el sobrepeso, fue un importante antecedente en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, probablemente a través del inicio de una dieta, tanto en hombres como en mujeres (Ledoux, et al., 1993).

En lo referente a **genética**, los principales genes estudiados son los codificadores de las proteínas implicadas en la regulación del hambre, la composición del cuerpo y las rutas de los neurotransmisores relacionados con la regulación del comportamiento. Un número reducido de polimorfismos han mostrado estar asociados a la anorexia nerviosa. En el caso de la bulimia nerviosa se han estudiado pocos genes candidatos (Hinney et al., 2004).

Diferentes estudios han hallado una relación entre la anorexia nerviosa y el alelo A de polimorfismo -1438G/A_{2A} del gen 5-HT_{2A} que codifica el receptor de **serotonina** (Enoch et al., 1998; Ricca et al., 2002). En otro estudio, que se realizó con 200 familias, se halló que en 200 sujetos con TCA y 232 familiares afectados con algún tipo de TCA, la mayoría (95%) de los familiares tenía algún tipo de AN, en un pequeño porcentaje (1,3%) tenía un diagnóstico de bulimia nerviosa y tan sólo un 2.6% tenía un diagnóstico de TCANE (Kaye et al. 2008). Esta asociación se mostraría más fuerte en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo que en la de tipo purgativo (Gorwood et al., 2002).

El **desarrollo puberal** en relación con los compañeros de los niños y las niñas parece tener importantes implicaciones en la imagen corporal y la popularidad (Graber et al., 1997). El desarrollo temprano en los chicos es generalmente una ventaja en el desarrollo. Tanto en términos de que la forma de su cuerpo se ajusta al ideal sociocultural y a una mayor capacidad atlética, si se comparan con los niños de maduración tardía (Silbereisen & Kracke, 1997). El desarrollo puberal tardío en varones pareció implicar un mayor riesgo de desarrollar niveles más altos de insatisfacción corporal, de tener

comportamientos alimentarios alterados y de la realización ejercicio para lograr que sus cuerpos estuvieran en consonancia con el ideal sociocultural (Silbereisen & Kracke, 1997; Falkner et al., 2001). El reverso parece ser para las mujeres adolescentes con el desarrollo puberal tardío en lugar de las que tienen un desarrollo puberal temprano, las cuales tendrían más posibilidades de tener un cuerpo conforme al ideal sociocultural (Swarr & Richards, 1996).

3.1.2 Factores psicológicos

A parte de los factores psicopatológicos, los factores psicológicos como son la **baja autoestima**, y **variables de personalidad**, alto nivel de **neuroticismo** y alto **perfeccionismo**, han sido objeto de un gran número de estudios que los han relacionado con el desarrollo de un T.C.A.

Un alto nivel de neuroticismo y una baja autoestima, podrían ser ambas, causas y consecuencias del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria , creando una especie de “círculo vicioso” (un mecanismo de feedback positivo) que perpetuaría el problema (Cervera et al., 2003). Castro et al. (2007) hallaron que el perfeccionismo orientado hacia uno mismo es más específico de los TCA que del trastorno depresivo o ansioso. Vohs et al. (1999) hallaron que altos niveles de perfeccionismo predijeron el desarrollo de sintomatología bulímica sólo cuando se combinaba con la percepción de estar en sobrepeso; las mujeres que mostraron una baja autoestima fueron más susceptibles a la interacción entre perfeccionismo y el sobrepeso percibido. En un estudio se halló que el desarrollo de sintomatología bulímica en un período de 5 semanas fue predicho por la interacción del perfeccionismo, la insatisfacción corporal, y la autoestima (Vohs et al., 2001).

Otro factor de riesgo importante es **la imagen corporal**, de hecho se trata de uno de los más apoyados dentro de los riesgos en el desarrollo de un trastorno de la alimentación y de la dieta. Un alto grado de insatisfacción corporal es una de las características clínicas cruciales en los trastornos de la conducta alimentaria, y también ha

sido consistentemente identificada como la clave en los patrones subclínicos de alimentación desadaptada y de la dieta. Johnson y Wardle (2006) afirmaron que “Una dimensión de la imagen corporal (p.e.: la insatisfacción corporal) ha demostrado estar asociada al desarrollo de un TCA en un amplio número de estudios”. La insatisfacción corporal está relacionada con un triple aumento en el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Beato et al., 2004). De hecho, a su vez, la insatisfacción con la propia figura parece estar consistentemente relacionado con el empeoramiento de la patología alimentaria (Cooley & Toray, 2001). Cuando la mayoría de los adolescentes inevitablemente fallan a la hora de conseguir la imagen deseada extremadamente delgada, el resultado es la insatisfacción corporal, y pueden aparecer los desórdenes en la alimentación (Andrist, 2003).

Los rasgos de **personalidad** han sido implicados en el inicio, en la expresión sintomática y en el mantenimiento de los TCA. Basados en el modelo de personalidad propuesto por Robert C. Cloninger los resultados de diferentes estudios han mostrado que generalmente una alta evitación del daño, baja autodirección y baja cooperación son comunes en todas las clases de TCA (Fassino et al., 2002; Fassino et al., 2001; Klump et al., 2000). Los estudios con muestras de pacientes adultos han mostrado a su vez que de acuerdo con los diferentes perfiles de personalidad, los pacientes con AN podrían ser diferenciados de aquellos con BN, así como del grupo control de sujetos sanos (Fassino et al., 2002). Existen consistentes diferencias entre los diferentes grupos de TCA referentes a la personalidad, una alta restricción y persistencia, y una baja búsqueda de la novedad en la AN y una alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y rasgos de trastorno de la personalidad borderline en el Trastorno por atracón (Cassin & Ranson, 2005).

La **comorbilidad psiquiátrica** ha demostrado ser predictiva también. La prevalencia de trastornos de ansiedad en general y en particular el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es más alta en la población con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que en un grupo no clínico de mujeres (Godart et al., 2003; Kaye et al., 2004). El 83% de los sujetos con AN y el 71% de aquellos con BN tuvieron al menos un diagnóstico de ansiedad en la vida que comúnmente tuvo su inicio en la infancia previo al TCA (Godart

et.al., 2000; Kaye et al. 2004). La comorbilidad del trastorno de ansiedad es anterior a la aparición de el TCA en el 75% de los sujetos con AN, y en el 88% de los sujetos con BN. Los adolescentes con distimia, trastorno de pánico y depresión mayor, tuvieron significativamente más probabilidades de padecer un TCA, que aquellos que no tenían ningún diagnóstico, aunque la distimia podría estar más fuertemente asociada a los TCA en adolescentes (Zaider et al., 2000). De hecho, Perez, et al. (2004) hallaron que la presencia de distimia en la adolescencia era un posible factor de riesgo en el desarrollo de la bulimia nerviosa.

3.1.3. Factores comportamentales

La **dieta** restrictiva es un fenómeno comportamental que se está convirtiendo en algo muy frecuente entre los adolescentes, y está ciertamente relacionado con la patogénesis de los TCA como factor de riesgo. En varios estudios se ha hallado que la práctica de la dieta es un importante factor de riesgo para el desarrollo de TCA (Patton et al., 1999; Rojo et al., 2003; The Mc Knight investigators, 2003; López-Guimerà et al., 2008). En un estudio, se halló que la dieta y los comportamientos inapropiados para el control de peso predijeron resultados relacionados con la obesidad y los TCA, en los posteriores 5 años (Neumark-Sztainer et al., 2006). En otro estudio, sobre la evaluación de las dietas de mujeres adolescentes, fue aplicada una versión modificada del recordatorio de 24 horas en 3 días alternativos. El 21% de las 279 adolescentes mostraron síntomas de AN. El análisis de la ingesta alimentaria mostró que las calorías, el calcio y el hierro fueron inferiores a las recomendaciones del *Standing Committee on the Specific Evaluation of Dietary Reference Intakes (DRI Committee)* y el *National Research Council*. Comparadas con las mujeres sin síntomas, tenían una significativamente menor ingesta de calorías y hierro y una mayor ingesta de proteínas (Dunker & Philippi, 2005).

El **ejercicio físico** ha mostrado tener relación directa con los TCA. Para un gran número de mujeres con AN ha demostrado ser una parte integral de la patogénesis y la progresión de la inanición (Davis et al., 1994). El ejercicio excesivo ha mostrado estar

asociado en particular a la AN de tipo purgativo (Shroff et al. 2006). De hecho se ha observado que un alto sentimiento de culpa cuando uno se salta el ejercicio estaba relacionado con niveles marcadamente más altos de psicopatología de la conducta alimentaria y una calidad de vida más deficitaria. La combinación del ejercicio destinado únicamente a la pérdida de peso y a la figura y un intenso sentimiento de culpa, estarían asociados entonces, a unos altos niveles de TCA (Mond et al., 2008)

3. 2. Factores familiares

Aunque algunos estudios no han hallado ningún papel predictivo específico de los factores familiares (Leon et al., 1997; Young et al., 2001). En los últimos años, la evidencia ha reforzado la idea de que los padres pueden contribuir directamente a los trastornos de la alimentación de sus hijos a través de diferentes aspectos. Podrían ser el entorno que generan, valores que infunden, en particular fomentado un entorno que enfatiza el atractivo físico, admira la delgadez, enfatiza en exceso todo lo referente a las comidas y la alimentación y alienta conductas como la dieta y el ejercicio en la búsqueda de una figura corporal ideal. El papel de la familia es un aspecto importante en el estudio de los factores de riesgo de los problemas alimentarios de los hijos. Muchos estudios se han centrado en la percepción del adolescente del funcionamiento familiar, en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa (Dancyger et al., 2005; Fornari et al., 1999). Fernández et al. (2007) hallaron que los sujetos con algún tipo de diagnóstico de TCA, tuvieron unos patrones de alimentación más desfavorables a edades tempranas que los sujetos sanos o controles, y que estos patrones desfavorables en conjunción con una importancia excesiva otorgada a la comida tanto por el individuo como por la familia podrían aumentar la probabilidad de desarrollar un subsiguiente TCA. En un estudio se halló que las familias de las mujeres que padecían algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, tenían más historias de depresión, problemas con la alimentación y cambios en las circunstancias financieras (Moorhead et al., 2003). A su vez las madres de pacientes con TCA informaron de una mayor preocupación por el peso y la figura que las madres de los sujetos sanos del

grupo control (Woodside et al., 2002). A su vez, en una amplia muestra de mujeres en edad escolar, el predictor más fuerte de sintomatología bulímica fueron los comentarios negativos de los miembros de la familia acerca del TCA de las mismas, su apariencia física y su necesidad de hacer dieta (Crowther et al., 2002). Se sabe también que el impacto de los valores paternos puede ser observado a una edad relativamente temprana. Agras et al. (2007) hallaron que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tenían hijas con más preocupación por la delgadez, que sentían una mayor presión social hacia la delgadez y que intentaban modificar su peso. En otro estudio con niños de escuela elemental, los intentos para perder peso y una baja autoestima estuvieron significativamente relacionados con los comentarios de los padres acerca de su apariencia física y su peso, y con las quejas acerca del peso de los propios padres (Smolak, Levine, & Schermer, 1998). Los hallazgos de Smolak et al. (1998) apoyan la hipótesis, y la investigación clínica con una cohorte de mayor edad (Fairburn et al., 1997) de que tanto los comentarios como el modelado parental pueden influir en la conducta alimentaria de los hijos, y en especial de las hijas.

3.3. Factores de tipo sociocultural

Existen estudios como el de Sands et al. (2003) en el que se pretende probar las hipótesis según las cuales el desarrollo de la insatisfacción corporal es considerado como una experiencia normativa en muchas mujeres de la cultura del oeste y es una fuerza impulsora hacia las dietas. Así una vez la delgadez es reconocida como un estándar social para la apariencia, se interioriza y a su vez la exposición a los medios de comunicación, las actitudes y comportamiento de la madre y de los iguales acerca del peso corporal está asociado a la conciencia del ideal de delgadez. Estos autores obtuvieron como resultado, que el grado en el que las niñas (de edades comprendidas entre los 9 y los 12 años) de manera individual creían que debían estar conformes con las presiones socioculturales (internalización), estaba asociado con su nivel de conciencia ante esas presiones. Con lo cual, el predicho rol mediacional de la internalización fue confirmado, indicando que las

niñas que eran conscientes del ideal de delgadez, experimentaban insatisfacción corporal una vez lo habían internalizado

La influencia ejercida por la presión social sobre la delgadez, la interiorización del ideal de delgadez y el papel del exceso de peso aumentan el riesgo de padecer insatisfacción corporal y por tanto de desarrollar un TCA, de especial modo en los adolescentes (The Mc Knight investigators, 2003; Unikel et al., 2005). De hecho algunos estudios han mostrado que la insatisfacción corporal es un importante factor de riesgo para el desarrollo (Stice et al., 2002 ; Beato et al., 2004) y el mantenimiento de los TCA (Stice & Shaw, 2002). A través de la historia, el ideal de belleza ha sido modelado por la sociedad, siendo en la actualidad difícil de alcanzar.

Los actuales medios de comunicación son omnipresentes y poderosos perpetuando la importancia del atractivo físico y del ideal de delgadez, aumentando así los niveles de insatisfacción corporal tanto en mujeres como en hombres (Derenne & Beresin, 2006). De hecho en un estudio se comprobó que los programas de televisión “reality shows” relacionados con las operaciones de cirugía estética y de cambio de imagen se relacionaban con actitudes y comportamientos alterados en mujeres, sobre todo en los casos, en los que existía una interiorización del ideal de delgadez. (Mazzeo et al., 2007).

4. Evaluación en lo referente a las conductas y actitudes en la alimentación

Se trataría de una serie de cuestionarios, autoinformes y entrevistas que fueron diseñadas para medir la severidad y la evolución de los TCA o para el cribado de los casos de riesgo. Las entrevistas nos ayudarían al establecimiento de un diagnóstico.

4.1. Instrumentos para la evaluación de TCA en población adulta y adolescente

Después de realizar una revisión literaria, los instrumentos psicológicos más utilizados en población clínica y no clínica son:

- BITE (Bulimic Investigatory Test); Henderson y Freeman (1987)
- EAT- 40 (Eating attitudes Test) ; Garner y Garfinkel (1979)
- EAT- 26 (Eating Attitudes Test) ;Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982)
- EDI (Eating Disorders Inventory); Garner, Olmsted y Polivy (1983)
- EDI-2 (Eating Disorders Inventory); Garner (1991)
- EDE (Eating Disorders Examination); Fairburn y Cooper (1987)
- EDE-Q (Eating Disorders Examination Self-report Questionnaire); Fairburn y Beglin (1994)
- SEDs (Survey for Eating Disorders); Göttestam y Agras (1995)
- EDS-5 (Eating Disturbance Scale); Rosenvinge, Perry, Bjørgum, Bergesen, Silvera, Holte (2001)

Estos instrumentos son todas escalas autoevaluativas a excepción del EDE que es una entrevista específica para TCA. No hemos presentado otras entrevistas de diagnóstico psicopatológico que incluyen también los TCA.

A continuación vamos a describir las características de cada uno de ellos:

4.1. 1. BITE (Bulimic Investigatory Test); Henderson y Freeman (1987)

El Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) fue diseñado por Henderson et al. (1987) para valorar sintomatología bulímica, de forma que incluyera todos los criterios DSM-III. Sus ítems fueron seleccionados de entre los reconocidos en las publicaciones de Palmer (1979), Russell (1979) y Bruch (1975).

Consta de 33 ítems, agrupados en dos subescalas. La escala de síntomas está formada por 30 ítems de respuesta SI-NO, que se puntúan como 1-0 (aunque 5 lo hacen de forma inversa, 0-1). La escala de gravedad esta formada por 3 ítems, aunque uno de ellos tiene 4 apartados. La puntuación máxima de esta última es 39 puntos.

El BITE se ha utilizado como instrumento de cribado en epidemiología, para valorar la severidad de los síntomas bulímicos y en estudios de seguimiento y control de tratamiento.

Se han sugerido distintos puntos de corte, según se utilice la puntuación total o las de las subescalas. Una puntuación total mayor de 25 indica posible trastorno alimentario grave y entre 10 y 25 puede hablarse de trastorno moderado (Bruch, 1975). Los autores del test propusieron un punto de corte de 10 para la detección de posibles casos subclínicos.

Su consistencia interna es adecuada (Henderson et al., 1987; Bruch, 1975). La fiabilidad entre ítems es de 0,96 para la escala de síntomas y de 0,62 para la de gravedad. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,68 y 0,86. Posee elevada correlación positiva con otros test similares como el EAT y el EDI.

4.1. 2. EAT- 40 (Eating Attitudes Test); Garner y Garfinkel (1979)

EAT o el Eating Attitudes Test es un inventario a modo de autoinforme de 40 ítems, con una escala de Likert por respuesta de elección forzada, presenta 6 posibles respuestas que van de “siempre” a “nunca”. Una puntuación de 3 es obtenida en una respuesta

extrema en la dirección de la anorexia, con alternativas adyacentes de 1 y 2. Con lo cual sólo puntuarían las 3 primeras posibilidades de elección de la 1 a la 3. La puntuación total de este cuestionario va de 0 a 120; el valor máximo indica mayor grado de trastorno.

Fue desarrollado en respuesta a la necesidad de un instrumento de cribado para la detección de la anorexia, específicamente se cuestionaba de qué modo las personas que tenían una profesión o una carrera profesional en el que se les exigía estar delgados podían ser más vulnerables a la anorexia nerviosa (Garner & Garfinkel, 1979).

Las propiedades psicométricas del EAT, son buenas. La fiabilidad Alfa de Cronbach es 0.94 y la fiabilidad test-retest. en uno de los estudios llevado a cabo con el

EAT fue de 0.84. Presenta además una buena sensibilidad y especificidad (Garfinkel & Newman, 2001).

La frecuencia de puntuaciones elevadas del EAT (en o por encima del punto de corte 30 para el EAT-40 y de 20 para el EAT-26 varía considerablemente. Sobre el 10 % y el 15% de las mujeres jóvenes puntúan en o por encima de estos puntos de corte. Pero de todos modos todo ello depende de la muestra, ya que hay estudios que muestran frecuencias del 4 al 6% y otras de más del 20% (Garfinkel y Newman, 2001).

El punto de corte que los autores seleccionaron fue de un 30. En un estudio en una muestra de población no clínica (Canals et al., 2002) se halló que el punto de corte 25 tenía una mejor validez discriminante que el 30 ya que presentaba una mayor sensibilidad y una no mucho menor especificidad, en acuerdo con los criterios diagnósticos de la CIE-10.

El análisis factorial dio como resultado 7 factores: preocupación por la comida; imagen corporal hacia la delgadez; vómitos y abuso de laxantes; comer lentamente, comer de manera clandestina; y presión percibida para ganar peso. (Garfinkel & Newman, 2001).

El EAT se halla adaptado a la población española por Castro et al. en 1991. Obtuvo valores de 0.61 en su validez interna y el coeficiente de consistencia alfa de Cronbach fue de 0.93.

4.1.3. EAT – 26 (Eating Attitudes Test); Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982)

Después de llevar a cabo un análisis factorial del EAT- 40 se comprobó que había 14 ítems que no encajaban en ninguno de los 7 factores existentes. Eliminando esos 14 se llegó al EAT-26. El EAT-26 tiene 4 factores: Dieta (relacionado con el rechazo de alimentos grasos y la preocupación por estar delgado); bulimia y preocupación por la comida (relacionado con pensamientos reflejos acerca de la comida y la bulimia); control oral (relacionado con el autocontrol y la presión percibida de los demás para ganar peso) (Garner et al., 1982).

El EAT-26 es una versión más reducida (26 ítems en vez de 40) que correlaciona altamente con la primera (0.98) Y tiene una buena sensibilidad del 88% y especificidad del 96% (Mann et al., 1983).

Se puede utilizar como medida de cribado para determinar la presencia o no de trastornos alimentarios. Su punto de corte es de 20, lo que permite identificar una proporción significativa de mujeres con trastornos alimentarios o diferentes formas subclínicas.

4.1. 4. EDI (The Eating Disorder Inventory); Garner, Olmsted y Polivy (1983) y EDI- 2 (Eating Disorders Inventory 2) Garner (1991)

Es un instrumento de 64 ítems a modo de autoinforme, multiescala de medida diseñado para evaluar los rasgos psicológicos y comportamentales comunes en la anorexia y en la bulimia. Tenía 3 escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso, y la imagen corporal: 1) *Obsesión o impulso a la delgadez* (7 ítems), 2) *Bulimia* (7 ítems) 3) *Insatisfacción corporal* (9 ítems). También se incluían 5 escalas que se referían a aspectos de carácter más general como constructos organizativos o rasgos psicológicos que son importantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria como son : 1) *la Ineficacia y baja autoestima* (10 ítems), 2) *el Perfeccionismo* (6 ítems), 3) *la Desconfianza interpersonal* (7 ítems), 4) *Conciencia interoceptiva* (10 ítems), 5) *Miedo a la madurez* (8 ítems). Todas estas subescalas fueron derivadas de un amplio número de ítems generados por los clínicos familiarizados con la clínica y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

La versión revisada del EDI o EDI-2 mantiene los 64 elementos del instrumento original a los que añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas escalas adicionales: *Ascetismo*, *Impulsividad o regulación del impulso* e *Inseguridad social*. Se trata de un instrumento muy valioso para la evaluación de los síntomas que habitualmente acompañan a la Anorexia nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). La posibilidad de respuesta es una

escala de Likert de seis puntos en la que los sujetos deben contestar si cada situación les ocurre: “nunca”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Solo tres puntúan (de 1 a 3). Esta prueba presenta una buena consistencia interna, fiabilidad test retest y validez. La consistencia interna del EDI ha sido objeto de diversos estudios, tanto en pacientes como en muestras no clínicas. Uno de los criterios para la selección de escalas de la versión definitiva del EDI es su consistencia interna (alfa de Cronbach), que es de 0.80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los coeficientes se situaron entre el 0.83 y el 0.93 en las escalas originales (Garner & Olmsted, 1984).

En lo que se refiere a la fiabilidad test-retest existen diferentes estudios con la escala original. Por ejemplo Welch et al. (1988), obtuvieron valores que iban desde de 0.79 a 0.85 excepto en la escala de conciencia interoceptiva que fue de 0.67, en dos aplicaciones con un intervalo de una semana, a estudiantes y a enfermeras.

El formato del EDI es similar al del EAT, con el mismo tipo de puntuación. En contraste, el EDI se centra más en las dimensiones específicas cognitivas y comportamentales para ayudar a diferenciar a los subgrupos de pacientes, o aquellos que tienen una psicopatología seria de los que hacen dieta de manera extrema.

4.1.5. EDE (Eating Disorders Examination); Fairburn y Cooper (1987)

El EDE se trata de una entrevista semiestructurada que se utiliza para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria tanto para la clínica como para la investigación. Tiene como objetivo el medir las conductas y las actitudes en los trastornos de la alimentación presentes en el período de las últimas 4 semanas (28 días). Se centra en los síntomas comportamentales de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, pero centrándose en las conductas de atracón y conductas compensatorias, así como las actitudes y cogniciones distorsionadas.

Está formada por 22 ítems que evalúan estos trastornos asociados, y compuesta por cuatro subescalas: restricción, lo referente a la forma, lo referido al peso, y lo referido a la

alimentación. Las subescalas puntúan desde 0 (no hay patología) a 6 (extrema severidad de la patología).

Una de las mejores ventajas del EDE, es que proporciona definiciones de las diferentes formas de sobreingesta y permite una más precisa especificación de ese tipo de conductas. Tres tipos de episodios de ingesta aumentada son evaluados en esta entrevista: episodios bulímicos objetivos (OBEs), episodios bulímicos subjetivos (SBEs) y los episodios objetivos de sobreingesta (OOEs). Un OBE es definido como la ingesta de una gran e inusual cantidad de comida (a través de una opinión objetiva), mientras se está experimentando una pérdida de control. Un OOE también consiste en la ingesta de una amplia e inusual cantidad de comida pero no está acompañada de una sensación de pérdida de control. Un SBE, es definido como un episodio de ingesta que es considerado como excesivo por el sujeto y es experimentado como falta de control, pero esa cantidad de comida no es considerada objetivamente como grande.

La clasificación de estos tipo de episodios permite al EDE ser un instrumento de diagnóstico: La definición de OBE se corresponde con el atracón de la bulimia nerviosa BN, o al BED (Binge eating disorder) (Trastorno por ingesta voraz o trastorno por comer en exceso compulsivo).

En un estudio (Rizvi et al., 2000) realizado para evaluar sus propiedades psicométricas se halló que tenía una buena fiabilidad test- retest a corto plazo ya que en la mayoría de las subescalas era mayor de 0.70, excepto en dos; lo que indicaría que permanece estable en un corto espacio de tiempo.

4.1.6. EDE-Q (Eating Disorders Examination Self-report Questionnaire); Fairburn y Beglin (1994)

Es una versión adaptada en forma de cuestionario del EDE. Es un autoinforme que contiene 41 ítems con 4 subescalas: Restricción, preocupación por el peso, preocupación por la figura corporal, preocupación por la alimentación. La EDE-Q es una versión paralela a la EDE, y los ítems fueron adaptados tan sólo para que pudieran ser administrados de

manera adecuada como medida de autoinforme. El EDE-Q parece ser una alternativa aceptable a las entrevistas clínicas cuando se evalúan aquellas características de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria que no están sujetas a problemas definidos como podría ser el *Binge eating* o trastorno por atracón.

En un estudio en el que tenía como objetivo el análisis de la fiabilidad de este cuestionario se halló que tenía una buena consistencia interna en todas las subescalas con un alfa de Cronbach no muy inferior a 0.80 (de 0.78, a 0.93) y una buena estabilidad test- retest, con una *r* de Pearson que iba de 0.81 a 0.94 en las 4 subescalas.

Con lo obtenido pudieron deducir que el EDE-Q parecía ser una medida psicométricamente hablando sólida de autoinforme.

4.1.7. SEDs (Survey for Eating Disorders); Götestam y Agras (1995)

Es un cuestionario a modo de autoinforme, que ofrece diagnósticos de los TCA basados en el DSM-IV (APA,1994). Parece mostrar una preliminar evidencia de fiabilidad y validez, por lo que sería un buen instrumento de cribado y de diagnóstico de los TCA según el DSM-IV (APA, 1994) . Con lo cual el SEDs (Survey for Eating Disorders) podría considerarse como un instrumento sensible y con un valor predictivo positivo (Ghaderi & Scott, 2002).

4.1.8. EDS-5 (Eating Disturbance Scale); Rosenvinge, Perry, Bjørgum, Bergesen, Silvera y Holte (2001)

Se trata de una escala de 5 ítems, que fue validada como una escala de cribado en población normal. Los resultados sugirieron que se trata de una escala sensible a los patrones en los trastornos de la alimentación. Se hallaron unos valores que iban de 0,83 a 0.86 en lo que se refiere a la fiabilidad de Cronbach; una sensibilidad y especificidad de 0.60 a 0.90 fueron hallados respecto a las categorías de trastornos de la conducta

alimentaria del DSM-IV (APA, 1994). También se halló una buena validez concurrente y de constructor y se hallaron unas buenas correlaciones con diferentes subescalas del EDI.

4.2. Instrumentos desarrollados para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, en población infantil y preadolescente

Existen múltiples instrumentos para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria en adultos, gran parte de la investigación desarrollada se ha hecho en población adolescente y adulta, pero no en población preadolescente e infantil. Hasta hace poco tiempo, se creía que era raro hallar trastornos de la conducta alimentaria en prepúberes. En los últimos años se ha observado que los niños y preadolescentes desarrollan una serie de conductas de riesgo como las dietas o una mala alimentación que pueden aumentar el grado de riesgo en el posterior desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

En un estudio (Maloney et al., 1989) realizado con 318 niños y niñas de un colegio de tercer a sexto curso realizado en Estados Unidos, se halló que los niños estaban preocupados por la dieta antes de la adolescencia. Un total de 45% de los niños querían estar más delgados y el 37% ya había intentado adelgazar.

Otro de los hallazgos en población infantil que constituyen otro factor de riesgo es la percepción de la imagen corporal. Rolland et al. (1997) estudiaron en Australia a una muestra de 244 escolares de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, en los que utilizaron el ChEAT (Children Eating Attitudes Test) (Maloney, Mc Guire & Daniels, 1988) y el Test de Selección de figuras (Collins 1991). Se halló que las percepciones de los niños sobre su tamaño corporal, actitudes y conductas, y las puntuaciones en el ChEAT estaban relacionadas con su BMI. La mayoría de los niños que estaban en sobrepeso querían estar más delgados (el 50% de las chicas y el 33% de los chicos) y la mayor parte de ellos (el 40% de las chicas y el 24% de los chicos) ya habían hecho algo para perder peso. Aunque había sólo un pequeño porcentaje de niños en normo peso, y un muy pequeño porcentaje de niñas con bajo peso, querían estar más delgados.

La edad de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria sigue siendo poco clara, por ello se ha visto la cada vez más creciente necesidad del desarrollo o la adaptación de instrumentos que puedan utilizarse en población preadolescente e infantil, ya que para planear intervenciones que tengan como objetivo la prevención de los comportamientos en relación con el peso y la dieta, y las condiciones en las que se dan. A pesar de que existen diferencias en diversos aspectos referentes a la alimentación en el desarrollo de problemas de peso en niños y adultos, no existen actualmente muchos instrumentos fiables y válidos para evaluar el rango de dimensiones de los estilos de alimentación.

Todo ello es un desafío ya que se necesita que los instrumentos sean sencillos y fáciles en la comprensión para la población infantil, y deben ser lo suficiente sensibles como para detectar problemas, ya que a estas edades se dan principalmente comportamientos alimentarios alterados o trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

- ChEAT (Children's Attitudes Test); Maloney, Mc Guire y Daniels (1988)
- C.E.B.I. (Children's Eating Behavior Inventory); Archer, Rosenbaum y Streiner (1991)
- C.E.B.Q. (Children's Eating Behavior Questionnaire); Wardle, Guthrie, Sanderson y Rapoport (2001).
- C-BEDS (Children's Binge Eating Disorder Scale); Shapiro, Woolson, Hamer, Kalarchian, Markus y Bulik (2006).

4.2. 1. ChEAT (Children Eating Attitudes Test); Maloney, Mc Guire y Daniels (1988)

El ChEAT (Children Eating Attitudes Test) es una adaptación de la versión para adultos del EAT, EAT-26. Tras las pruebas que se realizaron con esa versión se observó que estaba redactado de manera que se hacía incomprensible para los niños. Tan sólo se hicieron algunas modificaciones, se sustituyeron las palabras por sinónimos en aquellos casos en los que tres especialistas del desarrollo consultados, indicaron que las palabras

originales eran demasiado complejas para algunos de los sujetos utilizados como muestra (escolares de tercer y cuarto curso).

Al igual que el EAT-26 el ChEAT es una escala de 26 ítems que evalúa una variedad de actitudes y comportamientos asociados con la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, cada ítem está puntuado en una escala de Likert que va desde 1 (siempre) a 6 (nunca). Para cada cuestión la respuesta más sintomática se le da una puntuación de 3, la siguiente más sintomática 2, y la siguiente con un 1. Las restantes 3 elecciones reciben una puntuación de 0. Con lo cual las puntuaciones del ChEAT pueden ir de 0 a 78.

En su análisis de fiabilidad, Maloney et al (1988) descubrieron que el ítem número 19 “I can show self control around food” (Puedo controlarme con lo que como) correlacionaba de forma negativa con el resto del test. Consecuentemente esa cuestión fue eliminada de los datos del análisis. La fiabilidad alfa de Cronbach para el total de la muestra (N=318) de 3º a 6º curso fue de 0.76, con un alfa por cursos que iba de 0.68 a 0.80.

La fiabilidad test-retest que se obtuvo para una submuestra (N= 68) fue de 0.81, con valores que iban de 0.75 a 0.88 en cada curso.

Posteriormente en otro estudio realizado en 1994 por Smolak y Levine que fue diseñado para obtener información psicométrica adicional, se examinó de nuevo la consistencia interna, además de la estructura factorial, la validez concurrente y la distribución de puntuaciones. Se examinó la versión del ChEAT de 25 ítems propuesta por Maloney, (eliminando el ítem número 19 porque correlacionaba negativamente) la de 26 ítems y la de 23 ítems (eliminando los ítems 13, 19, 25, porque en este estudio se obtuvieron correlaciones inferiores al 0.30), La consistencia interna de las tres versiones fue adecuada obteniendo puntuaciones de 0.87 a 0.89, siendo mejor en la escala de 23 ítems.

La validez concurrente fue evaluada examinando las correlaciones entre las puntuaciones del ChEAT y los autoinformes de conductas para el control del peso, y con una medida perceptual de la insatisfacción corporal, Las puntuaciones obtenidas en las tres versiones fueron estadísticamente positivas pero sólo moderadas en tamaño, aunque ello no disminuye la validez del ChEAT. El hecho es que la dieta y la insatisfacción corporal son algo común entre las mujeres, incluso en la escuela primaria, con lo cual ello puede ocurrir

tanto en aquellas que no tienen actitudes en la alimentación distorsionadas, o en aquellas que sí lo poseen.

El análisis factorial del ChEAT muestra que posee una estructura bastante similar a la del EAT (Garfinkel & Garner, 1982). Los tres factores del EAT (Dieta, Bulimia y preocupación por la comida y control oral) están sustancialmente reflejados en la estructura factorial del ChEAT. El ChEAT obtuvo un factor adicional que parece representar la restricción y la purga.

El ChEAT es por tanto un instrumento bastante prometedor para medir los desórdenes en las conductas y en las actitudes hacia la alimentación en la escuela primaria. Puede ser útil como un instrumento de cribado y de investigación

4.2.2. CEBI (Children's Eating Behavior Inventory); Archer, Rosenbaum y Streiner (1991)

Se trata de un instrumento a modo de informe parental, que deriva conceptualmente de un acercamiento transaccional/ sistémico a los problemas a la hora de la comida de los niños. El CEBI está planeado para evaluar los problemas a través de un amplio grupo de edades y de una amplia variedad de trastornos médicos y del desarrollo.

Los ítems fueron generados por familiares con niños que padecían trastornos en la alimentación y en el tiempo de las comidas. Además, la inclusión de ítems en el CEBI guiados conceptualmente intentan que el instrumento:

- a) Refleje la contribución de los factores de los niños, los padres y los familiares en los trastornos de la alimentación y en las comidas
- b) Ser aplicable a un amplio grupo de edades
- c) Ser útil en una amplia variedad de condiciones médicas y del desarrollo (Streiner & Norman, 1990).

El CEBI tiene 40 ítems. Estos ítems pueden ser agrupados en dos amplias categorías: Los ítems pertenecientes al niño y los ítems pertenecientes al sistema parental y familiar. Los 28 ítems en el dominio del niño han sido creados para evaluar las preferencias de los niños por los alimentos, las habilidades motrices y la obediencia en el comportamiento. Los 12 ítems en el dominio de los padres fueron planificados para evaluar el tipo de control que los padres ejercen sobre el comportamiento de los hijos, cogniciones y sentimientos acerca de alimentar a un hijo y la interacción entre los miembros de la familia. Dos modelos de cuestionario fueron creados para permitir la inclusión de familias monoparentales y aquellas con un único hijo.

Para cada ítem se puede responder a través de una escala de Likert de 5 puntos (van de, *nunca*, *rara vez*, *alguna vez*, *a menudo*, a, *siempre*).

4.2.3. C.E.B.Q. (Children's Eating Behavior Questionnaire); Wardle, Guthrie, Sanderson y Rapoport (2001)

Es una escala compuesta por 35 ítems para evaluar estilos de alimentación en niños que incluye 8 dimensiones: Respuesta ante la comida, Disfrute de la comida, Respuesta a la saciedad, Lentitud a la hora comer, La minuciosidad, La sobreingesta emocional, La baja ingesta emocional, y el deseo de bebidas.

El CEBQ, presenta una buena fiabilidad test-retest. EL CEBQ debería proveer información útil sobre los estilos de alimentación, para la investigación de precursores tempranos de obesidad y de TCA. Esto es especialmente importante en relación al evidente aumento de la heredabilidad de la obesidad. Para la cual, una buena evaluación del fenotipo comportamental asociado, sería crucial en la investigación de la contribución de las variaciones heredadas del comportamiento alimentario y del proceso de ganancia de peso.

4.2.4. C-BEDS (Children's Binge Eating Disorder Scale); Shapiro, Woolson, Hamer, Kalarchian, Markus y Bulik (2007)

Recientemente los investigadores han propuesto criterios provisionales para medir el “trastorno por atracón”. Tanto los criterios provisionales como el C-BEDS podrían ser apropiados para la utilización con niños, aunque el C-BEDS podría ser utilizado mejor como instrumento de cribado para la identificación rápida del trastorno subsíndrome por atracón. Su uso como una medida breve, podría ayudar a identificar la aparición temprana de las conductas del trastorno por atracón y a evitar las consecuencias asociadas, incluyendo el trastorno por atracón en la edad adulta, la obesidad y otros trastornos comórbidos.

5. Evaluación de la Imagen Corporal

5. 1. Instrumentos para evaluar la imagen corporal en adultos y adolescentes

Los trastornos de la imagen corporal están incluidos dentro de las características y criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa; son de hecho una característica central dentro de los trastornos de la conducta alimentaria. Además el hecho de que la insatisfacción de la imagen corporal se haya hallado en población subclínica, que tiene un mayor riesgo de padecer un TCA, hace que sea uno de los más importantes factores de riesgo. De ahí la importancia del desarrollo de técnicas que permitan detectar el grado de insatisfacción tanto en población clínica como en población normal.

Los diferentes instrumentos se centran en el grado de insatisfacción de los sujetos y las actitudes tanto hacia su aspecto en general, como a partes de él, a su vez también tratan de la posible distorsión que se produce entre la figura real del sujeto, y la que el sujeto percibe tener, o también la que desearía.

- BSRQ (Body Self-Relations Questionnaire); Winstead y Cash (1984).
- BSQ (Body Shape Questionnaire); Cooper, Taylor, Fairburn (1987).

- BIA Procedure (Body Image Assessment); Williamson, Davis, Goreczni, Gleaves (1989).
- BAT (Body Attitudes Test); Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden, (1995).
- BAST (Body Areas Satisfaction Test); Cash (1997).
- SBDA (Subjective Body Dimensions Apparatus); Gila, Castro, Toro y Salamero (1998).
- BSGs (Body Size Guides); Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell (2008).

5. 1.1. Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ); Winstead y Cash (1984).

Cuestionario que está compuesto de 140 ítems, donde los sujetos indican el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem planteado. Está distribuido en 9 subescalas. Presenta una consistencia interna de 0.91 en hombres y de 0.87 en mujeres. Los valores test-retest son del orden de 0.65 a 0.91.

5. 1. 2. Body Shape Questionnaire (BSQ); Cooper, Taylor, Cooper y Faiburn (1987).

Se trata de un cuestionario que está compuesto de 34 ítems que exploran el grado de ansiedad que los sujetos experimentan respecto a su cuerpo y evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación. Cada ítem se puede contestar a través de una escala de Likert de 6 puntos que va de 1 (nunca) a 6 (Siempre).

Ha sido aplicado tanto a pacientes con trastornos de la alimentación como en población no clínica, ya que sirve para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

El BSQ presente una consistencia interna de 0.93 y está reconocido internacionalmente.

5. 1. 3. *BIA Procedure (Body Image Assessment); Williamson, Davis, Goreczni, Gleaves (1989).*

Basado en la conceptualización de la discrepancia entre como es uno mismo y el ideal como medida de la disforia o insatisfacción. En esta evaluación se pedía a los sujetos que escogieran una de las nueve figuras que se les presentaba. De ahí se podía obtener el CBS (current body size) o actual tamaño corporal y el IBS (ideal body size) o tamaño corporal ideal. La diferencia entre el CBS y el IBS nos da la puntuación de insatisfacción del sujeto.

5. 1. 4. *Body Attitudes Test (BAT); Probst, Vandereycke, Coppenolle y Vanderlinden, (1995).*

Es un cuestionario que se compone de 20 ítems, distribuidos en 3 subescalas, que explora las actitudes hacia el cuerpo y las experiencias negativas que se han ido acumulando en él. Cada ítem se compone de una escala de Likert con 6 posibles respuestas que puntúan de 0 a 5. La puntuación global va de 0 a 5

5. 1. 5. *BAST (Body Areas Satisfaction Test); Cash (1997).*

Se trata de un cuestionario que mide el grado de malestar o ansiedad que producen determinadas partes del cuerpo, de manera jerarquizada de menor a mayor malestar. Contiene 12 ítems los 11 primeros, se refieren a partes del cuerpo, al tono muscular y a la apariencia general, y están puntuados en una escala de Likert que de 1 (Muy insatisfecho) a 5 (Muy satisfecho). El ítem número 12 da la posibilidad a los sujetos de nombrar 3 partes del cuerpo que sean desagradables por su aspecto o forma.

5.1.6. SBDA (Subjective Body Dimensions Apparatus); Gila, Castro, Toro y Salamero (1998).

Se trata de una técnica para evaluar la idea que los sujetos tienen sobre diversas dimensiones de diferentes partes del cuerpo como podrían ser los hombros, el tórax, la cintura, las caderas, los muslos y las pantorrillas. Además también ofrece una imagen global de la silueta corporal al unir con una cinta todos los puntos y con ello el sujeto puede corregir las distancias según su perspectiva de la silueta en conjunto. El método también permite obtener una silueta con las medidas reales del sujeto para poder comparar la imagen percibida con la real. La técnica tiene una correcta fiabilidad test-retest.

5.1.7. BSGs (Body Size Guides); Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell (2008).

Se trata de un cuestionario cuyos ítems (10 fotografías de hombres y 10 de mujeres (adultos) con figuras que van del bajo peso ($IMC \leq 18.5$) a la obesidad de tercer grado ($IMC \geq 40$) fueron diseñados, para determinar qué cuerpos eran percibidos como sanos, en bajo peso, peso aceptable, en sobrepeso y obesos. Con unos ítems adicionales, en los cuáles los encuestados deben identificar cuál es la figura que más se parece a su cuerpo (figura actual) y qué figura les gustaría más tener (figura ideal); Al final existen unos ítems diseñados para evaluar el contexto social de los sujetos, en los cuales se pide a los encuestados que identifiquen las figuras que más se parecen a los adultos miembros de su familia, amigos, y en general a los adultos que forman parte de su comunidad.

Los análisis psicométricos indican que se trata de un instrumento válido y fiable, y ofrece ventajas sobre los instrumentos ya existentes tanto en lo referente a la percepción del peso y como a lo referente a la imagen corporal.

5. 2. Instrumentos de evaluación de la Imagen Corporal en niños y preadolescentes

Debido al hecho de que la investigación dentro de la población prepuberal es muy reciente en lo que se refiere a trastornos de la conducta alimentaria, existen aún muy pocos instrumentos adaptados de los existentes para adultos o creados para evaluar la imagen corporal, pero parece ser que a edades muy tempranas los sujetos, ya muestran su rechazo a la obesidad y a las figuras obesas, y muestran una preferencia por las figuras delgadas.

- BES (Body Esteem Scale); Mendelson y White (1982).
- Figure Drawings; Collins (1991).
- BIA Procedure (Body Image Assessment); BIA- C (children). BIA- P (preadolescents); Vernon-Guidry, Williamson (1996).
- C-BIS (Children Body Image Scale); Truby, Paxton (2002).

5. 2. 1. BES (Body Esteem Scale) Meldelson y White (1982)

El BES evalúa la opinión que tienen los sujetos a nivel afectivo acerca de sus cuerpos. Parece ser apropiado y fiable para niños a partir de 7 años. Consiste en un autoinforme que contiene 24 declaraciones descriptivas, que requieren una respuesta de Si / No, que puntúa en dirección hacia una alta estimación corporal.

Posee una buena consistencia interna, y un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92 (Sands & Wardle, 2003).

5. 2. 2. Figure Drawings, Collins (1991)

Se trata de una adaptación de la Adult Figure Drawings desarrollada por Stunkard, et al. (1983). Se compone de 7 figuras masculinas y femeninas de niños y niñas, que fueron

creadas para ilustrar el peso corporal que iba de muy delgado a obeso. A los sujetos se le muestran las figuras y estos deben hacer 2 tipos de elecciones de las figuras:

1. Uno mismo: ¿Qué figura se parece más a ti? (figura infantil del mismo sexo)
2. Ideal de uno mismo: ¿Qué figura muestra la manera a la que te gustaría parecerte? (figura infantil del mismo sexo).

También se puede preguntar por la figura que ellos piensan que sería el idea en el otro sexo.

5. 2. 3. BIA Procedure (Body Image Assessment); The BIA -C (Children) and BIA-P (Preadolescents); Vernon-Guidry, Williamson (1996)

Se trata de una modificación del BIA procedimiento desarrollado por Williamson et al. (1989). Los procedimientos incluyen 4 grupos de siluetas de imagen corporal, que se hallan dibujadas en cartulinas de 15,24 cm. × 22,86 cm. que se corresponden a figuras masculinas y femeninas de niños y preadolescentes. Cada grupo de siluetas tiene 9 tamaños de cuerpos que van de muy delgados a obesos.

Para administrarlos se deben situar las 9 cartas con las siluetas de la imagen corporal mezcladas, encima de una mesa o pupitre enfrente del sujeto. Al sujeto se le dan las siguientes instrucciones “Quiero que mires estas figuras corporales y escojas la que más se parezca a ti ahora, sólo puedes coger una figura”. Después que el sujeto haya seleccionado la silueta, el número de ésta que está escrito en el reverso, es anotado. Las cartas son de nuevo recolocadas mezcladas delante del sujeto, y al sujeto se le da de nuevo instrucciones “Quiero que mires todas estas figuras corporales y apuntes a la que más te gustaría parecerte si pudieras parecerte a alguna de ellas. Sólo puedes coger una figura corporal”. Después que la silueta es seleccionada, se anota de nuevo el numero. Estos datos nos provee las puntuaciones del CBS (current body size) o tamaño corporal actualy del IBS (ideal body size) o tamaño corporal ideal para cada sujeto. La insatisfacción corporal se calcula a través de la diferencia entre el CBS y el IBS (CBS - IBS).

5. 2. 4. CBIS (Children Body Image Scale); Truby, Paxton (2002)

El CBIS proporciona una buena medida de la percepción de la talla corporal en niñas y una medida adecuada de la percepción de la talla en el caso de los niños También sería a útil para medir la insatisfacción con la talla corporal en niñas y niños. La escala es útil a partir de los 8 años.