

Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la Comunidad de Madrid



Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes de la Comunidad de Madrid

ÍNDICE

Presentación	5
1 Introducción	7
1. Evolución histórica	8
2. Concepto y clasificación de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)	8
1. Características diagnósticas de la anorexia nerviosa	8
2. Características diagnósticas de la bulimia nerviosa	9
3. Trastornos atípicos o no especificados	9
3. Determinantes de los TCA	10
1. Anorexia nerviosa	10
2. Bulimia nerviosa	11
4. Historia natural de los TCA	12
5. Epidemiología	12
1. Distribución por edad, sexo y otros factores	12
2. Situación epidemiológica	13
1. Tipos de estudios y su problemática	13
2. Evolución de los TCA en las últimas décadas	14
3. Situación actual	14

2	Objetivos	17
3	Población y metodología	19
1.	Diseño muestral	19
1.	Ámbito geográfico y poblacional	19
2.	Tamaño muestral	19
3.	Diseño muestral	19
4.	Tipo de muestreo y unidades muestrales	20
5.	Selección de los elementos muestrales	20
2.	Fecha de ejecución	20
3.	Trabajo de campo e instrumentos de medida	20
4.	Encuesta	20
1.	Características del cuestionario Eating Disorders Inventory (EDI)	21
2.	Características del cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-28)	22
5.	Elección de los puntos de corte	23
6.	Medidas de frecuencia y asociación	23
7.	Definición operativa de población 'a riesgo' de padecer un TCA	23
4	Descripción de la muestra y tasas de respuesta	25
5	Resultados	27
1.	Descripción por sexo y edad de la prevalencia de criterios o conductas incluidos en la definición de la población 'a riesgo'	27
2.	Prevalencia de población 'a riesgo'	31
3.	Demanda de atención sanitaria mental	32
4.	Factores asociados al riesgo de padecer un TCA	33
6	Discusión	37
7	Conclusiones	41
8	Bibliografía	43
9	Índice de figuras, tablas y gráficos	45

10	Anexos	49
1.	Encuesta utilizada	49
2.	Definición de caso (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1993)	67
3.	Relación de preguntas del cuestionario EDI ordenadas por escalas	71
4.	Puntuación media por escala del cuestionario EDI en población normal y de riesgo, según sexo. Comunidad de Madrid	73
5.	Puntuación media por escala y global del cuestionario GHQ-28 en población normal y de riesgo, según sexo. Comunidad de Madrid	75
6.	Distribución de frecuencias de puntuación en las escalas del EDI, según sexo. Comunidad de Madrid	77
7.	Distribución de frecuencias de puntuación en las escalas del EDI en población femenina: Comunidad de Madrid-España y Comunidad de Madrid-EE.UU.	79
8.	Distribución de frecuencias de puntuación en las escalas del EDI en población española sana y con TCA	83
9.	Relación de centros escolares participantes en el estudio	85

AUTORES:

Ana Gandarillas Grande
Consuelo Febrel Bordejé

Sección de Enfermedades No Transmisibles. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Madrid, septiembre de 2000.

EQUIPO ASESOR:

Rosa Calvo Sagardoy
Servicio de Psiquiatría. Hospital "La Paz", Madrid.

José Casas Rivero
Servicio de Pediatría. Hospital "General de Móstoles", Móstoles, Madrid.

Gonzalo Morandé
Servicio de Psiquiatría. Hospital "Niño Jesús", Madrid.

Pedro Enrique Muñoz Rodríguez
Área de Epidemiología y Evaluación de Servicios. Departamento de Salud Mental.
Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid.

Diseño muestral, trabajo de campo, grabación y tabulación de datos: CUANTER S.A.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar aquí nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que nos han apoyado durante el desarrollo de este estudio y sin cuya colaboración, no hubiese podido llevarse a cabo.

Tirada: 2.000 ejemplares
Edición: 10/00
Depósito legal: M-45.543-2000
I.S.B.N.: 84-451-1880-3
Imprime: **B.O.C.M.**

PRESENTACIÓN

Por distintas razones los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se encuentran entre las enfermedades emergentes que más preocupan a las Autoridades Sanitarias. Se trata de enfermedades psicosomáticas, en ocasiones graves, de reciente definición, que han despertado un interés creciente en la población en paralelo con la percepción de que su incidencia se habría incrementado en las últimas décadas.

Esta preocupación contrasta con el escaso conocimiento de su distribución en nuestro medio, y por ello la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, lejos de permanecer insensible, ha decidido, en el contexto de los programas para enfermedades emergentes pactados en el marco de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y parcialmente financiado con subvenciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, poner en marcha una serie de actividades relacionadas con estas patologías.

Las experiencias de investigación e intervención realizadas desde hace tres años por el Servicio de Salud Pública del Área Sanitaria 10 en el municipio de Getafe en coordinación con el resto del sistema sanitario y demás instituciones concernidas (Corporación Local, Hospital de Getafe, Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, etc.), se ven ahora ampliadas por el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica en todo el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

Con el estudio que ahora presentamos, realizado con la estimable colaboración de las Autoridades Educativas (Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura), y dedicado a la medida de la población en riesgo de padecer un TCA, se inicia dicha línea de vigilancia desarrollada por la Dirección General de Salud Pública, que tiene por objeto valorar en términos poblacionales la magnitud del fenómeno de los TCA desde una perspectiva epidemiológica.

De sus datos se desprende que hoy en día es relativamente frecuente la presencia de síntomas propios de TCA, lo cual nos alerta sobre la conveniencia de tenerlos en cuenta en cualquier ámbito, educativo, sanitario o familiar, en el que el adolescente sea objeto de atención, todo ello en el ánimo de conseguir un diagnóstico lo más precoz posible en el plano individual, una de las mejores armas para su control y cumpliendo además con el verdadero sentido poblacional de la vigilancia asociada a la intervención; en definitiva, ejecutando la función de vigilancia en salud pública.

Está ya en desarrollo, una segunda fase de la encuesta que conforma el contenido del presente documento, con el fin de determinar la prevalencia, no ya de individuos en riesgo, sino de casos típicos, es decir de enfermedad propiamente dicha, lo que permitirá además poner en marcha un sistema de información sobre casos.

En todo ello seguiremos trabajando en la idea de que la información que se genere, como la del presente informe, cumplirá su función en la medida en que despierte el interés de los profesionales sanitarios, tanto asistenciales como dedicados a la planificación y en el conjunto de la población.

Francisco de Asís Babín Vich
Director General de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son enfermedades psicósomáticas graves de etiología multi factorial que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA⁽¹⁾.

En EE.UU. la anorexia nerviosa supone la tercera enfermedad crónica más frecuente entre mujeres adolescentes, después de la obesidad y el asma⁽²⁾. La letalidad de los TCA es la más alta entre las detectadas por trastornos psiquiátricos.

Estos procesos o similares parecen haberse dado en otras épocas y lugares, pero sus primeras descripciones clínicas datan del siglo XVII. En las últimas décadas el desarrollo de instrumentos validados clínicamente para la evaluación sintomatológica de los TCA, ha permitido la realización de numerosos estudios de prevalencia e incidencia. Los llevados a cabo durante los años 90 concluyen por una parte, la existencia de un síndrome anoréxico “completo” que no habría variado en el curso de dece-

nios y por otra la emergencia de un síndrome anoréxico “transitorio” a menudo espontáneamente resolutorio y tributario de presiones socioculturales que sería más reciente. En relación a la bulimia, los datos son prematuros para demostrar un incremento constante durante los últimos años⁽³⁾. En la actualidad están surgiendo cada vez más estudios de cohortes y de casos y controles, que tienen por objeto estudiar los determinantes de los TCA y su evolución natural, intentando explicar cómo se desarrolla un síndrome completo a partir de las diferentes tipologías de cuadro subclínico, todo ello de enorme interés de cara a la intervención oportuna y a la instauración de programas preventivos.

En nuestro medio son muy escasos los estudios publicados de prevalencia poblacional de TCA^(4,5). A partir de los análisis de las fuentes de información disponibles, (Encuesta de Frecuentación Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalario), se desprende un claro incremento de la demanda sanitaria hospitalaria en los últimos años en nuestra Comunidad para el tratamiento de los TCA. Lo que queda por aclarar es si este incremento es o no debido a una verdadera tendencia al alza de su incidencia.

Este estudio de prevalencia de los TCA, que se enmarca dentro de las actividades de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, tiene por objeto conocer la distribución y características de la población que presenta riesgo de padecer un TCA, entre los adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid, en orden a valorar la magnitud del problema en nuestro medio y generar información básica para futuras acciones de planificación e intervención sanitarias.

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Las primeras informaciones sobre auto-emaciación son descritas entre los antiguos ascetas religiosos de la Edad Media, lo que sugiere la existencia de alguna variante de anorexia nerviosa (AN) durante esta época, pero es a Richard Morton a quien se le atribuye la primera descripción médica de anorexia en 1689, ya que supo captar de forma clara la característica de suma delgadez de este trastorno.

Posteriormente, Gull, en 1873 la describió como entidad clínica bien definida y acuñó el término de anorexia nerviosa. Son de destacar, en este mismo año las descripciones rigurosas e incisivas realizadas por Laségue.

Durante el siglo XX, la AN fue atribuida a causas psicológicas por autores como Charcot, Dubois, Fenwick o Janet y más tarde fue confundida con la insuficiencia hipofisaria (Síndrome de Simmonds Sheehan) lo que indujo a controversia durante 30 años.

Hacia los años 30 se reafirma su origen psicogénico por autores como Ryle, Sheldo, Berkman, punto de vista que ha predominado hasta la actualidad⁽⁶⁾.

El síndrome bulímico es de aparición más reciente, y se consideró inicialmente como un síntoma secundario de la AN, hasta que en 1979 fue descrito por Russell como entidad clínica propia⁽⁷⁾.

1.2. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO(TCA)

Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Tanto la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1993) como la CIE-10 (OMS, 1992), distinguen dos trastornos bien definidos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Los autores anglosajones y la DSM-IV, definen aparte el "binge eating"(trastorno por "atracción"), que puede aparecer en cualquiera de los TCA. En la DSM-IV, se diferencian además los cuadros atípicos, que no llegan a cumplir los criterios para ningún trastorno específico (Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS). En el anexo 2 se incluyen los criterios diagnósticos de la DSM-IV, similares a los recogidos en la CIE-10.

1.2.1. Características diagnósticas de la anorexia nerviosa

Tres características son esenciales en la AN. La primera es el rechazo por parte del paciente a mantener un peso corporal mínimo normal, que será inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla, o la presencia de un índice de masa corporal igual o inferior a 17,5 (CIE- 10). En segundo lugar es característica la preocupación por la imagen y peso, criterio compartido con la bulimia nerviosa. Existe un intenso miedo a ganar peso, a pesar de la delgadez, lo que evidencia que la imagen y el peso son centrales en la autovaloración

del sujeto. El tercer criterio, que se aplica sólo a las mujeres postpuberales, es la amenorrea, definida por la DSM-IV como la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Una proporción de casos de anorexia nerviosa presenta episodios de sobreingesta o atracones, caracterizando el subtipo compulsivo/purgativo, que la DSM-IV diferencia del subtipo denominado AN restrictiva en la que no se realizan atracones o purgas.

1.2.2. Características diagnósticas de la bulimia nerviosa

Para el diagnóstico de bulimia nerviosa se requieren así mismo tres características. La primera es la presencia de episodios recurrentes de atracones, definidos como la ingesta de alimento durante un corto período de tiempo (por ejemplo 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, acompañada de sensación de pérdida de control sobre la misma. En segundo lugar se caracteriza por la presencia de conductas compensatorias inapropiadas, efectuadas de manera repetida, con el objeto de controlar el peso o figura, (provocación del vómito, abuso de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo, dieta extrema o ayuno). Por último, se observa una preocupación excesiva por la figura y el peso que influye de forma exagerada en la autovaloración del sujeto.

La DSM-IV indica que para realizar el diagnóstico de una BN, el paciente no debe cumplir los criterios de una AN, en cuyo caso se diagnosticará como AN. Esto tiene el efecto de restringir el diagnóstico de BN a los casos con peso medio o por encima de la media. Diferencia además dos subtipos de BN en función de la presencia o au-

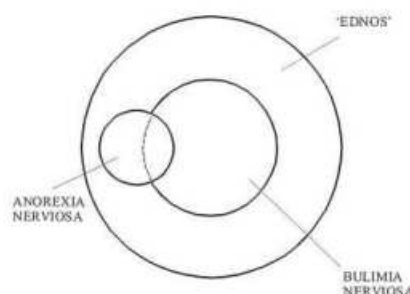
sencia de conducta purgativa, aunque esta clasificación no parece tener interés en lo que a pronóstico o respuesta al tratamiento se refiere⁽⁷⁾.

1.2.3. Trastornos atípicos o no especificados

La DSM-IV reconoce una tercera categoría de TCA (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS), diseñada para incluir los casos de TCA de severidad clínica que no cumplen los criterios diagnósticos de los cuadros específicos descritos anteriormente. Un grupo de estos trastornos que ha sido objeto de especial atención recientemente, incluye los casos con episodios regulares de atracones en ausencia de conductas extremas para el control del peso o figura que se requerirían para el diagnóstico de bulimia nerviosa. El término "binge eating disorder" o "trastorno por atracón" se usa para este grupo definido con criterios diagnósticos en la DSM-IV (anexo 2).

Una representación esquemática de la prevalencia relativa de los distintos TCA se presenta en la figura 1, tomada de Fairburn et al⁽⁷⁾.

Figura 1. Representación esquemática de la prevalencia de los distintos TCA



Se debe tener en cuenta que los criterios diagnósticos no deben ser aplicados estrictamente en la adolescencia, debido a las

características especiales de esta (amplia variabilidad durante la pubertad en conseguir el crecimiento y desarrollo adecuados, tanto física como mentalmente, ausencia de períodos menstruales en la pubertad temprana, e irregularidades menstruales tras la menarquia). En un adolescente el uso de criterios estrictos, puede evitar el reconocimiento precoz de un TCA. Es preciso también indicar que los problemas de comportamiento alimentario se inscriben en un "continuum" yendo de conductas transitorias menores hasta las entidades clínicas mayores y bien definidas⁽⁸⁾.

1.3. DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

1.3.1. Anorexia nerviosa

Son varios los factores que han sido implicados en la etiología de los TCA según la teoría de un origen multifactorial aceptada en la actualidad. Así, en la figura 2 se muestra el esquema de la etiopatogenia de la AN tomado de Garner⁽⁶⁾ según el cual su patrón sintomatológico representa una vía final común resultante de la interacción de tres tipos de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes, que se detallan a continuación:

1.3.1.A. Factores predisponentes:

1. **Factores individuales** (Biológicos y Psicológicos):
 - Mujer adolescente
 - Pubertad
 - Llegada a la menarquia con un índice de masa corporal (IMC) alto o bajo
 - Hermanos de enfermos (Factor genético)
 - Trauma psicológico o físico
 - Rasgos personales: Baja Autoestima

Perfeccionismo
Trastornos afectivos
Elevado rendimiento escolar

2. Factores familiares:

- Historia de TCA en familiares de primer orden de sexo femenino
- Trastornos afectivos
- Abuso de alcohol y otras drogas

3. Factores culturales:

- Presión social primando modelos de delgadez

1.3.1.B. Factores precipitantes:

Se conocen con menor claridad, dada la incapacidad para poder llegar a ubicar de forma precisa en el tiempo episodios relevantes, lo que impide distinguir entre factores predisponentes y acontecimientos precipitantes. Una excepción es la restricción dietética que invariablemente se presenta como elemento precoz para contrarrestar la insatisfacción corporal⁽⁶⁾. Otros factores precipitantes descritos son:

1. Situaciones de estrés:

- Abandono del hogar
- Entrada a la universidad
- Embarazo

2. Situaciones que pueden provocar restricción dietética:

- Obesidad percibida
- Comentarios críticos sobre la estética corporal
- Depresión

1.3.1.C. Factores perpetuantes:

Figuran entre ellos no solo los efectos de la inanición, sino también factores psicológicos, interpersonales y culturales:

- Malnutrición
- Distorsión de la imagen corporal
- Conflictividad familiar
- Retraimiento social

1.3.2. Bulimia nerviosa:

En cuanto a la etiopatogenia de la **BN**, según el esquema de Cervera citado por Martínez⁽¹⁾, se mencionan:

1.3.2.A. Factores predisponentes:

- Exceso de peso
- Ayuno
- Baja autoestima
- Personalidad caótica
- Predisposición biológica
- Conflictividad familiar

1.3.2.B. Factores desencadenantes:

- Situación estresante
- Trastornos emocionales
- Restricción alimentaria
- Anorexia nerviosa

1.3.2.C. Factores de mantenimiento:

- Dietas
- Conductas alimentarias anómalas
- Otras conductas anómalas
- Imagen corporal negativa

La secuencia de acontecimientos hasta producirse el atracón y conducta purgativa, así como el ciclo bulímico, se muestran en la figura 3.

A propósito de los factores de riesgo de los TCA creemos interesante mencionar los resultados de estudios de casos y controles recientemente publicados por Fairburn y cols.^(9,10,11), que tienen como objetivo establecer la contribución relativa de distintos factores de riesgo en el desarrollo de los TCA y aclarar si estos son específicos de la AN, de la BN, del comportamiento por atracón (Binge Eating) o de los trastornos psiquiátricos en general. Concluyen que parece haber un amplio conjunto de factores de

Figura 2 Patogenia de la anorexia nerviosa. Garner DM⁽⁶⁾

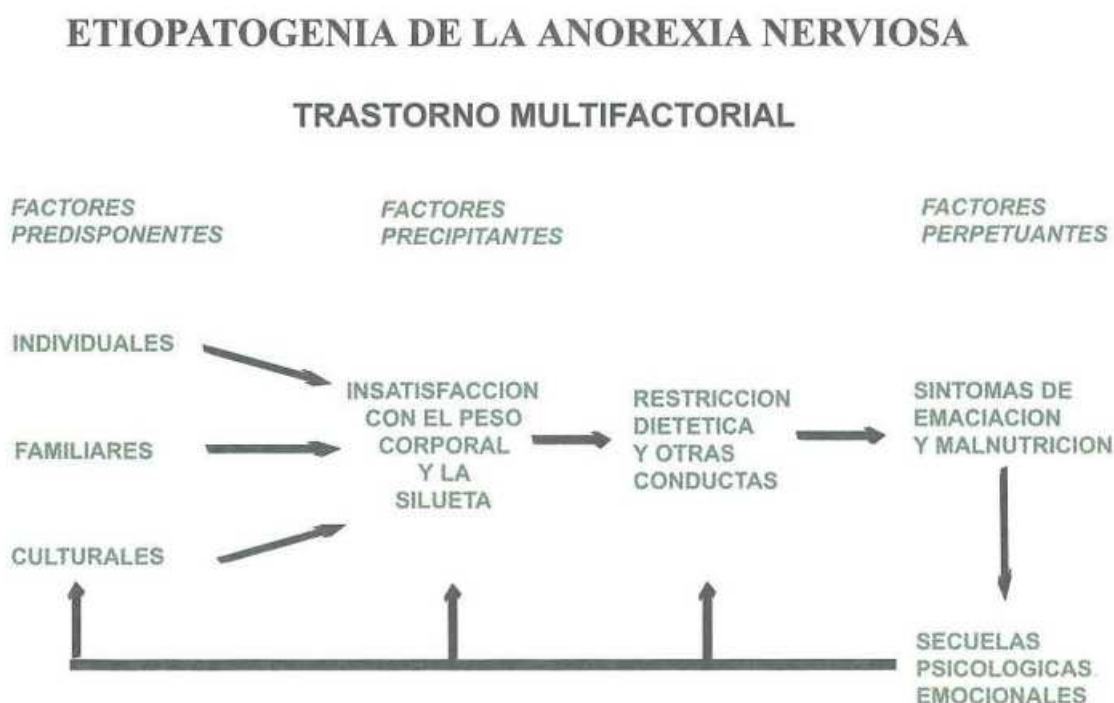


Figura 3. Model ocognitivo de los TCA. Fairburn CG et al., citado por Martínez E.⁽¹⁾**ETIOPATOGENIA DE LA BULIMIA NERVIOSA**

riesgo comunes a la AN y BN algunos de los cuales son compartidos por otros trastornos psiquiátricos. Los factores que incrementan la probabilidad de hacer dieta parecen tener mayor importancia en el desarrollo de la bulimia que en el de la anorexia. El perfeccionismo y la autoevaluación negativa, parecen ser particularmente frecuentes en ambos trastornos. El único factor que difiere entre AN y BN con mayor riesgo para las BN, es el antecedente de obesidad en los padres. La mayoría de los factores de riesgo de la AN son compartidos por la BN, tanto si se compara con población sana como con otros trastornos mentales.

1.4. HISTORIA NATURAL DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Está descrita una gran variabilidad en la psicopatología, disfunción familiar y complicaciones médicas asociadas a estos trastornos y en especial a la **AN**. Del total de casos, aproximadamente un 50% recupera el peso normal, el 20% mejora pero sigue teniendo un peso inferior al normal, un 20-25% sigue anoréxica a los 2-5 años, el 5%

se hace obesa, y un 40-50% desarrolla una bulimia⁽¹¹⁾. En cuanto a la letalidad se observa gran variación entre autores, desde 0 a un 22%^(6,11,12),

Como factores de mal pronóstico figuran la mayor edad al diagnóstico, larga evolución, retraso en el inicio de tratamiento, historia previa de bulimia, y depresión severa.

En cuanto a la evolución de la **BN**, la recuperación se sitúa entorno al 50%, y las cifras que se barajan de cronicidad están alrededor del 30% a los 6 años de seguimiento, con una letalidad del 5% a los 2-5 años^(13,14,15).

La asociación con trastornos mentales como depresión, o personalidad histriónica o antisocial, figuran como factores pronósticos desfavorables.

1.5. EPIDEMIOLOGÍA

1.5.1. Distribución por edad, sexo y otros factores

La edad de inicio de la AN es la preadolescencia o menos frecuentemente, la edad

media de la vida, situándose la mayor prevalencia entre los 15 y los 25 años. La BN se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 años.

El sexo femenino se ve afectado en mucha mayor proporción, siendo varones solo un 5-10% de los que se presentan para el tratamiento de AN. En éstos se da con más frecuencia BN que AN, aunque la prevalencia de BN es también superior en las mujeres⁽¹⁾.

En cuanto a su relación con el nivel socioeconómico, Gard y Freeman, encontraron asociación entre AN y clases alta y media-alta y entre BN y clase media-baja, mientras que Pope et al. observan mayor frecuencia de TCA entre población con bajos ingresos económicos (citados por Lázaro L.⁽¹⁾). Hoy se acepta que no hay diferencias en los TCA por nivel socioeconómico.

Se ha observado que la AN se asocia a alto rendimiento escolar, mientras que la BN a bajo rendimiento.

Estos trastornos presentan un predominio en países desarrollados, no observándose diferencias entre el ámbito rural y el urbano. No obstante existen dificultades de comparación con culturas no occidentales⁽¹⁾.

Se han descrito determinadas profesiones vulnerables, como modelos de pasarelas, gimnastas, atletas, y bailarinas de ballet.

1.5.2. Situación epidemiológica

1.5.2.1. Tipos de estudios y su problemática

Durante los últimos 20 años, los estudios que con más frecuencia se han llevado a cabo sobre la epidemiología de los TCA, se

han dirigido a estimar la incidencia y prevalencia a lo largo del tiempo y en diferentes poblaciones. Otros, más recientes, tienen como objetivo describir la evolución natural de los TCA o determinar los factores de riesgo asociados. Se ha observado una clara falta de consistencia entre autores en lo que a la epidemiología de los TCA se refiere, sobretodo cuando se investiga de forma retrospectiva. Esta puede explicarse por la dificultad de llevar a cabo su investigación epidemiológica, enfrentada a problemas inherentes a los estudios epidemiológicos en general, y a otros en relación con características específicas de estos trastornos en particular.

Así, según el **tipo de estudio** de prevalencia, en una fase (con cuestionario autoadministrado) o prospectivo en dos fases (con cuestionario autoadministrado seguido de entrevista clínica), los resultados variarán y debe tenerse en cuenta si se realizan comparaciones⁽¹⁶⁾.

Una de las principales dificultades propia de los TCA, surge por su relativa **baja tasa de prevalencia**, que conlleva la necesidad de un gran tamaño muestral de población a estudio para obtener estimaciones precisas. La mayoría de los estudios no presentan las estimaciones por intervalo⁽¹⁷⁾, que son amplias y desautorizan las comparaciones.

Otra importante dificultad se deriva de la **definición de caso**. Su precisión en el marco hospitalario es alta, pero mas difícil es definir los casos "menores" en el marco comunitario, donde es evidente la gravedad gradual de la pérdida de peso y de la psicopatología. A esto hay que añadir las modificaciones en los criterios de definición de caso ocurridas a lo largo de las últimas décadas: DSM-III 1980 (American Psychiatric Association), DSM-III-R 1987, DSM-IV 1992; (Por ejemplo, de la DSM-III a

la DSM-III-R se modificó el criterio del peso para la AN pasando de una pérdida del 25% a una del 15%, y se incluye la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos⁽¹⁷⁾.

Por último cabe reseñar la dificultad en la **detección de caso**, dada la frecuentemente naturaleza secreta de los TCA que puede afectar seriamente las tasas de participación^(3,21).

1.5.2.2. Evolución de los TCA en las últimas décadas:

Por lo expuesto anteriormente puede entenderse con facilidad el porqué de la controversia actual entre autores, acerca del incremento de la incidencia de la AN en los países occidentales a lo largo de los últimos años^(3, 17,18,19,20).

En cuanto a la BN se discute si su aparición refleja el desarrollo de un nuevo desorden o el reconocimiento actual de uno existente con anterioridad, o si refleja la transformación de la AN como consecuencia del incremento de población con TCA⁽²¹⁾.

Se han publicado varias revisiones de la literatura sobre la evolución de los TCA, entre ellas la realizada por Devaud et al., que detalla los últimos 40 años hasta 1993⁽³⁾. Este autor indica que hasta los años 80 distintos autores subrayan, basándose en estudios retrospectivos, el incremento en la incidencia de AN. Desde 1990 y a partir de estudios más rigurosos, se concluye que la incidencia y prevalencia de la AN permanece estable, aunque los casos atípicos con frecuencia autoresolutivos, evolucionarían al alza. Estos estudios llegan a la conclusión de la existencia de un síndrome anoréxico completo que no habría variado en el curso de decenios y demuestran también la emergencia de un síndrome anoré-

xico transitorio, a menudo espontáneamente resolutivo, y tributario de presiones socio-culturales, que sería más reciente.

En cuanto a la BN, es a partir de los años 80 y gracias a la aparición de nuevas herramientas diagnósticas de cribado como el EAT (Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979), cuando se evalúa su frecuencia en distintas poblaciones dando lugar a una verdadera explosión de estudios.

1.5.2.3. Situación actual

Estudios de prevalencia llevados a cabo en distintos países desarrollados y publicados recientemente, realizados todos ellos en población general, con cuestionario autoadministrado seguido de entrevista clínica, arrojan cifras similares de prevalencia de cuadro completo de AN o BN. Así por ejemplo, Steinghausen et al⁽²²⁾ en mujeres adolescentes en Suiza obtiene una tasa de prevalencia de **AN** de 0,7 %, mientras que Morandé et al, en Móstoles⁽⁴⁾, de un 0,69%. Rooney et al⁽²³⁾, Cotrufo et al⁽²⁴⁾ y Dancyger et al⁽²⁵⁾ indican cifras entre 0,1% a 0,5%. En cuanto a la prevalencia de **BN** en mujeres jóvenes, las cifras para estos autores varían desde 1,1% a 2,3%.

Si los estudios se llevan a cabo sin entrevista clínica, las cifras se elevan. Así, Fairburn et al (1990)⁽¹⁶⁾ en una revisión de mas de 50 estudios epidemiológicos sobre la BN, encontraron que las cifras pasan del 1,5% en estudios realizados complementados con entrevista clínica a tasas medias de prevalencia de un 9% para estudios realizados solamente con cuestionario autoadministrado.

En la actualidad se consideran cifras internacionalmente aceptadas de **prevalencia** de cuadro completo de **AN** en chicas adolescentes y jóvenes adultas, de 0,5% a 1% y su-

fren cuadro completo de **BN** en esta misma población entre el 1-3%. Asimismo se acepta que de un 3 a un 5% padecen un síndrome subclínico de TCA^(18,26,27). Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

En cuanto a la **incidencia de AN** en población general sería de 1/100000, y oscilaría

entre 20-30/100000 en mujeres entre 10 a 34 años⁽³⁾, mientras que para BN existen pocos estudios que la refieran, destacando las cifras estimadas por Lucas et al⁽²⁸⁾ en Minnesota de 26,5/100000 en mujeres y 0,8/100000 en varones.

OBJETIVOS

- 2.1. Estimar la *prevalencia de criterios o conductas propios* de los TCA en la población escolarizada de 15 a 18 años de la Comunidad de Madrid.
- 2.2. Estimar la *prevalencia de población* a riesgo de padecer un TCA en la población escolarizada de 15 a 18 años de la Comunidad de Madrid.
- 2.3. *Caracterizar* esta población y *describir* su asociación con factores implicados en la génesis de los TCA.
- 2.4. *Valorar la demanda* de atención de salud mental por la población objeto de estudio.

POBLACIÓN Y METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO MUESTRAL

3.1.1. Ámbito geográfico y poblacional

El ámbito geográfico y poblacional está formado por los jóvenes escolarizados de la Comunidad de Madrid, comprendidos entre 15 y 18 años adscritos durante el año académico 1998 y 1999 a los siguientes cursos: 3º ESO/ 1º BUP; 4º ESO/ 2º BUP; 1º BACHILLERATO LOGSE/ 3º BUP; 2º BACHILLERATO LOGSE/COU; ALUMNOS DE F.P. 1 ó 2 y alumnos de ciclos formativos (excluyendo el segundo curso).

3.1.2. Tamaño muestral

El tamaño muestral se estableció en 4500 alumnos distribuidos en 60 centros escolares, que garantiza, para un nivel de confianza del 95%, los siguientes errores muestrales, basados en estimaciones con supuesto muestreo aleatorio simple, y las siguientes prevalencias teóricas, diferenciando para hombres y mujeres: para una estimación teórica de un 4,5% de TCA en las mujeres, el intervalo de confianza oscilaría entre $\pm 0,8\%$; en los hombres, para una prevalencia teórica de 1%, correspondería un intervalo de $\pm 0,46\%$. Este tama-

ño muestral supone el 1,4 % de la población a la que representa, un total de 310.908 jóvenes según el padrón de 1996.

3.1.3. Diseño muestral

El diseño muestral viene condicionado por la necesidad de garantizar la representatividad de la muestra respecto a la población escolarizada durante el curso 1998-1999. Se han establecido dos criterios de estratificación:

Hábitat: formando dos estratos: Madrid capital y resto

Titularidad del centro: público y privado, estableciéndose 4 estratos:

- centros públicos del municipio de Madrid
- centros públicos de municipios del resto de la Comunidad de Madrid
- centros privados del municipio de Madrid
- centros privados del resto de la Comunidad de Madrid.

En la asignación muestral por estrato se ha tenido en cuenta la población escolar dentro

de cada estrato, de manera que la asignación ha sido proporcional al número de alumnos de los cursos que componen el marco poblacional existente en cada estrato.

3.1.4. Tipo de muestreo y unidades muestrales

El tipo de muestreo es de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Estas se han constituido por los centros y las de segunda por las aulas. Se ha estudiado la relación óptima entre el número de centros y el número de aulas a incluir en la muestra, teniendo en cuenta el criterio de economía y conveniencia en la recogida de información, decidiéndose la realización de tres aulas por centro.

3.1.5. Selección de los elementos muestrales

La selección de unidades de primera etapa, los centros escolares, se realizó en cada uno de los cuatro estratos con probabilidad proporcional al número de alumnos matriculados en los cursos que componen el marco poblacional. La selección de unidades de segunda etapa, aulas, se ha realizado según una probabilidad igual en cada centro.

En el proceso de selección de la muestra se ha determinado un sustituto de cada centro y aula seleccionados. La selección de los sustitutos se ha realizado de forma estrictamente aleatoria en cada estrato (centros) y en cada centro (aulas).

3.2. FECHA DE EJECUCIÓN

El trabajo de campo se comenzó la segunda quincena de diciembre de 1998 y finalizó el 4 de marzo de 1999.

3.3. TRABAJO DE CAMPO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Una vez solicitada y concedida por la Dirección de los centros seleccionados la autorización para llevar a cabo el estudio, se aplicó en el aula por encuestadores debidamente entrenados, una encuesta a contestar por los alumnos, de duración aproximada de 20 minutos, de forma anónima y voluntaria. Posteriormente se efectuó la medición del peso y la talla, mediante básculas digitales marca Seca-Alpha-770 y tallímetros de pared marca Kawe. El peso, que se realizó con los alumnos vestidos sin ropa de abrigo y sin zapatos, se corrigió, restando un kilo a los chicos y 900 gramos a las chicas.

3.4. ENCUESTA

La encuesta autoadministrada en el aula incluyó un cuestionario específico para Trastornos del Comportamiento Alimentario, el Eating Disorder Inventory (EDI, Garner, Olmsted, Polivi, 1983) junto con el General Health Questionnaire, en su versión de 28 preguntas (GHQ-28, Goldberg 1981), desarrollado para identificar trastornos mentales agudos. Estos dos cuestionarios se completaron con preguntas que exploran aspectos relacionadas con los trastornos objeto de estudio, como consumo de diferentes sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas), realización de ejercicio físico excesivo, nivel de estudios y situación laboral de los padres, dificultad para establecer relaciones sociales, solicitud de atención sanitaria del alumno o de sus familiares más cercanos, así como edad de la menarquia y amenorrea, entre otras preguntas (anexo 1).

3.4.1. Características del cuestionario Eating Disorders Inventory

El cuestionario EDI original consta de 64 preguntas agrupadas en 8 escalas, 3 de ellas valoran actitudes y comportamientos relacionados con peso, imagen corporal, y alimentación (Obsesión por delgadez, Insatisfacción corporal y Bulimia) y las 5 restantes miden características psicológicas generales de personas con TCA (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez). Las respuestas a cada pregunta se hallan en una escala de 6 puntos y obedecen a las siguientes posibilidades: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Se puntúan de 0 a 3: nunca, pocas veces y a veces puntúan 0 mientras que a menudo, casi siempre y siempre 1, 2 ó 3 respectivamente.

En cuanto a sus **características psicométricas**, a través de **análisis factorial** en muestras de pacientes y en población normal, algunos autores llegan a la conclusión de la existencia de dos factores bastante estables: Un primer factor, perfeccionismo, que incluye la escala del mismo nombre, un segundo factor que mide el trastorno de la conducta y cognitivo hacia la alimentación y se corresponde con las escalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal. Otros factores serían dependientes de las características de los sujetos, tal como su condición de población clínica versus no clínica⁽²⁹⁾.

Garner (1991), obtiene un coeficiente alfa de **consistencia interna** para las escalas del EDI de 0,69 a 0,93, con excepción de la escala de Miedo a la madurez (0,65).

Diferentes autores evaluaron la **validez test-retest**, obteniendo una correlación de

0,41 a 0,75 después de un año, en una muestra de 282 pacientes sanos. La correlación fue superior a 0,70 para las escalas de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal.

En cuanto a la **validez concurrente**, en uno de los primeros estudios Garner et al. 1983, encontraron una correlación de 0,43 a 0,68 entre la valoración clínica de los rasgos medidos por las subescalas y la puntuación obtenida en las mismas por cuestionario autoadministrado. El grupo de anoréxicas-purgativas, puntuó mas alto que las anoréxicas tipo restrictivo en la escalas de Bulimia. Por medio de análisis discriminante, Garner et al (1983), encontraron que cada una de las 8 subescalas diferenciaba mujeres con AN de un grupo control de mujeres, siendo correctamente clasificados de un 88% a un 93% de los sujetos. También encontraron que las subescalas del EDI clasificaban correctamente al 85% de los sujetos en los subtipos de AN bulímica y restrictiva⁽²⁹⁾.

El EDI se ha utilizado como instrumento de cribado para detectar población a riesgo, y también para el diagnóstico de un TCA. Parece haber sido útil para diferenciar niveles de severidad y subtipos de AN, así como en la evaluación de la respuesta al tratamiento⁽²⁹⁾.

Pasamos a transcribir lo que en el manual del EDI⁽⁵⁾ figura sobre las tres primeras escalas, que son las que utilizamos en la definición operativa de "población a riesgo". En el anexo 3 se encuentra una relación de las escalas con sus ítems correspondientes.

1. Obsesión por delgadez:

"Esta escala fue elaborada por Bruch (1973,1982) quien describió la obsesión

por la delgadez o la "búsqueda incesante de la delgadez" como la característica esencial y nuclear de los TCA. Russell (1970) describió su antítesis, "el temor mórbido a la obesidad", como el núcleo psicopatológico tanto de la AN como de la BN. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la AN y la BN. Los 7 elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar".

2. Bulimia:

La escala de Bulimia incluye 7 preguntas que "evalúan la tendencia a tener pensamientos, darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la BN y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímica y restrictiva. Las investigaciones han demostrado que hay casos de BN en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de TCA pero, en la mayor parte de los casos, la BN severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas".

3. Insatisfacción corporal:

"Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de los TCA (Garner y Garfinkel, 1981; Garner Garfinkel y Bonato, 1987;

Thompson, 1990). Puede considerarse también como uno de los factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con TCA". Se compone de 9 elementos que supondrían un máximo de 27 puntos.

3.4.2. Características del Cuestionario de Salud General, GHQ-28

Tal y como se describe en el manual⁽³⁰⁾, el Cuestionario de Salud General de Goldberg, fue diseñado para ser utilizado como test de cribado autoadministrado destinado a detectar trastornos psíquicos entre los encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y por tanto se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. Se ha utilizado en 38 idiomas y se han publicado más de 50 estudios de validez, demostrando funcionar bien en lugares muy diversos. Puesto que fue diseñado para su uso en el ámbito de consultas médicas, se centra en las rupturas de la función normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida. El cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad de seguir llevando a cabo las funciones "saludables" normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico ("Distressing"). Detecta trastornos de menos de dos semanas de duración (no se pregunta cuánto tiempo ha experimentado cada síntoma), y es sensible a trastornos muy transitorios que pueden remitir sin tratamiento.

El GHQ-28 en escalas, se deriva del análisis factorial del GHQ-60 y se compone de 4 subescalas: Síntomas somáticos,

Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave. A través de numerosos estudios de validez con entrevista clínica se concluye una sensibilidad del 84% y una especificidad del 82%. En cuanto al punto de corte aconsejado, en 16 estudios de validez el rango abarca de un valor mínimo de 4 ó 5, a una máximo de 11 ó 12, siendo el más frecuentemente utilizado de 4 ó 5.

3.5. ELECCIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE

Los puntos de corte en las escalas del EDI utilizadas en la definición operativa de “población a riesgo”, ≥ 12 para Obsesión por la delgadez, ≥ 16 para Insatisfacción corporal y ≥ 7 para Bulimia, se dieron teniendo en cuenta la distribución de frecuencias de puntuación en población sana y enferma, que figura en el manual⁽⁵⁾.

Para el GHQ-28, el punto de corte se estableció en 7, después de consulta a expertos y teniendo en cuenta que se trata de población adolescente.

3.6. MEDIDAS DE FRECUENCIA Y ASOCIACIÓN

Se ha calculado la prevalencia de conductas de riesgo y la de población a riesgo por sexo, y sus respectivos intervalos de confianza al 95%, una vez corregido el efecto de diseño.

La representación y análisis de la prevalencia por edad, se limita a el rango de 15 a 18 años, por considerar que la población de la muestra de otras edades no es representativa de las mismas. En todos los demás análisis y en la comparación de las prevalencias por sexo se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada.

La significación estadística de la diferencia de prevalencia según sexo y edad se calculó mediante el test de χ^2 . Para caracterizar la población a riesgo, se calcularon los Odds Ratio de los diferentes factores tenidos en cuenta en el estudio, su intervalo de confianza y su significación estadística al 95%, mediante regresión logística ajustando por edad. Cuando la variable era categórica, se tomó como referencia la categoría de menor exposición. Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS V.9 y STATA V.6.

3.7. DEFINICIÓN OPERATIVA DE POBLACIÓN “A RIESGO” DE PADECER UN TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

En la página siguiente se presentan los criterios o conductas cuya combinación define un caso “a riesgo” de padecer un TCA. Están basados en la definición de caso clínico según la CIE 10ª revisión, y la DSM-IV, así como en criterios descritos en la literatura como factores predisponentes.

Lo que hemos denominado “DIETA” hace referencia al término inglés “Dieting” y expresa las conductas o criterios directamente relacionados con la pérdida de peso por dieta o por ejercicio físico. Lo que denominamos “CONDUCTA PURGATIVA /ATRACÓN”, se refiere a las conductas reactivas para perder peso. En ambos se incluye como criterio, alto grado de Insatisfacción corporal o de Obsesión por la delgadez. Para estos dos criterios así como para atracones, nos basamos en las escalas de Insatisfacción corporal, Obsesión por la delgadez y Bulimia respectivamente, del cuestionario EDI.

Se define como *población a riesgo* de padecer un TCA aquella en que se cumplen todos los criterios de al menos uno de los dos tipos siguientes:

1. DIETA:

A. Uno de los siguientes:

- Peso observado $\leq$ al 85% del **peso "ideal"**
- **Pérdida de 5 Kg. o más** por dieta, en el último año

Y B. Al menos uno de los siguientes:

- **Uso de píldoras adelgazantes** para controlar la figura o peso, al menos un episodio en el último año
- **Ejercicio excesivo** con el objetivo de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa (ejercicio excesivo = más de una hora al día o más de 7 horas a la semana)
- Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez ≥ 12 , según cuestionario EDI
- Puntuación en la escala Insatisfacción corporal ≥ 16 , según cuestionario EDI

2. CONDUCTA PURGATIVA/"ATRACONES":

A. Una de las siguientes:

- **Vómitos autoinducidos** para controlar la figura o el peso, al menos un episodio en el último año
- Uso de **laxantes** para controlar la figura o el peso, al menos un episodio en el último año
- Uso de **diuréticos** para controlar la figura o el peso, al menos un episodio en el último año

- Puntuación en escala de **Bulimia** del EDI ≥ 7

Y B. Al menos una de las siguientes:

- Puntuación en la escala de **Obsesión por la delgadez** ≥ 12 , según cuestionario EDI
- Puntuación en la escala **Insatisfacción corporal** ≥ 16 , según cuestionario EDI

A partir de los datos del estudio, se estimó el peso "ideal" como el peso medio esperado para cada alumno en función de su talla, sexo y edad, por medio de una regresión lineal múltiple.

Se define el "ejercicio físico excesivo" como la realización de ejercicio físico durante las últimas 4 semanas, más de una hora al día o más de 7 horas a la semana pero no todos los días, como medio de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa. (P68 del cuestionario).

Se define amenorrea como la ausencia de 3 ó más períodos menstruales seguidos durante los últimos 12 meses, no debida a embarazo, ni a utilización de píldora anti-conceptiva, en adolescente que ha tenido la menarquía (P113 a P116 del cuestionario).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y TASAS DE RESPUESTA

El estudio se llevó a cabo en un total de 55 centros escolares (el 52% de titularidad pública y el 48% privada) y en 172 aulas. Han participado con cuestionario válido 4334 alumnos, de los cuales el 55,8% fueron mujeres y el 44% varones. En 6 casos no se consignó el sexo. La distribución de la muestra por edad y por curso académico según sexo, figura en las tablas siguientes:

Tabla I Distribución de la muestra por edad según sexo

	Varones		Mujeres	
	N	%	N	%
15 años	212	11.1	333	13.8
16 años	527	27.5	732	30.3
17 años	562	29.4	669	27.7
18 años	318	16.6	362	15
19 años	108	5.6	113	4.7
20 años	49	2.6	50	2.1
Total	1776	92.8	2259	93.5
N.C./otras	137	7.2	156	6.5
TOTAL	1913	100	2415	100

Tabla II Distribución de población por curso académico según sexo

	Varones		Mujeres	
	N	%	N	%
3º ESO	45	2,4	54	2,2
4º ESO/2º BUP	761	39,8	958	39,5
1º BACH./3º BUP	766	40	903	37,3
2º BACH./COU	257	13,4	378	15,7
F.P./CICLOS				
FORMATIVOS	84	4,4	128	5,3
Total	1913	100	2421	100

El porcentaje de ausentes en clase el día de la aplicación del cuestionario fue del 10,3%, y los porcentajes de negativas y cuestionarios en blanco, de un 0,7 y 0,2% respectivamente. Se contactó con 74 colegios, participando finalmente un total de 55. Todo ello supone una tasa de respuesta de alumnos del 89% y de centros del 74% (tablas III y IV).

Tabla III Distribución de la muestra según estrato

	Centros Públicos Madrid		Centros Públicos del Resto de Madrid		Centros Privados de Madrid		Centros Privados del Resto de Madrid		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Matriculados	1064	(21,8)	1581	(32,3)	1627	(33,3)	608	(12,4)	4880	(100)
Cuestionarios Válidos	925	86,9	1335	83,8	1537	94,5	547	90,0	4334	88,8
Ausentes	134	12,6	228	14,4	84	5,2	57	9,4	503	10,3
Negativas	5	0,5	18	1,1	6	0,4	4	0,7	33	0,7
Blanco	0	0,0	10	0,6	0	0,0	0	0,0	10	0,2

Tabla IV. Tasa de respuesta de alumnos, centros, y por estratos**Tasa de respuesta de escolares**

Nº ausencias	503
Nº cuestionarios blanco	10
Nº de negativas a participar	33
*Tasa de Respuesta	89%

Tasa de Respuesta de centros

Colegios contactados	74
Colegios realizados	55
* Tasa de respuesta	74%

Tasa de respuesta según titularidad

*Tasa de respuesta de centros públicos	85%
*Tasa de respuesta de centros privados	69%

Tasa de respuesta según estrato

*Tasa de respuesta en centros públicos de Madrid	92%
*Tasa de respuesta en centros públicos del resto de la Comunidad de Madrid	74%
*Tasa de respuesta en centros privados de Madrid	62%
*Tasa de respuesta en centros privados del resto de la Comunidad de Madrid	100%

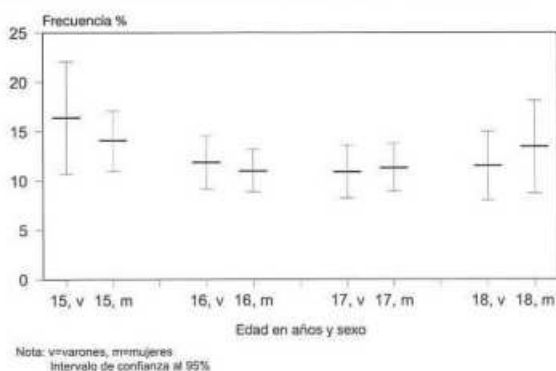
RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LA PREVALENCIA DE CRITERIOS Y CONDUCTAS INCLUIDOS EN LA DEFINICIÓN DE POBLACIÓN 'A RIESGO'

5.1.1. Peso ideal

El 12,4% (10,7-14,2) de los chicos y el 12,4% (10,8-13,9) de las chicas, presenta un peso menor o igual al 85% del considerado ideal para su talla y edad, no observándose por tanto diferencias entre sexos en este criterio. Tampoco se observan diferencias significativas por edad, como puede observarse en el gráfico siguiente.

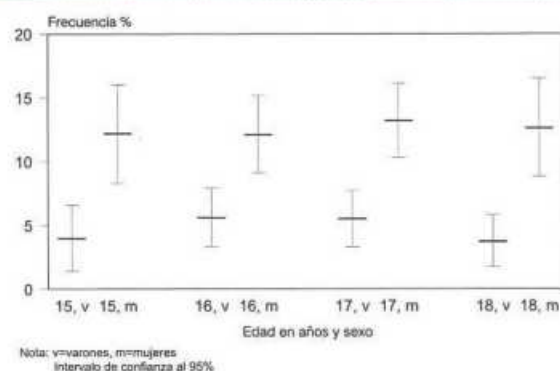
Gráfico 1. Peso menor o igual al 85% del "ideal". Prevalencia por edad, según sexo



5.1.2. Pérdida de 5 kilos o más por dieta en el último año

El 5,2% (4-6,4) de los chicos y el 12,8% (11,2-14,4) de las chicas refiere haber perdido 5 kilos o más por dieta en el último año. Este criterio es 2,5 veces más frecuente en las chicas que en los chicos ($p < 0,001$), no observándose diferencias por edad (gráfico 2).

Gráfico 2. Pérdida de 5 kilos o más por dieta en el último año. Prevalencia por edad, según sexo

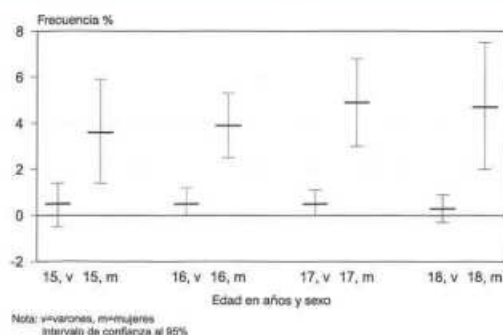


5.1.3. Utilización de píldoras adelgazantes en el último año

Un 0,7% (0,2-1,1) de los chicos y un 4,4% (3,5-5,3) de las chicas, utilizaron píldoras adelgazantes al menos una vez en el último año, diferencia según sexo

que es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La distribución por edad se muestra en el gráfico 3, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 3. Utilización de píldoras adelgazantes en el último año. Prevalencia por edad, según sexo

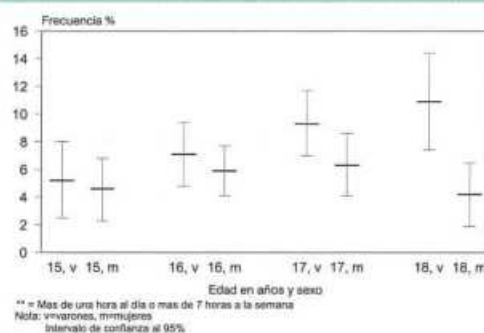


5.1.4. Ejercicio físico excesivo

Refieren haber realizado ejercicio físico más de una hora al día o más de 7 horas a la semana pero no todos los días, con el objetivo de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa en las últimas 4 semanas, el 8,2% (6,9-9,5) de los chicos y el 5,3% (4,3-6,2) de las chicas ($p < 0,001$).

La prevalencia va incrementándose con la edad en los chicos, pasando del 5,2% a los 15 años a un 10,9% a los 18 años, y aunque se encuentra en el límite, esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa ($p=0,07$), mientras que en las chicas no se observan diferencias por edad. La diferencia entre sexos es estadísticamente significativa a partir de los 17 años ($p=0,04$) y es máxima a los 18 ($p < 0,001$) (gráfico 4).

Gráfico 4. Realización de ejercicio físico excesivo para adelgazar, controlar la figura o reducir la cantidad de grasa. Prevalencia por edad, según sexo**



5.1.5. Obsesión por la delgadez o Tendencia al adelgazamiento

Esta escala del EDI incluye 7 preguntas y la puntuación máxima posible está en 21 (anexo nº 3). En nuestra población de estudio se observa una diferencia estadísticamente significativa en la distribución por sexo de la puntuación obtenida en esta escala (gráfico 5). Un 1,3% (IC 95% 0,8-1,8) de los varones presenta puntuación $\geq$ de 12 frente a un 18,4% (IC 95% 16,8-19,9) de las mujeres ($p < 0,001$), siendo la puntuación media en ellos de 1,5 (IC 95% 1,4-1,6) y en ellas de 5,4 (IC 95% 5,1-5,7) (gráfico 5 y anexo 4).

No se observan diferencias significativas por edad (gráfico 6).

Gráfico 5. Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999

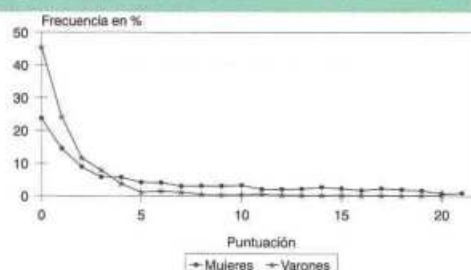
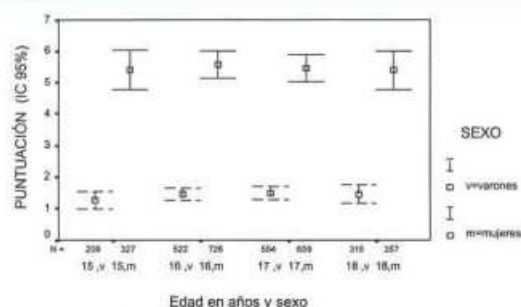


Gráfico 6. Escala de Obsesión por la delgadez. Puntuación media por edad, según sexo



5.1.6. Insatisfacción corporal

Esta escala del cuestionario EDI, consta de 9 preguntas y la puntuación máxima que puede obtenerse en ella es de 27.

Presenta una puntuación ≥ 16 , punto de corte establecido, el 2,5% (1,8-3,2) de los chicos y el 23,4% (21,7-25,1) de las chicas, siendo la puntuación media obtenida de 3,5 (3,3-3,6) y de 9,3 (8,9-9,7) respectivamente ($p < 0,001$), lo cual indica una diferencia estadísticamente significativa por sexos (gráfico 7, anexo 4).

Por edad, la puntuación media en esta escala se mantiene bastante estable, no encontrándose diferencias significativas (gráfico 8).

Gráfico 7. Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999

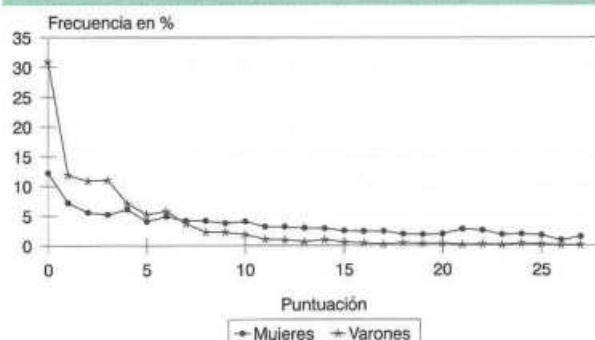
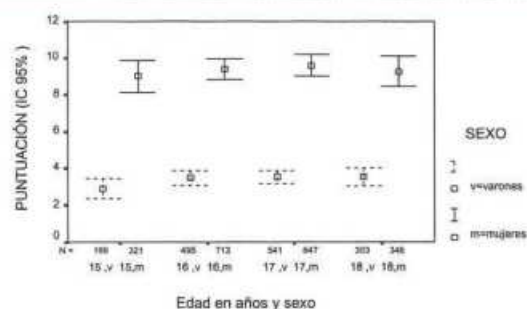


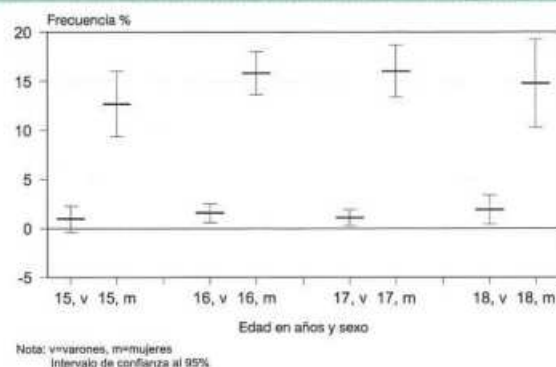
Gráfico 8. Escala de Insatisfacción corporal. Puntuación media por edad, según sexo



5.1.7. Vómitos autoinducidos

Refieren la realización de vómitos autoinducidos para controlar o perder peso, al menos un episodio en el último año, un 1,3% (0,8-1,8) de los chicos y el 14,6% (13-16,1) de las chicas ($p < 0,001$). En la distribución por edad no se aprecian diferencias (gráfico 9).

Gráfico 9. Vómitos autoinducidos en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio, por edad según sexo

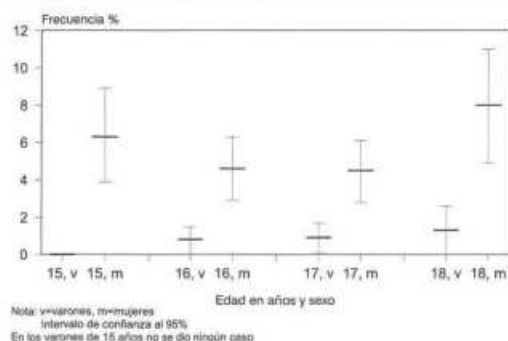


5.1.8. Utilización de laxantes

El uso de laxantes para controlar o perder peso, al menos un episodio en el último año, se refiere en el 0,7% (0,3-1,1) de los chicos y en el 5,7% (4,5-6,9) de las chicas ($p < 0,001$). En ambos sexos es a los 18 años cuando la prevalencia es mayor, y aunque no se aprecian diferencias estadís-

ticamente significativas por edad, en las chicas la significación está muy cerca de serlo ($p=0,054$), (gráfico 10).

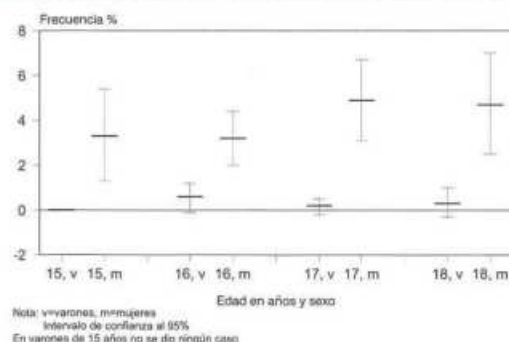
Gráfico 10. Utilización de laxantes en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio, por edad según sexo



5.1.9. Utilización de diuréticos

Un 0,3% (0,04-0,6) de los chicos y un 4% (3,1-4,8) de las chicas refiere haber utilizado diuréticos para controlar o perder peso, al menos un episodio en el último año ($p < 0,001$). En la distribución por edad no se aprecian diferencias estadísticamente significativas (gráfico 11).

Gráfico 11. Utilización de diuréticos en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio, por edad según sexo



5.1.10. Bulimia

Esta escala del cuestionario EDI, incluye 7 preguntas y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 21 puntos.

Han obtenido una puntuación ≥ 7 , que es el punto de corte establecido, un 4% (3,1-4,8) de los chicos y un 3,7% (3-4,4) de las chicas, no observándose por tanto diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La puntuación media obtenida en los varones fue de 1,4 (1,2-1,5) y en las mujeres de 1,3 (1,2-1,4) (gráfico 12 y anexo 4). La prevalencia va incrementándose con la edad, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas (gráfico 13).

Gráfico 12. Puntuación en la escala de Bulimia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999

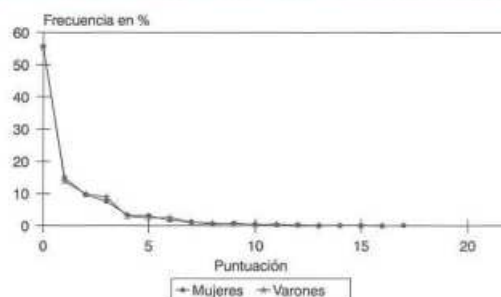


Gráfico 13. Escala de Bulimia. Puntuación media por edad, según sexo

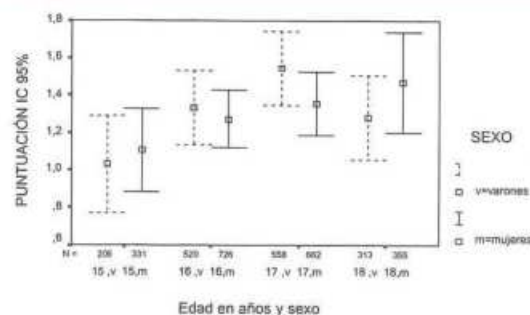


Tabla V. Resumen de la prevalencia de conductas y criterios indicativos de TCA y su diferencia según sexo

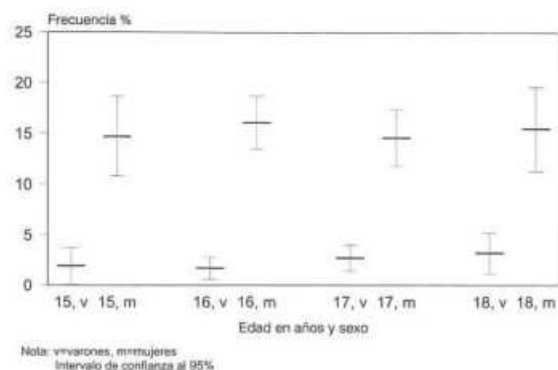
	%, (I. de C. 95%)		
	Hombres	Mujeres	p
1. "DIETA"			
Peso observado $\leq$ 85% del "ideal"	12,4 (10,7-14,2)	12,4 (10,8-13,9)	NS
Pérdida de 5 Kgs. o más por dieta en el último año	5,2 (4-6,4)	12,8 (11,2-14,4)	**
Uso de píldoras adelgazantes en el último año, al menos un episodio en el último año	0,7 (0,2-1,1)	4,4 (3,5-5,3)	**
Ejercicio excesivo con el objetivo de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa, en las últimas 4 semanas (más de una hora al día o más de 7 horas a la semana pero no todos los días)	8,2 (6,9-9,5)	5,3 (4,3-6,2)	**
Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez (EDI) $\geq$ 12	1,4 (0,9-1,8)	18,4 (16,7-20,1)	**
Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal (EDI) $\geq$ 16	2,5 (1,8-3,2)	23,4 (21,6-25,3)	**
2. CONDUCTA PURGATIVA/"ATRACONES"			
Vómitos autoinducidos para controlar/perder peso al menos un episodio en el último año	1,3 (0,8-1,8)	14,6 (13-16,1)	**
Uso de laxantes para controlar/perder peso, al menos un episodio en el último año	0,7 (0,3-1,1)	5,7 (4,5-6,9)	**
Uso de diuréticos para controlar/perder peso al menos un episodio en el último año	0,3 (0,04-0,6)	4 (3,1-4,8)	**
Puntuación en escala de Bulimia(EDI) $\geq$ 7	4 (3,1-4,8)	3,7 (3-4,4)	NS

NS = no significativo; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$

5.2. PREVALENCIA DE POBLACIÓN "A RIESGO"

El 2,2%(1,6-2,8) de los varones y el 15,3%(13,8-16,9) de las mujeres presenta cualquiera de las dos tipologías definidas anteriormente ($p < 0,001$). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas por edad.

Gráfico 14. Población 'a riesgo' de padecer un TCA. Prevalencia por edad, según sexo



En los diagramas siguientes se representan las prevalencias de los dos tipos de caso definidos. Se observa que cumplen los criterios del tipo **"Dieta"** de caso a riesgo el 2% (1,5-2,5) de los varones y el 7,8% (6,7-9) de las mujeres ($p < 0,001$), en tanto que cumplen los criterios de **"Conducta purgativa/atracon"** el 0,5% (0,2-0,9) de los varones y el 12,3% (10,9-13,7) de las mujeres ($p < 0,001$). El 0,3% (0,1-0,6) de los varones y el 4,6% (3,7-5,5) de las mujeres, presentan **ambos tipos a la vez**.

El 1,7% (1,1-2,4) de las adolescentes presenta criterios, conductas y actitudes propios de TCA y **además** refiere la presencia

de **amenorrea**, lo que nos indica caso probable de AN.

El 9,9% (8,6-11,2) de las chicas y el 0,8% (0,4-1,2) de los chicos además de posible caso de TCA, presenta **trastorno mental leve** concomitante (puntuación en el GHQ-28 > 7).

El criterio que indica trastorno mental leve (puntuación en el GHQ-28 > 7) se observa para el conjunto de toda la muestra, en el 17% (15,4-18,5) de los chicos y en el 36% (33,4-38,4) de las chicas ($p < 0,001$), y en ambos sexos existe un incremento estadísticamente significativo a medida que aumenta la edad.

Figura 4. Prevalencia de población 'a riesgo'. Mujeres

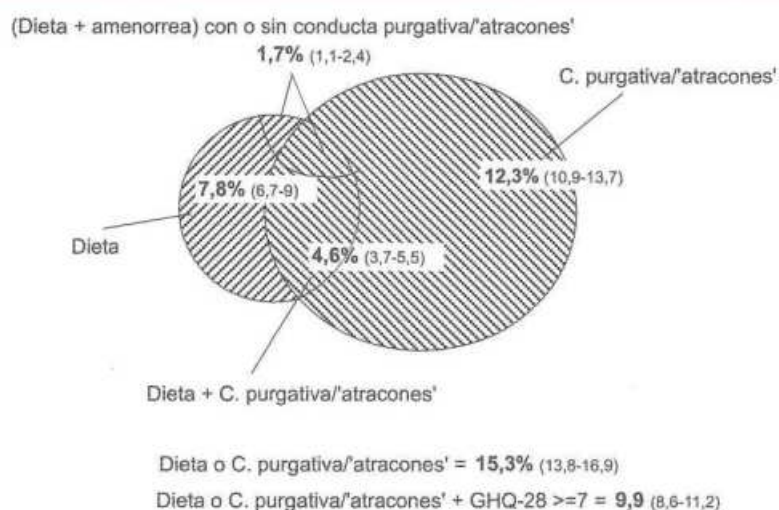
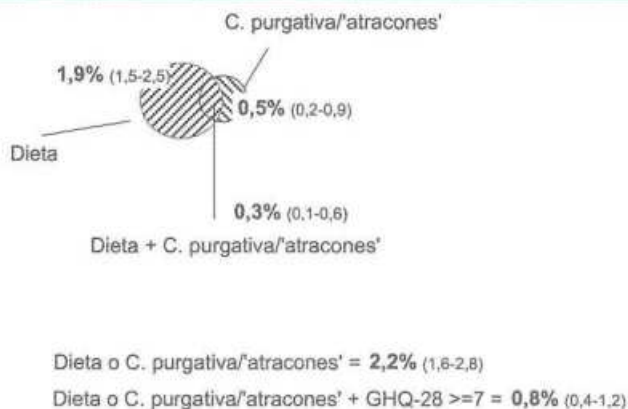


Figura 5. Prevalencia de población 'a riesgo'. Varones



5.3. DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA MENTAL

Entre los adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre sexos en la demanda de atención psicológica o psiquiátrica en los últimos 12 meses. Así, el 7% (5,7-8,2) de los chicos y el 10,6% (8,9-12,4) de las chicas refiere haberla solicitado ($p < 0,0001$). Este porcentaje se eleva a un 21% (9-34) y 24% (20-29) respectivamente, si pertenecen a la población de riesgo, y pasa a ser de un 26,7% (5,6-47,8) y 29% (22,3-35,7) respectivamente si además obtuvieron una puntuación en el GHQ mayor o igual a 7. En las mujeres que son población de riesgo y que refieren amenorrea, el porcentaje llega a un 56% (42-70) (tabla VI).

5.4. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE PADECER UN TCA

En las tablas VII a XII figuran los OR con su significación estadística y su intervalo de

confianza, de los factores que han sido incluidos en el cuestionario y que presentan asociación estadísticamente significativa con la población "a riesgo", después de realizar regresión logística ajustando por edad.

Todas las escalas del cuestionario EDI que se pasaron (no se aplicó la escala de Miedo a la madurez), salvo la de Desconfianza interpersonal en chicos, presentan asociación con la población de riesgo, tanto en chicos como en chicas, observándose los mayores OR en la escala de Conciencia interoceptiva, 1,3 y 1,2 respectivamente. Lo mismo ocurre con las escalas del cuestionario GHQ-28, salvo en la escala de Disfunción social en chicos. El cuestionario GHQ-28 globalmente puntuado, presenta un OR de 1,12 y 1,14 respectivamente.

Entre las mujeres incluidas en la población de riesgo, comparadas con el resto, se observa además mayor prevalencia de diferentes hábitos de salud: consumo de tabaco, número de cigarrillos, consumo de alcohol, consumo de tranquilizantes o pas-

Tabla VI. Consulta a psicólogo o psiquiatra (I. de C. 95%)

	Varones	Mujeres
'Dieta' o conducta purgativa/'atración' (posible TCA)	21,4% (8,9-34)	24,2% (19,6-28,7)
'Dieta' o conducta purgativa/'atración' + GHQ-28 $\geq$ 7 (posible TCA + TM)	26,7% (5,6-47,8)	29% (22,3-35,7)
'Dieta' + amenorrea		56,1% (42,1-70,1)
Toda la población	7% (5,7-8,2)	10,6 (8,9-12,4)

Tabla VII. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Escalas del cuestionario EDI

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Ineficacia	1,13	0,0001	1,1-1,2	1,2	0,0001	1,14-1,2
Perfeccionismo	1,1	0,04	1,004-1,17	1,14	0,0001	1,1-1,18
Desconfianza interpersonal	1,08	0,07	0,99-1,18	1,04	0,012	1,009-1,08
Conciencia interoceptiva	1,3	0,0001	1,17-1,34	1,2	0,0001	1,17-1,23

Tabla VIII. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Escalas del cuestionario GHQ-28

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Síntomas somáticos	1,1	0,01	1,02-1,19	1,19	0,0001	1,16-1,23
Ansiedad e insomnio	1,16	0,0001	1,09-1,24	1,15	0,0001	1,13-1,18
Disfunción social	1,1	0,355	0,9-1,2	1,2	0,0001	1,15-1,25
Depresión grave	1,12	0,0001	1,06-1,18	1,17	0,0001	1,15-1,2
GHQ-28	1,12	0,0001	1,1-1,18	1,14	0,0001	1,12-1,16

Tabla IX. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Hábitos de salud

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Consumo de tabaco	1,33	0,4	0,7-2,5	2,4	0,0001	1,86-3,01
Número de cigarrillos	1,05	0,2	0,9-1,13	1,12	0,0001	1,1-1,16
Consumo de alcohol	0,9	0,8	0,9-1,05	1,07	0,0001	1,04-1,09
Tranquilizantes	3,6	0,01	1,4-9,5	2,9	0,0001	2,16-4,08
Hachis	1,2	0,6	0,6-2,3	2,1	0,0001	1,7-2,7
Cocaína	1,1	0,9	0,4-3,1	1,7	0,03	1,04-2,7
Otras drogas	0,7	0,5	0,2-2,1	1,9	0,003	1,23-2,8

Tabla X. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Familia/Red social

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Mala relación padre	2,5	0,022	1,14-5,62	1,54	0,007	1,12-2,1
Mala relación madre	—	—	—	1,96	0,001	1,32-2,9
Novio/a alguna vez al año	1,6	0,4	0,5-5,4	2,14	0,007	0,3-0,8
No más hermanos	3,6	0,0001	1,8-7,1	1,06	0,72	0,74-1,5

Tabla XI. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Consulta con psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Padre	2,6	0,13	0,8-8,7	2,04	0,004	1,2-3,3
Madre	1,6	0,4	0,5-5,5	1,8	0,003	1,2-2,6
Hermano/a	3,7	0,01	1,4-10,1	1,5	0,05	0,9-2,2

Tabla XII. Factores asociados a la población 'a riesgo'. Otros

Escala	Chicos, N = 42			Chicas, N = 370		
	O.R.	P > z	I. de C. 95%	O.R.	P > z	I. de C. 95%
Sobresaliente en el curso pasado	3,3	0,005	1,4-7,7	0,8	0,3	0,5-1,2
Edad menarquia	—	—	—	0,8	0,0001	0,8-0,9
Talla	0,4	0,7	0,004-45,9	6,7	0,048	1,02-44,9
Estrato Madrid/resto	1,17	0,6	0,6-2,2	0,8	0,029	0,6-0,97

tillas para dormir sin receta médica, consumo de hachís, cocaína, y otras drogas. Llama la atención la elevada OR de la utilización de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica, 3,6 en chicos y 2,9 en chicas.

Respecto a las relaciones con miembros familiares cercanos, las chicas refieren mala relación con ambos padres, a diferencia de los chicos que solo la refieren con el padre. Por otro lado, las chicas de la población a riesgo refieren con más frecuencia tener novio al que paradójicamente ven sólo alguna vez al año. En los chicos el ser hijo único parece estar asociado a la población de riesgo.

En cuanto a la necesidad de consulta con psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses por miembros familiares cercanos, se observa asociación en las chicas con padre o madre. En los chicos no llega a ser estadísticamente significativo, aunque los OR son altos.

Por último, otras asociaciones encontradas se refieren a la nota media de sobresaliente en el último curso en los chicos, la me-

nor edad de la menarquia y la mayor talla en las chicas, y el estrato "resto de Madrid" respecto a "municipio de Madrid".

Todos estos factores deben interpretarse como factores que se observan con mayor prevalencia en la población de riesgo, sin poder llegar a considerarlos factores de riesgo, ya que no conocemos si su aparición es anterior, simultánea o incluso consecuencia de los síntomas de TCA.

En la tabla siguiente figuran los factores que no han mostrado asociación con la población de riesgo.

Tabla XIII. Factores no asociados a la población 'a riesgo'

- Edad
- Situación laboral de padre o madre
- Nivel de estudios más alto alcanzado por el padre o la madre
- Padres separados
- Relaciones con hermanos o compañeros
- Amigos
- Amigos a distancia
- Estrato público-privado

DISCUSIÓN

Este estudio basado en cuestionario autoadministrado en el aula, obtiene como resultado una prevalencia de población adolescente escolarizada con riesgo de padecer un TCA, del 15,3% en las chicas y del 2,2% en los chicos. Estas cifras son similares a las publicadas por otros autores. Así, Dancyger et al (1995) en Toronto (Canadá)⁽²⁵⁾, halla un 15% de chicas entre 13 y 21 años con puntuación mayor a 20 del cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test), punto de corte aconsejado para establecer población de riesgo. Cotrufo et al (1998) en Nápoles⁽²⁴⁾, en adolescentes féminas de 13 a 19 años, obtiene que un 17,2% presenta cualquiera de los grados del "continuum" que va desde el síndrome subclínico a cuadro completo de TCA. Steinhäuser (1997), en chicas de 14 a 17 años de Zurich (Suiza)⁽²²⁾ concluye que entre el 10 y el 14% presentan conductas extremas de control del peso ("Dieting") o temor a la obesidad, consideradas ambas como características esenciales de los TCA. Fisher (1991)⁽³¹⁾ en mujeres estudiantes con edad media de 16 años, encuentra un 18% con puntuación en el EAT- 40 mayor o igual a 30.

En cuanto a los varones, en un estudio de revisión de bulimia nerviosa en varones, Carlat (1991)⁽³²⁾ observa una prevalencia media de bulimia detectada a través de cuestionario

autoadministrado de un 0,8%, cuando nosotros observamos de 0,5% (0,2-0,9).

Por otro lado, tanto la media en la puntuación de las tres escalas del EDI utilizadas en la definición operativa de caso, como la proporción de adolescentes que obtuvieron una puntuación mayor o igual a un punto de corte establecido, son similares a las publicadas tanto en el manual del EDI⁽⁵⁾ como por el propio autor del cuestionario en distintas poblaciones de adolescentes de EEUU de los años 80⁽²⁹⁾.

El predominio en el sexo femenino tanto de la prevalencia de la población a riesgo como la de las conductas aisladas propias de los TCA, es también consistente con lo descrito en la literatura. No obstante dos observaciones merecen destacarse en este sentido dado que en algunas ocasiones este predominio se invierte. Así, la realización de ejercicio físico excesivo como medio de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa, es predominante en los varones. Esto quizá pueda explicarse por la distinta imagen ideal del cuerpo que presentan los adolescentes según sexo⁽⁷⁾.

En segundo lugar, el que no se observen diferencias estadísticamente significativas

entre sexos en la escala de bulimia del cuestionario EDI, hecho observado también en el estudio de Morandé et al⁽⁴⁾ (1999), no parece concordar con las cifras de casos clínicos de bulimia que indican un predominio en chicas. Al analizar las diferencias entre sexos ítem por ítem, se observa un predominio femenino en los relacionados con vómitos, mientras varias de las preguntas relacionadas con el atracón presentan predominio masculino. Drewnowski et al⁽³³⁾ (1988) en un estudio sobre prevalencia de bulimia nerviosa a través de encuesta telefónica, observa que ninguno de los varones que refería "binge eating" (atrachón), presentó vómitos autoprovocados. En los chicos el atracón no va seguido de vómitos, lo que puede indicar que reaccionan al mismo con menos stress que las chicas y por lo tanto tienen un menor riesgo de provocarse conductas purgativas como reacción a la culpabilidad producida por el atracón. A esta conclusión llega Carlat (1991)⁽³²⁾ después de una revisión de estudios sobre BN en varones.

El 7% de los chicos y el 10% de las chicas refiere haber consultado con psicólogo o psiquiatra, porcentajes que alcanzan el 21% y 24% respectivamente en la población a riesgo. Son escasos los estudios que investigan esta cuestión y más escasos si nos referimos a población de riesgo, ya que de explorarse se lleva a cabo en población con el cuadro completo. Así, Whitaker (1990)⁽³⁴⁾ encuentra que el 83% de las AN detectadas en un estudio de ámbito comunitario, había solicitado atención médica de cualquier nivel, mientras que solo lo había hecho el 27,8% de las bulímicas con peso normal. Fairburn en 1990 en G. Bretaña halla que solo el 2,5% de las BN detectadas en el ámbito comunitario había recibido tratamiento, y un porcentaje similar encuentra Welch en 1994 en EEUU, ambos citados por Fairburn⁽³⁵⁾.

En cuanto a los factores asociados a la población "a riesgo", ésta presenta una mayor prevalencia de ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal y trastorno de la conciencia interoceptiva que la población sin riesgo de TCA, tal y como esperábamos, dado que se trata de escalas de un cuestionario para evaluar síntomas propios de estos trastornos. Decidimos no aplicar la escala de miedo a la madurez a la vista de su nula discriminación entre casos y población normal observada en otros estudios españoles^(4,5). Cotrufo et al⁽²⁴⁾ también parece tener dificultades con esta escala, ya que su puntuación no muestra diferencias respecto a la población normal en ninguno de los grados del "continuum" de los TCA. Sería aconsejable investigar el porqué de su mal funcionamiento en nuestro medio, cuando sí parece ser válida en el ámbito anglosajón.

Aunque la patogénesis de los TCA es pobremente entendida, en numerosos estudios se ha descrito su asociación con otros síntomas psiquiátricos, en particular depresión, ansiedad, así como con abuso de sustancias y síntomas obsesivo-compulsivos^(4,23,24,27,35,36), lo que concuerda en gran medida con lo hallado en este estudio. Esta asociación se ha observado en la literatura no solo en los casos, sino también en la población que presenta conductas extremas de control de peso detectadas a través de autocuestionario, en el ámbito comunitario. Así Neumark-Sztainer et al (1998)^(38, 82) observa en estos adolescentes abuso de tabaco, alcohol, marihuana, e intento de suicidio. En cuanto a los síntomas psiquiátricos, tal y como observamos en nuestro estudio, Cotrufo et al (1998)⁽²⁴⁾ encuentran una asociación de síndromes subclínicos y las cuatro subescalas del GHQ-28.

Estos síntomas pueden verse incrementados por la malnutrición y por las conductas

alimentarias patológicas, pero pueden anteceder a la pérdida de peso o persistir después de la recuperación de un TCA^(39,76). Esto indica que no siempre actúan como factores de riesgo. La relación de los TCA con el abuso de sustancias o dependencia, puede deberse en gran parte a síndromes psiquiátricos secundarios, más que al trastorno alimentario en sí, Schuckit MA (1996)⁽⁴⁰⁾. Con implicaciones importantes en educación sanitaria tiene el hallazgo de French (1994)^(41,84) que indica que el hábito tabáquico en estas chicas se refuerza por la creencia de que adelgaza.

Los estudios que evalúan a las familias de los pacientes con TCA han demostrado tasas elevadas en familiares de primer grado de depresión y alcoholismo, así como alto grado de conflictividad familiar Fisher (1995)⁽²⁾. En nuestro estudio la población de riesgo refiere en mayor proporción que el resto de población mala relación con ambos padres (las chicas), o solo con el padre (los chicos). Se observa también mayor demanda de atención psicológica o psiquiátrica por los familiares de primer grado.

En cuanto a la estructura familiar, en los chicos de la población de riesgo el ser hijo único se observa con una mayor prevalencia que en el resto de la población. De la Serna (1996)^(42,60) observa que el 78% de los casos clínicos de anorexia nerviosa en el varón se dan en hijos únicos o en aquellos que ocupan lugares extremos entre los hermanos.

En nuestro estudio se observa una asociación directa entre talla y población de riesgo e indirecta entre la edad de la menarquia y la población de riesgo. Ambas características indican la posibilidad de maduración precoz que parece asociarse con una mayor preocupación por la comida y el peso^(7,9) aunque no parece ser predictivo de dificultades a largo plazo⁽²⁾. Garner⁽⁶⁾ in-

dica que ciertas características físicas como la propensión a la obesidad o a la estatura, pueden reflejar una predisposición a la maduración precoz. En estos casos la anorexia nerviosa puede representar un intento de prevenir o invertir el proceso de maduración en aquellas adolescentes que no se sientan preparadas.

Las **limitaciones** de este estudio, cuyo objetivo principal es estimar la prevalencia de población a riesgo de padecer un TCA, derivan de diferentes aspectos que pasamos a comentar:

1. Respecto a la **representatividad de la muestra**, el tipo de muestreo, por conglomerados con estratificación de las unidades de primera etapa y con reposición de centros en cada estrato en caso de rechazo a participar, garantiza la representatividad de la muestra en cuanto a población escolarizada de la Comunidad de Madrid, centros públicos y privados de Madrid municipio o del resto de la Comunidad de Madrid. Así esta muestra es representativa de la población adolescente escolarizada que acude a clase el día en que se administra el cuestionario. Hemos observado una tasa de no respuesta del 10%, similar a la de otros estudios realizados de la misma forma y en el mismo medio con otros objetivos, lo que indicaría que no se ha producido un sesgo importante debido al tema de estudio. En este sentido, el hecho de que los alumnos no conociesen el día en que se iba a pasar el cuestionario refuerza esta idea, aunque no podemos asegurar que entre la población que no acude a clase se de igual prevalencia de TCA que entre aquellos que finalmente han participado.

Por otro lado, es bien conocida la inclinación de los pacientes con estos trastornos a ocultar sus síntomas. De nuevo, no podemos asegurar que esto no haya ocurrido

en este estudio en algún grado, aunque el hecho de que se realizase de manera anónima nos lleva a pensar que si ha ocurrido, ha sido en grado mínimo.

El tamaño muestral se estableció partiendo de una prevalencia de TCA del 5% en chicas y de un 1% en chicos, lo que garantiza el suficiente tamaño muestral para prevalencias superiores, de población a riesgo.

2. Respecto al **tipo de estudio**, transversal en una sola fase mediante cuestionario autoadministrado, está descrito que los estudios transversales mediante cuestionario autoadministrado para estimar la prevalencia de TCA, obtendrán siempre tasas mayores que aquellos que se realizan en dos fases con entrevista clínica, dada la baja prevalencia de estos síndromes y el bajo valor predictivo positivo de los cuestionarios utilizados⁽¹⁶⁾.

3. Respecto al **método de detección de la población a riesgo y cuestionario utilizado**, ésta es quizá la mayor limitación de este estudio. Se ha constatado que el aspecto peor evaluado a través de cuestionario autoadministrado es la detección de bulimia nerviosa. Por un lado, las características centrales de esta entidad presentan dificultades en su definición e interpretación, lo que constituye uno de los desafíos actuales en relación a la bulimia y a su diferencia entre sexos. Por ejemplo el concepto de "Binge eating", el atracón, aparte de que se requiere perfeccionar su definición, es necesario realizar una entrevista personal con el objeto de descubrir algunos síntomas clave para su diagnóstico⁽¹⁶⁾. En cuanto a los cuestionarios que se utilizan en general y concretamente el EDI, Carlat⁽³²⁾ cuestiona su utilización en varones, y señala que su elaboración se basa en las características de los casos clínicos, que no tienen porqué coincidir con los casos comunitarios, de los que solo una pe-

queña parte se ve en el hospital, y además no puede asumirse que la validez, fiabilidad y valor predictivo positivo de los mismos sea igual para chicos que para chicas.

Por último, las características que se observan con mayor prevalencia en la población de riesgo que en población general, no deben interpretarse como factores de riesgo de los TCA no solo porque no estén claros como tal en la evolución natural de la enfermedad, sino porque en este estudio no se ha tenido en cuenta la temporalidad y por lo tanto es imposible determinar si estas características anteceden o son consecuencia de las conductas propias de los TCA.

El gran número de adolescentes con actitudes alimentarias anormales pone sobre la mesa la necesidad de intervención y prevención temprana, particularmente pertinente para aquellos que trabajan con este grupo de edad. La intervención temprana parece asociarse a una mejora del pronóstico. Necesitamos alentar a los niños y adolescentes a desarrollar actitudes saludables hacia su peso, imagen corporal y autoestima y a mejorar las influencias socioculturales que conducen a un TCA⁽²⁾.

Los datos de este estudio corroboran el hecho observado por Fisher⁽³¹⁾ que indica que las conductas no saludables tienden a agruparse en determinados adolescentes vulnerables, específicamente mujeres con con baja autoestima y alto grado de ansiedad, y demuestra que las actitudes alimentarias anormales frecuentemente forman parte en esta agregación. Esto sugiere que puede ser útil para aquellos que tratan adolescentes evaluar las conductas y actitudes alimentarias de los pacientes de "alto riesgo" e inversamente aquellos que tratan con TCA buscar la presencia de otras conductas con riesgo para la salud.

CONCLUSIONES

- 7.1. Se observa un predominio femenino en las conductas que definen los TCA, siendo la diferencia por sexo máxima en la obsesión por la delgadez y en la realización de conductas purgativas.
- 7.2. En la población adolescente, alrededor de un 15,3% de las mujeres y de un 2,2% de los varones serían tributarios de estudio para cribar un posible TCA, cifras similares a las observadas en otros estudios realizados en países desarrollados de nuestro entorno.
- 7.3. La población de riesgo se caracteriza por presentar síntomas comunes a otros trastornos mentales, mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y clara conflictividad familiar.
- 7.4. Se observa una clara diferencia entre sexos en la demanda de asistencia sanitaria mental, que es mayor en las chicas.
- 7.5. Se requiere perfeccionar los instrumentos de medida para detectar conductas características de los TCA en población no clínica.
- 7.6. Es recomendable intensificar y mejorar la vigilancia tanto de los casos de TCA como de los criterios y conductas propios, así como adoptar cuantas medidas educativas y asistenciales sean necesarias para evitar su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

→ 7020 J.

1. Cantó TJ, Castro J, Lázaro L, Martínez E, Raich RM, Sánchez L, et al. Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Jano* 1999; 56 nº 1298.
2. Fisher M, Golden NH, Katzman DB, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J et al. Eating Disorders in Adolescents: A Background Paper. *J Adolesc Health* 1995; 16(6): 420-437.
3. Devaud C, Michaud P-A, Narring F. Des affections en augmentation ? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des disfonctions alimentaires. *Rev Epidém et Santé Public* 1995; 43:347-360.
4. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health* 1999; 24:212-219.
5. Garner DM. EDI-2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Tea ediciones, Madrid 1998.
6. Garner DM. Patogenia de la Anorexia Nervosa. *The Lancet* (Ed. Esp.) Vol 23 nº5 1993.
7. Fairburn CG, Wilson GT. Binge Eating. Nature, assessment and Treatment 1993. The Guilford Press.
8. Morandé G, Casas JJ, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, Lareo J, García-Alba C, Eisman G. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
9. Fairburn CG, Welch S, Doll H, Davies BA, O'Connor ME. Risk Factors for Bulimia Nervosa. A Community- Based Case Control Study. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54, 509-516.
10. Fairburn CG, Cooper Z, Dole HA, Welch SL. Risk Factors for Anorexia Nervosa. Three Integrated Case- Control Comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-476.
11. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME, Risk Factors for Binge Eating Disorder. A community Based Case-Control Study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 425-432.
12. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, et al. Anorexia Nervosa: Outcome and pronostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 459-502.
13. Fichter MM, Quadflieg N. Six Years Course of Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 22, 361-384.
14. Keel PK, Mitchell JE, Outcome in Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:313-321.
15. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long Outcome of Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:63-69.
16. Fairburn CG, Beglin SA. Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147:401- 408.
17. Fombonne E. Anorexia Nervosa. No Evidence of an Increase. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 462-471.
18. Steinhausen HC, Rauss Masson C, Seidel R. Follow-up studies of Anorexia Nervosa :A review of four decades of outcomes research. *Psychological Med* 1991;21: 447-454 .
19. Szmukler GI. The Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia. *J Psy Res* 1985; 19:2:143-153.
20. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatry* 1995; 152:9:1266-1271.
21. Wakeling A. Epidemiology of Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*. 1996;62:3-9 .
22. Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *Int J Eat Disord* 1997;22:147-151.
23. Rooney B, McClelland L, Crisp AH, Sedwick PM. The Incidence and Prevalence of Anorexia nervosa in the Three Suburban Health Districts in South West London ,U.K. *Int J Eat Disord* 1995;18:4:299-307.

24. Cotrufo P, Barretta V, Monteleone P, Maj M. Full-syndrome, partial syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in southern Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:112-115.
25. Dancyger IF, Garfinkel PE. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Med* 1995;25:1019-1025.
26. Gøttsman KG, Agrav WS. General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995;18:2:119-126.
27. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999;318:765-768.
28. Soundy TJ, Lucas AR, Suman VJ, Melton I. Bulimia Nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Med* 1995;25:1025-1071.
29. Allison DB. Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. Measures, Theory and Research. Sage Publications, USA, 1995.
30. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones. Lobo A, Muñoz PE. Versiones en lengua española validadas.
31. Fisher M, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating Attitudes, Health Risk Behaviors, Self-Esteem, and Anxiety among Adolescent Females in a Suburban High School. *J Adol Health* 1991;12 (5): 377-384.
32. Carlat DJ, Camargo C A. Review of Bulimia Nervosa in Males. *Am J Psychiatry* 1991;148 (7):831-843.
33. Drewnowski A, Hopkins SA, Kessler RA. The Prevalence of Bulimia Nervosa in the College Student Population. *Am J Public Health* 1988; 78:1322-1325.
34. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport J, Kalikow K, Aish T, et al. Uncommon Troubles in Young People. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:487-496.
35. Fairburn CG, Welch SL, Norman PA, O'Connor ME, Doll HA. Bias and Bulimia Nervosa: How Typical Are Clinic Cases? *Am J Psychiatry* 1996;153(3)386-391.
36. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Speeg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152(7)1052-1058.
37. Wichstrom L. Social, Psychological and physical correlates of eating problems A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Med* 1995;25:567-579.
38. Neumark-Sztainer D, Story M, Dixon LB, Murray DM. Adolescents Engaging in Unhealthy Weight Control Behaviors: Are They at Risk for Other Health-Compromising Behaviors?. *Am J Public Health* 1998;88:952-955.
39. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:603-610.
40. Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger Jr. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Alcohol-Dependent Men and Women and their Relatives. *Am J Psychiatry* 1996;153:74-82.
41. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight Concerns, Dieting Behavior, and smoking Initiation among Adolescents: A Prospective Study. *Am J Public Health* 1994;84:1818-1820.
42. De la Serna de Pedro I. Aspectos clínicos de la Anorexia Nervosa en el varón. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1996;24,2(67-73).

ÍNDICES DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.-Representación esquemática de la prevalencia de los distintos TCA	9
Figura 2.-Patogenia de la anorexia nerviosa	11
Figura 3.-Modelo cognitivo de los TCA	12
Figura 4.-Prevalencia de población "a riesgo", mujeres	32
Figura 5.-Prevalencia de población "a riesgo", varones	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.-Distribución de la muestra por edad, según sexo	25
Tabla II.-Distribución por curso académico, según sexo	25
Tabla III.-Distribución de la muestra según estrato	26
Tabla IV.-Tasa de respuesta de alumnos, centros y por estratos	26
Tabla V.-Resumen de la prevalencia de conductas y criterios indicativos de TCA	31
Tabla VI.-Consulta a psicólogo o psiquiatra	32
Tabla VII.-Factores asociados a la población "a riesgo". Escalas del cuestionario EDI	33

Tabla VIII. Factores asociados a la población "a riesgo". Escalas del cuestionario GHQ-28	34
Tabla IX.-Factores asociados a la población "a riesgo". Hábitos de salud	34
Tabla X.-Factores asociados a la población "a riesgo". Familia/red social	34
Tabla XI.-Factores asociados a la población "a riesgo". Consulta con psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses	34
Tabla XII.-Factores asociados a la población "a riesgo". Otros	35
Tabla XIII.-Factores no asociados a la población "a riesgo"	35
Tabla XIV.-Puntuación media por escalas del cuestionario EDI, en población normal y de riesgo, según sexo	73
Tabla XV.-Puntuación media por escalas y global del cuestionario GHQ-28 en población normal y de riesgo, según sexo	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.-Peso menor o igual al 85% del ideal. Prevalencia por edad, según sexo	27
Gráfico 2.-Pérdida de 5 Kilos o más por dieta en el último año.	

Prevalencia por edad, según sexo	27	Gráfico 15.-Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	77
Gráfico 3.-Utilización de píldoras adelgazantes, en el último año. Prevalencia por edad, según sexo	28	Gráfico 16.-Puntuación en la escala de Bulimia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999	77
Gráfico 4.-Realización de ejercicio físico excesivo para adelgazar, controlar la figura o reducir la cantidad de grasa. Prevalencia por edad, según sexo	28	Gráfico 17.-Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	77
Gráfico 5.-Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	28	Gráfico 18.-Puntuación en la escala de Ineficacia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999	77
Gráfico 6.-Escala de Obsesión por la delgadez. Puntuación media por edad, según sexo	29	Gráfico 19.-Puntuación en la escala de Perfeccionismo en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	78
Gráfico 7.-Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	29	Gráfico 20.-Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999	78
Gráfico 8.-Escala de Insatisfacción corporal. Puntuación media por edad, según sexo	29	Gráfico 21.-Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999 .	78
Gráfico 9.-Vómitos autoinducidos en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio por edad, según sexo . .	29	Gráfico 22.-Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- España	79
Gráfico 10.-Utilización de laxantes en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio por edad, según sexo . .	30	Gráfico 23.-Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- EE.UU .	79
Gráfico 11.-Utilización de diuréticos en los últimos doce meses. Prevalencia de al menos un episodio por edad, según sexo . .	30	Gráfico 24.-Puntuación en la escala de Bulimia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España	79
Gráfico 12.-Puntuación en la escala de Bulimia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999	30	Gráfico 25.-Puntuación en la escala de Bulimia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU	79
Gráfico 13.-Escala de Bulimia. Puntuación media por edad, según sexo	30	Gráfico 26.-Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal.	
Gráfico 14.-Población "a riesgo" de padecer un TCA. Prevalencia por edad según sexo	31		

Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- España	80	la de Conciencia interoceptiva. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- EE.UU	82
Gráfico 27.-Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- EE.UU	80	Gráfico 36.-Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	83
Gráfico 28.-Puntuación en la escala de Ineficacia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- España	80	Gráfico 37.-Puntuación en la escala de Bulimia del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	83
Gráfico 29.-Puntuación en la escala de Ineficacia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- EE.UU	80	Gráfico 38.-Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	83
Gráfico 30.-Puntuación en la escala de Perfeccionismo. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- España	81	Gráfico 39.-Puntuación en la escala de Ineficacia del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	84
Gráfico 31.-Puntuación en la escala de Perfeccionismo. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- EE.UU	81	Gráfico 40.-Puntuación en la escala de Perfeccionismo del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	84
Gráfico 32.-Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España .	81	Gráfico 41.-Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español . . .	84
Gráfico 33.-Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU .	81	Gráfico 42.-Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	84
Gráfico 34.-Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid- España	82	Gráfico 43.-Puntuación en la escala de Miedo a la madurez del EDI. Mujeres sanas y con TCA. Baremo español	84
Gráfico 35.-Puntuación en la esca-			



Dirección General de Salud Pública
Servicio de Epidemiología
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

10.1

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA UTILIZADA

Diciembre, 1.998

C-98052

CUESTIONARIO NÚMERO

Estimado/a Participante:

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

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

Muchas gracias por tu colaboración

VAMOS A COMENZAR EL CUESTIONARIO HACIÉNDOTE UNAS PREGUNTAS DE CARÁCTER GENERAL

P.1. ¿En qué día, mes y año naciste?

Nací el de de 19....

P.2. ¿Cuál es tu sexo?

- Hombre ☐
- Mujer ☐

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

Peso Kilos

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

Mido metro y centímetros

P.5. ¿Cuál ha sido tu nota media académica el curso pasado?

- Sobresaliente ☐
- Notable ☐
- Bien ☐
- Suficiente ☐
- Insuficiente ☐

- Deficiente ☐
- Muy deficiente ☐

P.6. ¿Con qué personas compartes la casa donde vives? (Marca todos los cuadrados correspondientes a las personas con las que compartes casa)

- Padre ☐
- Madre ☐
- Hermanos/Hermanas ☐
- Otros familiares ☐
- Pareja (marido/mujer, novio/novia, compañero/a) ☐
- Amigos/as ☐
- Otras personas no especificadas anteriormente ☐
- Con nadie, vives solo/a por tu cuenta ☐

P.7. [SI NO VIVES SOLO/A]. ¿Cuántas personas sois, incluyéndote tú, en la casa donde vives?

Somos ☐ ☐ personas

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

P.8. ¿Cuál es la situación laboral de TU PADRE?

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

P.9. ¿Cuál es la situación laboral de TU MADRE?

- Trabaja ☐
- Trabaja sólo en las tareas de la casa .. ☐
- Parada ☐
- Jubilada/Pensionista ☐
- Ha fallecido ☐
- No lo sé ☐

P.10. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado TU PADRE?

- Sin estudios o estudios primarios sin terminar ☐
- Estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar ☐

- Formación Profesional o Bachillerato superior ☐
- Estudios universitario ☐
- No lo sé ☐

P.11. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado TU MADRE?

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

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

P.12 Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.13. Creo que mi estómago es demasiado grande

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.14. Suelo comer cuando estoy disgustado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.15. Suelo hartarme de comida

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.16. Pienso en ponerme a dieta

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.17. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.18. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.19. Me considero una persona poco eficaz

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.20. Me siento muy culpable cuando como en exceso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.21. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.22. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.23. Soy capaz de expresar mis sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.24. Me aterroriza la idea de engordar

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.25. Confío en los demás

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.26. Me siento solo en el mundo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.27. Me siento satisfecho con mi figura

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.29. Suelo estar confuso sobre mis emociones

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.30. Me resulta fácil comunicarme con los demás

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.31. Me gustaría ser otra persona

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.32. Exagero o doy demasiada importancia al peso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.33. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.34. Me siento incapaz

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.35. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.36. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.37. Tengo amigos íntimos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.38. Me gusta la forma de mi trasero

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.39. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.40. No sé qué es lo que ocurre en mi interior

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.41. Me cuesta expresar mis emociones a los demás

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.42. Me fastidia no ser el mejor en todo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.43. Me siento seguro de mí mismo

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.44. Suelo pensar en darme un atracón

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.45. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.46. Tengo mala opinión de mí

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.47. Creo que puedo conseguir mis objetivos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.48. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.49. Temo no poder controlar mis sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.50. Creo que mis caderas son demasiado anchas

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.51. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.52. Me siento hinchado después de una comida normal

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.53. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.54. Me considero una persona valiosa

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.55. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.56. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.57. Pienso en vomitar para perder peso

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.58. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.59. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.60. Me siento emocionalmente vacío en mi interior

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.61. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.62. Creo que mi trasero es demasiado grande

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P.63. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo

Nunca ☐ Pocas veces ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Casi siempre ☐ Siempre ☐

P.64. Como o bebo a escondidas

Nunca ☐ Pocas veces ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Casi siempre ☐ Siempre ☐

P.65. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

Nunca ☐ Pocas veces ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Casi siempre ☐ Siempre ☐

P.66. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos

Nunca ☐ Pocas veces ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Casi siempre ☐ Siempre ☐

P.67. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer

Nunca ☐ Pocas veces ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Casi siempre ☐ Siempre ☐

EDI. David M. Garner. Ph.D.

Copyright © 1991 by P.A.R.

Copyright © 1997 by TEA Ediciones S.A.

Reproducción con autorización expresa del editor

P.68. ¿Has realizado ejercicio físico durante las últimas cuatro semanas como medio de controlar tu peso, cambiar tu figura o reducir la cantidad de grasa? Indica por favor, el tiempo dedicado al mismo

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

P.69. ¿Has seguido EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES alguna dieta especial, o has realizado modificaciones en tu dieta habitual?

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

P.70. Si has realizado dieta, ¿has llegado a perder durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES 5 kilos o más?

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

P.71. ¿Cuál es tu peso ideal?

- Mi peso ideal está en _____ kilos

P.72. ¿Cómo te ves a tí mismo?

- Considero que estoy gordo/a. ☐
- Considero que tengo exceso de peso ☐
- Considero que tengo un peso adecuado ☐
- Considero que estoy algo delgado/a. ☐
- Considero que estoy muy delgado/a. ☐

P.73. Durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has realizado alguna de las actividades siguientes como medio de controlar tu figura o peso? (Por favor responde a todas las actividades)

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Alguna vez me he provocado vómitos | ☐ | ☐ |
| B. Alguna vez he utilizado laxantes. | ☐ | ☐ |
| C. Alguna vez he utilizado diuréticos (medicamentos o sustancias para orinar) | ☐ | ☐ |
| D. Alguna vez he utilizado píldoras adelgazantes | ☐ | ☐ |

CONSUMO DE TABACO

A CONTINUACIÓN NOS GUSTARÍA CONOCER ALGUNAS CUESTIONES ACERCA DEL CONSUMO DE TABACO

P.74. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor tu consumo de tabaco?

- No he fumado nunca ☐
- Fumo menos de una vez a la semana. ☐
- Fumo alguna vez a la semana pero no diariamente. ☐
- Fumo diariamente. ☐
- No fumo pero he fumado antes diariamente ☐
- No fumo aunque he fumado antes pero no diariamente ☐

P.75. ¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida?

- Sí. ☐
- No ☐

P.76. ¿Cuántos cigarrillos sueles fumar el día que consumes tabaco? Si no fumas actualmente pero fumabas antes, ¿cuántos cigarrillos fumabas el día que consumías tabaco?

- No he fumado nunca ☐
- 1 cigarrillo o caladas sueltas ☐
- 2 a 5 cigarrillos ☐
- 6 a 10 cigarrillos ☐
- 11 a 20 cigarrillos ☐
- Más de un paquete ☐

CONSUMO DE ALCOHOL

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TRATAN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

P.77. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días tomaste al menos una bebida que contuviera alcohol?

- Ningún día. ☐
- 1 ó 2 días ☐
- 3 a 5 días ☐
- 6 a 9 días ☐
- 10 a 19 días ☐
- 20 a 29 días ☐
- Todos los días ☐

P.78. ¿A qué edad comenzaste a consumir bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana?

- Nunca he consumido alcohol con una frecuencia de por lo menos una vez a la semana ☐
- 11 ó 12 años ☐
- 13 ó 14 años ☐
- 15 ó 16 años ☐
- Más de 16 años ☐

CONSUMO DE OTRAS DROGAS

LAS PRÓXIMAS CUESTIONES SE REFIEREN AL CONSUMO DE OTRO TIPO DE DROGAS

P.79. Indícanos, por favor, si has probado o usado y con qué frecuencia algunas de las siguientes sustancias (sólo una respuesta para cada sustancia). [ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODAS ELLAS]

	Nunca	Alguna vez en tu vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 30 días
• Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica	☐	☐	☐	☐
• Hachís, marihuana (chocolate, porro, costo)	☐	☐	☐	☐
• Cocaína (coca, perico) .	☐	☐	☐	☐
• Heroína (caballo, polvo, jaco)	☐	☐	☐	☐
• Otras drogas	☐	☐	☐	☐

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Por favor, lee esto cuidadosamente

Nos gustaría saber si tienes algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, contesta a TODAS las preguntas rodeando con un círculo la respuesta, que a tu juicio, mejor puede aplicarse a ti. Recuerda que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuviste en el pasado,

Es importante que intentes contestar TODAS las preguntas.

ÚLTIMAMENTE:

P.80. ¿Te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.81. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas un reconstituyente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.82. ¿Te has sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.83. ¿Has tenido la sensación de que estabas enfermo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.84. ¿Has padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.85. ¿Has tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza te va a estallar?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.86. ¿Has tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

ÚLTIMAMENTE:

P.87. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.88. ¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.89. ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
☐ ☐ ☐ ☐

P.90. ¿Te has sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.91. ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.92. ¿Has tenido la sensación de que todo se te viene encima?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.93. ¿Te has notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.94. ¿Te las has arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

ÚLTIMAMENTE:**P.95. ¿Te cuesta más tiempo hacer las cosas?**

Más rápido que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.96. ¿Has tenido la impresión, en conjunto, de que estás haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

☐ ☐ ☐ ☐

P.97. ¿Te has sentido satisfecho con tu manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual Aproximadamente lo mismo que lo habitual Menos satisfecho que lo habitual Mucho menos satisfecho

☐ ☐ ☐ ☐

P.98. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.99. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.100. ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.101. ¿Has pensado que eres una persona que no vales para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.102. ¿Has estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
☐	☐	☐	☐

ÚLTIMAMENTE:

P.103. ¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.104. ¿Has pensado en la posibilidad de “quitarte de en medio”?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
☐	☐	☐	☐

P.105. ¿Has notado que a veces no puedes hacer nada porque tienes los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.106. ¿Has notado que deseas estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
☐	☐	☐	☐

P.107. ¿Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
☐	☐	☐	☐

© 1996 MASSON, S.A. Ronda General Mitre, 149 Barcelona (España). Versión en lengua española de A. Lobo y Cols. (19981-1986)
GHQ-28 © David Goldberg, 1981. Reproducido con permiso expreso del editor.

RED SOCIAL

P.108. Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre tus relaciones familiares y sociales

	Sí	No
• Vive mi padre	☐	☐
• Me llevo bien con él	☐	☐
• En general, comparto con mi padre mis problemas	☐	☐
• Vive mi madre	☐	☐
• Me llevo bien con ella	☐	☐
• Generalmente, comparto con mi madre mis problemas	☐	☐
• Mis padres están separados	☐	☐
• Tengo más hermanos	☐	☐
• En general, me llevo bien con mi/s hermano/a/s	☐	☐
• Tengo compañeros/as	☐	☐
• Me llevo bien con ellos/as	☐	☐
• Tengo amigos/as	☐	☐
• Tengo amigos/as que residen en mi ciudad	☐	☐
• Tengo amigos/as que residen lejos de mi ciudad	☐	☐
• Utilizo con frecuencia el teléfono para comunicarme con ellos.	☐	☐
• Tengo novio/a.	☐	☐
• Tengo novio/a que reside en mi ciudad	☐	☐
• Tengo novio/a que reside lejos de mi ciudad	☐	☐
• Tengo novio/a al que sólo veo alguna vez al año.	☐	☐

P.109. ¿Sabes si ha consultado TU PADRE alguna vez con un psicólogo o psiquiatra en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí ha consultado ☐
- No ha consultado ☐
- No sé si ha consultado ☐

P.110. ¿Sabes si ha consultado TU MADRE alguna vez con un psicólogo o psiquiatra en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí ha consultado ☐
- No ha consultado ☐
- No sé si ha consultado ☐

P.111. ¿Sabes si ha consultado ALGÚN HERMANO/A tuyo/a alguna vez con un psicólogo o psiquiatra en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí ha consultado ☐
- No ha consultado ☐
- No sé si ha consultado ☐

P.112. ¿Has consultado TÚ alguna vez con un psicólogo o psiquiatra en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí he consultado ☐
- No he consultado ☐

POR ÚLTIMO UNAS PREGUNTAS SÓLO PARA CHICAS

P.113. ¿A qué edad tuviste la primera regla?

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

P.114. ¿Estás tomando actualmente anticonceptivos orales o “la píldora”?

- Sí ☐
- No. ☐

P.115. ¿Estás embarazada o lo has estado recientemente?

- Sí ☐
- No. ☐

P.116. ¿Te ha faltado la regla durante 3 o más períodos menstruales seguidos durante los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí ☐
- No. ☐

- MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 2. DEFINICIÓN DE CASO (DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1993)

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o no conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones tienen lugar únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

- **Tipo Restrictivo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo 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 o no

poder controlar la cantidad de comida que se está ingiriendo)

- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como vómitos provocados, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Criterios para el diagnóstico de Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada, se refiere a aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa con la excepción de que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso de los individuos se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Criterios de Investigación para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. ej. en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del 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 mas rápida de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre

4. Comer a solas para esconder su voracidad

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

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

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

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 (por ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

ANEXO 3. RELACIÓN DE PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO EDI, ORDENADAS POR ESCALAS

1. Escala Tendencia al adelgazamiento ó de Obsesión por la delgadez (7)

- P.12.** Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
- P.16.** Pienso en ponerme a dieta
- P.20.** Me siento muy culpable cuando como en exceso
- P.24.** Me aterroriza la idea de engordar
- P.32.** Exagero o doy demasiada importancia al peso
- P.39.** Estoy preocupado porque querría ser una persona mas delgada
- P.53.** Si engordo un Kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso

2. Escala de Bulimia (7)

- P.14.** Suelo comer cuando estoy disgustado
- P.15.** Suelo hartarme de comida
- P.35.** He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer
- P.44.** Suelo pensar en darme un atracón
- P.51.** Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van
- P.57.** Pienso en vomitar para perder peso
- P.64.** Como o bebo a escondidas

3. Escala de Insatisfacción corporal (9)

- P.13.** Creo que mi estómago es demasiado grande
- P.18.** Pienso que mis muslos son demasiado gruesos
- P.21.** Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado
- P.27.** Me siento satisfecho con mi figura
- P.38.** Me gusta la forma de mi trasero
- P.50.** Creo que mis caderas son demasiado anchas
- P.59.** Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado
- P.62.** Creo que mi trasero es demasiado grande
- P.65.** Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

4. Escala de Inefectividad (10)

- P.19.** Me considero una persona poco eficaz
- P.26.** Me siento solo en el mundo
- P.28.** Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida
- P.31.** Me gustaría ser otra persona
- P.34.** Me siento incapaz
- P.43.** Me siento seguro de mí mismo
- P.46.** Tengo mala opinión de mí

P.47. Creo que puedo conseguir mis objetivos

P.54. Me considero una persona valiosa

P.60. Me siento emocionalmente vacío en mi interior

5. Escala de Perfeccionismo

P.22. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes

P.36. Cuando era pequeño intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores

P.42. Me fastidia no ser el mejor en todo

P.48. Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes

P.56. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

P.66. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos

6. Escala de Desconfianza interpersonal

P.23. Soy capaz de expresar mis sentimientos

P.25. Confío en los demás

P.30. Me resulta fácil comunicarme con los demás

P.37. Tengo amigos íntimos

P.41. Me cuesta expresar mis emociones a los demás

P.58. Necesito mantener cierta distancia con la gente; Me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.

P.61. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos

7. Escala de Conciencia interoceptiva

P.17. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes

P.29. Suelo estar confuso sobre mis emociones

P.33. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento

P.40. No se que es lo que ocurre en mi interior

P.45. No se muy bien cuando tengo hambre o no

P.49. Temo no poder controlar mis sentimientos

P.52. Me siento hinchado después de una comida normal

P.55. Cuando estoy disgustado no se si estoy triste, asustado o enfadado

P.63. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo

P.67. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer

8. Escala de Miedo a la madurez (no aplicada)

- Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro
- Me gustaría ser más joven
- La infancia es la época más feliz de la vida
- Preferiría ser adulto a ser niño
- Las exigencias de la vida adulta son excesivas
- Me alegra haber dejado de ser un niño
- Creo que las personas son más felices cuando son niños
- Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto

ANEXO 4. PUNTUACIÓN MEDIA POR ESCALAS DEL CUESTIONARIO EDI, EN POBLACIÓN NORMAL Y DE RIESGO, SEGÚN SEXO. COMUNIDAD DE MADRID

Tabla 14 Puntuación media por escalas y de riesgo, según sexo

ESCALA	POBLACIÓN	CHICOS			CHICAS		
		MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)	MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)
TENDENCIA AL ADELGAZAMIENTO	TODA	1,5	0,05	1,4-1,6	5,4	0,1	5,1-5,7 *
	SIN RIESGO	1,3	0,04	1,2-1,4	3,8	0,01	3,6-4,1
	A RIESGO	8,5	0,9	6,7-10,4	13,9	0,3	13,3-14,4
BULIMIA	TODA	1,4	0,06	1,2-1,5	1,3	0,05	1,2-1,4 -
	SIN RIESGO	1,4	0,06	1,2-1,5	1	0,04	0,9-1,1
	A RIESGO	1,4	0,5	0,4-2,3	2,8	0,2	2,4-3,2
INSATISFACCIÓN CORPORAL	TODA	3,5	0,09	3,3-3,6	9,3	0,2	8,9-9,7 *
	SIN RIESGO	3,3	0,08	3,1-3,4	7,5	0,2	7,2-7,9
	A RIESGO	12,4	1,4	9,5-15,3	18,7	0,4	18-19,5
INEFICACIA	TODA	1,9	0,07	1,7-2	3	0,1	2,9-3,3 *
	SIN RIESGO	1,8	0,07	1,7-2	2,6	0,09	2,5-2,8
	A RIESGO	3,8	0,6	2,5-5	5,7	0,3	5,2-6,2
PERFECCIONISMO	TODA	4,2	0,09	4,4,4 *	3,5	0,08	3,3-3,7
	SIN RIESGO	4,2	0,1	4,4,4	3,3	0,08	3,1-3,4
	A RIESGO	5,6	0,5	4,6-6,6	4,9	0,2	4,5-5,3

ESCALA	POBLACIÓN	CHICOS			CHICAS		
		MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)	MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)
DESCONFIANZA INTERPERSONAL	TODA	2,9	0,07	2,8-3,1	2,9	0,08	2,7-3
	SIN RIESGO	2,9	0,07	2,7-3	2,8	0,09	2,6-3
	A RIESGO	3,9	0,5	2,9-5	3,3	0,2	2,9-3,6
CONCIENCIA INTEROCEPTIVA	TODA	2,3	0,07	2,1-2,4	3,5	0,1	3,3-3,9
	SIN RIESGO	2,2	0,07	2-2,3	3	0,1	3,1-1,3
	A RIESGO	5,7	0,7	4,3-7,2	6,3	0,2	5,9-6,8

ANEXO 5. PUNTUACIÓN MEDIA POR ESCALAS Y GLOBAL DEL CUESTIONARIO GHQ-28 EN POBLACIÓN NORMAL Y DE RIESGO, SEGÚN SEXO. COMUNIDAD DE MADRID

Tabla 15 Puntuación media por escalas y global del cuestionario GHQ-28 en población normal y de riesgo, según sexo

ESCALA	POBLACIÓN	CHICOS			CHICAS		
		MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)	MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	I. DE C. (95%)
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	TODA	4,1	0,1	4-4,3	6,3	0,1	6-6,5
	SIN RIESGO	4,1	0,08	3,9-4,3	5,8	0,1	5,6-6
	A RIESGO	5,8	0,5	4,8-6,9	9	0,3	8,4-9,5
ANSIEDAD E INSOMNIO	TODA	4,2	0,1	4-4,4	6,7	0,13	6,5-7
	SIN RIESGO	4,1	0,1	3,4-4,4	6,2	0,1	5,9-6,4
	A RIESGO	7,4	0,9	5,6-9,1	9,8	0,3	9,3-10,3
DISFUNCIÓN SOCIAL	TODA	6,6	0,07	6,4-6,7	7,3	0,07	7,1-7,4
	SIN RIESGO	6,6	0,07	6,4-6,7	7,1	0,07	6,9-7,2
	A RIESGO	7	0,6	5,8-8,2	8,4	0,2	8-8,7
DEPRESIÓN GRAVE	TODA	2,4	0,1	2,2-2,6	3,9	0,1	3,6-4,2
	SIN RIESGO	2,3	0,1	2,1-2,5	3,2	0,1	3-3,5
	A RIESGO	4,9	0,9	3-6,7	7,6	0,3	7-8,2
GHQ-28	TODA	3,1	0,1	2,9-3,3	5,8	0,2	5,4-6,1
	SIN RIESGO	3	0,1	2,8-3,3	4,9	0,1	4,6-5,3
	A RIESGO	6,7	1,1	4,5-8,8	10,5	0,4	9,7-11,3

ANEXO 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PUNTUACIÓN EN LAS ESCALAS DEL EDI SEGÚN SEXO, COMUNIDAD DE MADRID

Gráfico 15. Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

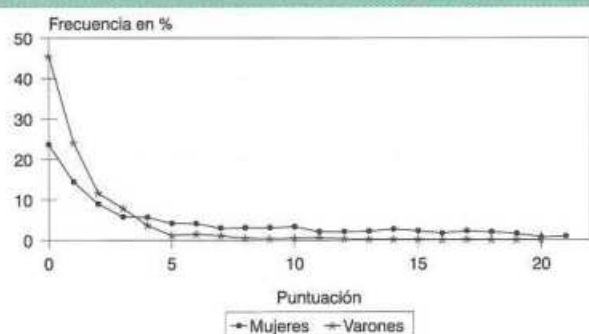


Gráfico 17. Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

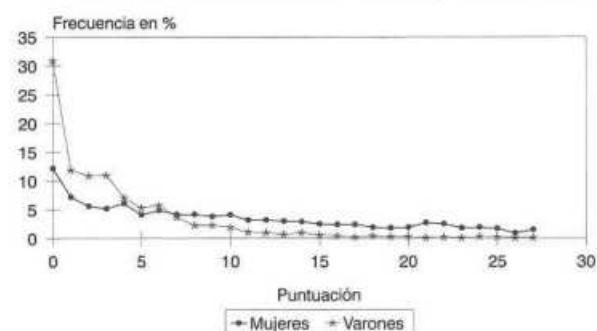


Gráfico 16. Puntuación en la escala de Bulimia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

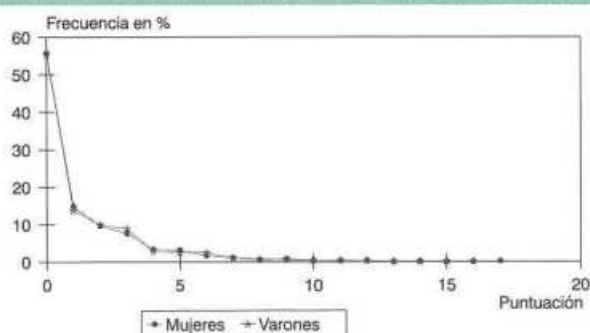


Gráfico 18. Puntuación en la escala de Ineficacia en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

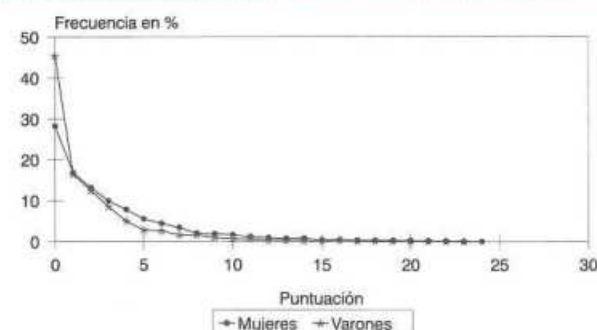


Gráfico 19. Puntuación en la escala de Perfeccionismo en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

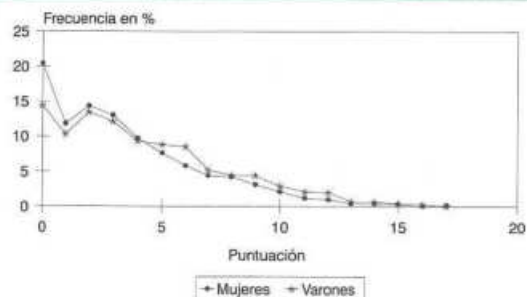


Gráfico 21. Puntuación en la escala Conciencia interoceptiva en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

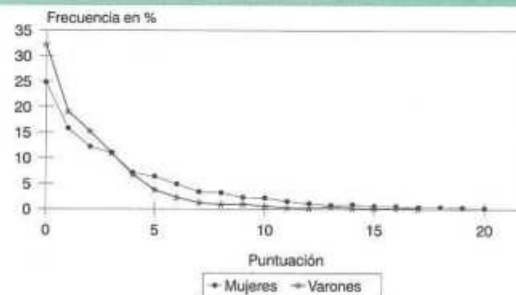
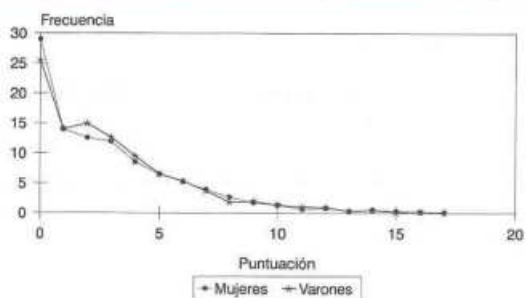


Gráfico 20. Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal en adolescentes, según sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

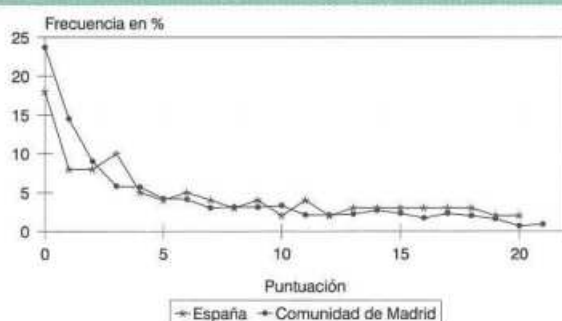


ANEXO 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PUNTUACIÓN EN LAS ESCUELAS DEL EDI EN POBLACIÓN FEMENINA: COMUNIDAD DE MADRID-ESPAÑA Y COMUNIDAD DE MADRID-EE.UU.

* Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998⁽⁵⁾.

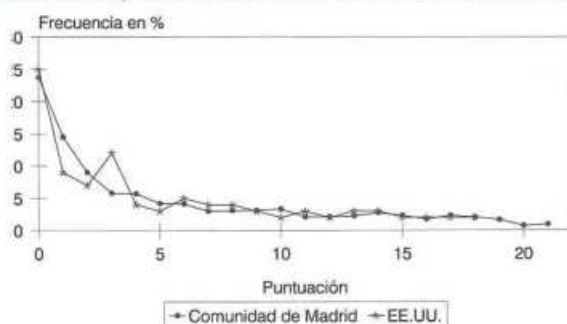
1. ESCALA DE OBSESIÓN POR LA DELGADEZ

Gráfico 22. Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998.

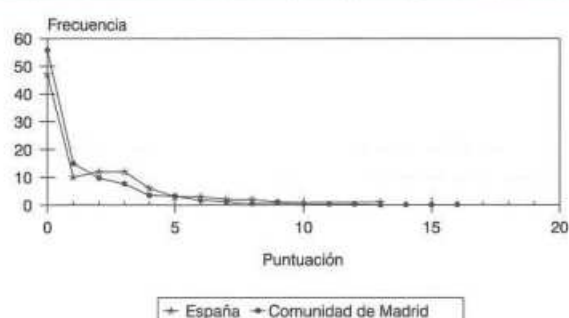
Gráfico 23. Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998.

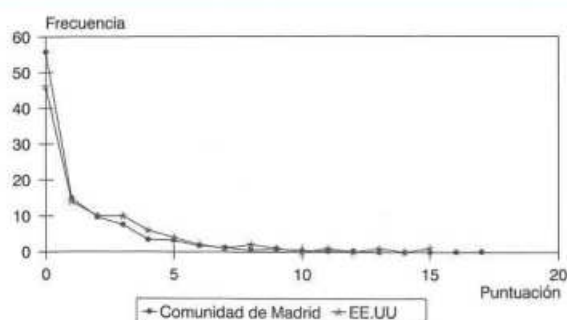
2. ESCALA DE BULIMIA

Gráfico 24. Puntuación en la escala de Bulimia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998.

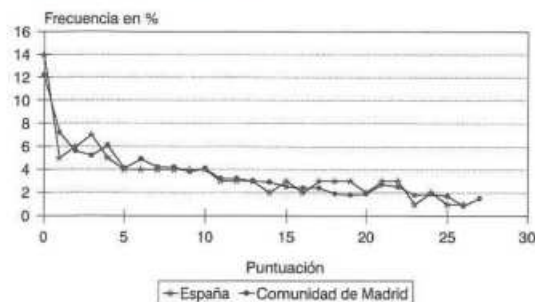
Gráfico 25. Puntuación en la escala de Bulimia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998.

3. ESCALA DE INSATISFACCIÓN CORPORAL

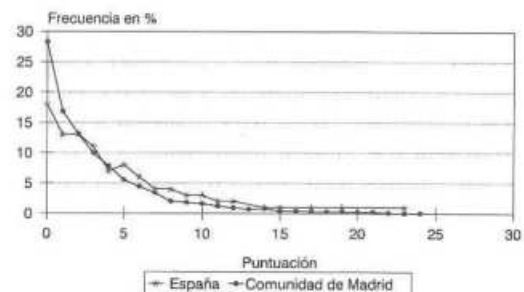
Gráfico 26. Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

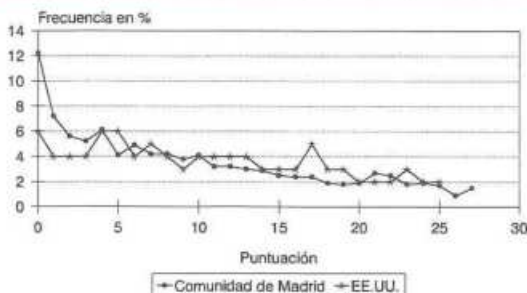
4. ESCALA DE INEFICACIA

Gráfico 28. Puntuación en la escala de Ineficacia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



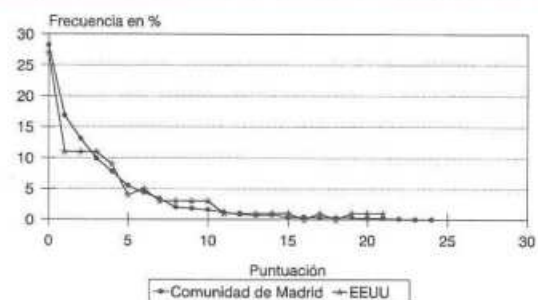
*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

Gráfico 27. Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

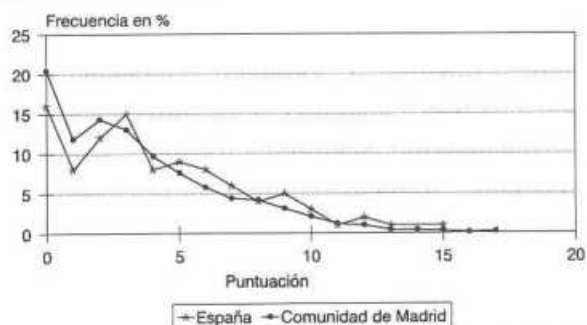
Gráfico 29. Puntuación en la escala de Ineficacia. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

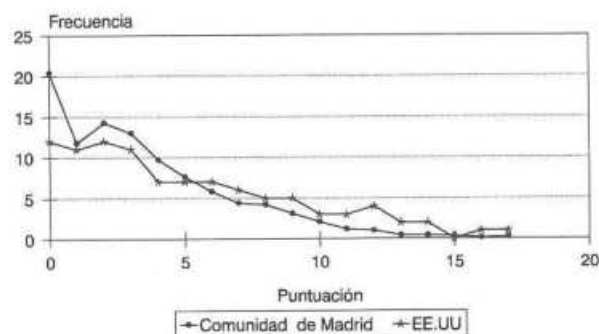
5. ESCALA DE PERFECCIONISMO

Gráfico 30. Puntuación en la escala de Perfeccionismo. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

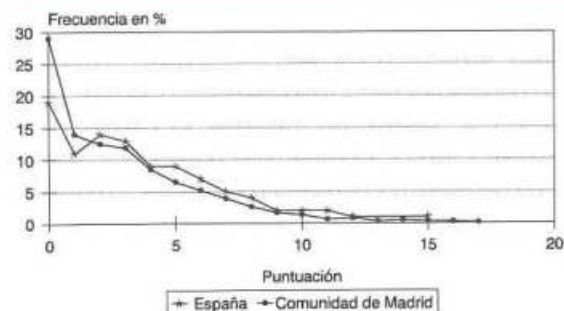
Gráfico 31. Puntuación en la escala de Perfeccionismo. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

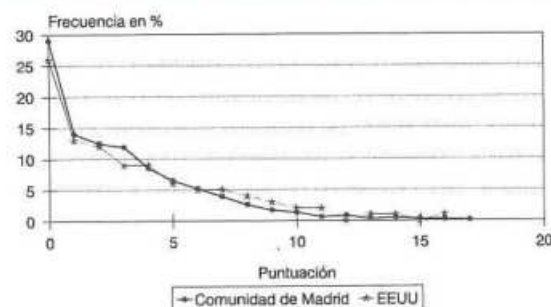
6. ESCALA DE DESCONFIANZA INTERPERSONAL

Gráfico 32. Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

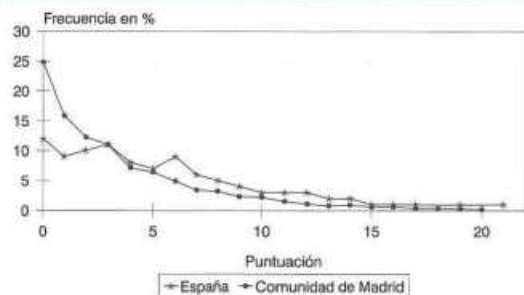
Gráfico 33. Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

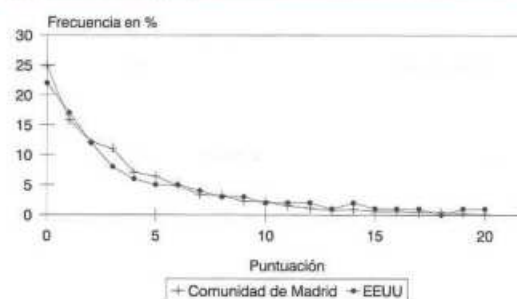
7. ESCALA DE CONCIENCIA INTEROCEPTIVA

Gráfico 34. Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-España*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

Gráfico 35. Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva. Mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid-EE.UU.*.



*Fuente: Estudio de prevalencia de la Comunidad de Madrid y Manual del EDI, Ediciones TEA, Madrid 1998

ANEXO 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PUNTUACIÓN EN LAS ESCALAS DEL EDI, EN POBLACIÓN ESPAÑOLA SANA Y ENFERMA

A partir de los datos que figuran en el manual del EDI⁵, elaboramos las gráficas siguientes donde se muestra la distribución de puntuación en las escalas del mismo, en población femenina sana y con TCA. La flecha indica el punto de corte que elegimos en las tres escalas utilizadas para la definición operativa de caso “a riesgo”, para considerar que cumplían el criterio.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PUNTUACIÓN EN LAS ESCALAS DEL EDI, EN POBLACIÓN ESPAÑOLA SANA Y CON TCA

Gráfico 36. Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

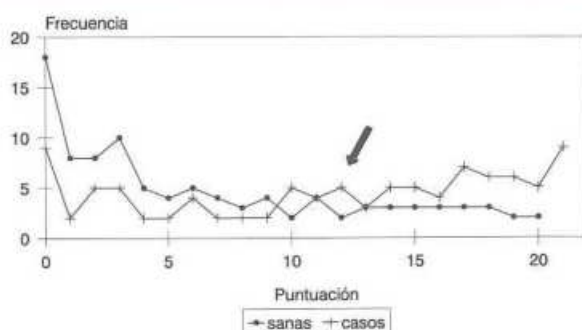


Gráfico 37. Puntuación en la escala de Bulimia del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

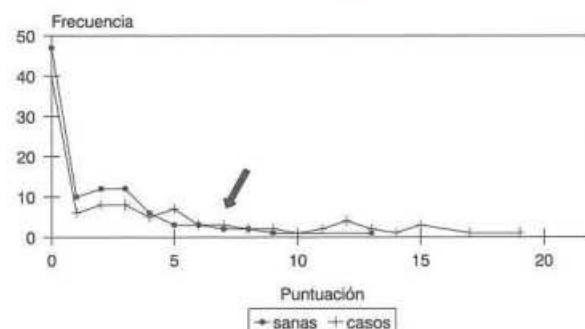


Gráfico 38. Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

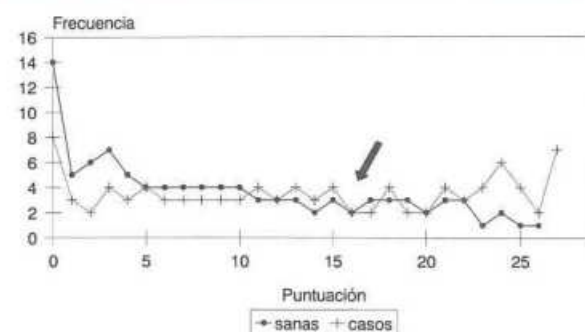


Gráfico 39. Puntuación en la escala de Ineficacia del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

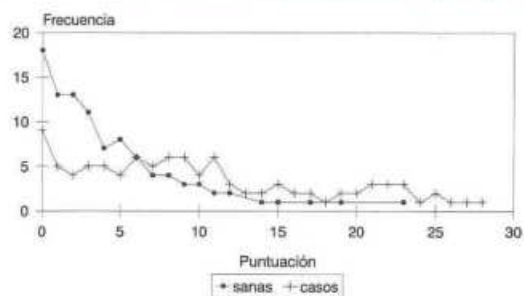


Gráfico 42. Puntuación en la escala de Conciencia interoceptiva del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

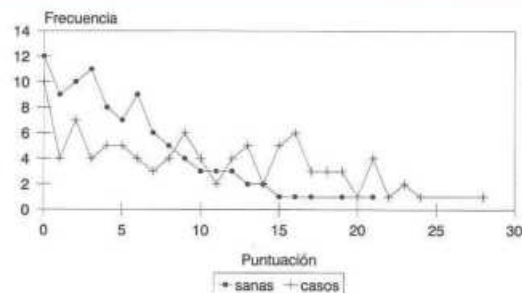


Gráfico 40. Puntuación en la escala de Perfeccionismo del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

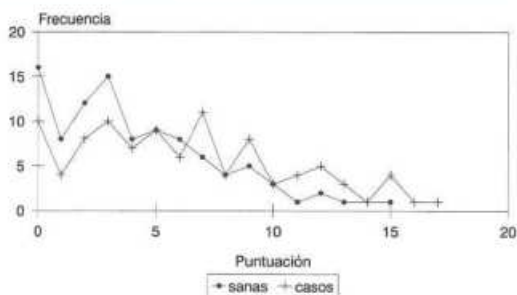


Gráfico 43. Puntuación en la escala de Miedo a la madurez del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.

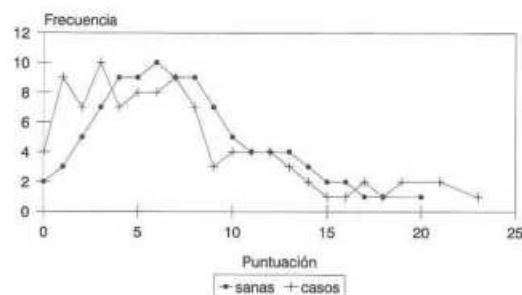
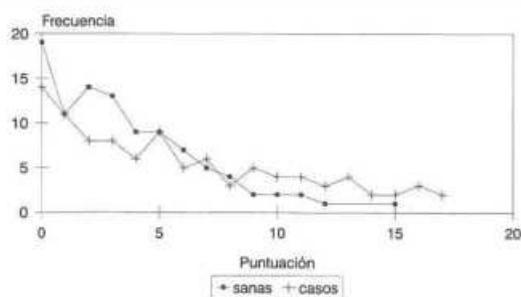


Gráfico 41. Puntuación en la escala de Desconfianza interpersonal del EDI. Mujeres, sanas y con TCA, Baremo español.



ANEXO 9. RELACIÓN DE CENTROS ESCOLARES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

I.E.S. ARCIPRESTE DE HITA
C/ Ronda del Sur, 6
28018 MADRID

I.E.S. CARDENAL CISNEROS
C/ Reyes, 4
28015 MADRID

I.E.S. CELESTINO MUTIS
C/ Huerta de Villaverde, 15
28021 MADRID

I.E.S. FRANCISCO DE GOYA
C/ Santa Irene, s/n
28017 MADRID

I.E.S. LOPE DE VEGA
C/ San Bernardo, 70
28015 MADRID

I.E.S. M^a PILAR RUIZ LIÑARES
P^o del Angel, s/n
28011 MADRID

I.E.S. MARÍA DE MOLINA
C/ Mirabel, 22.
28044 MADRID

I.E.S. MIGUEL SERVET
C/ Castelflorite, s/n
28019 MADRID

I.E.S. VILLA DE VALLECAS
C/ Villarino de los Aires, 14
28031 MADRID

I.E.S. SAN JUAN BAUTISTA
C/ San Nemesio, s/n
28043 MADRID

I.E.S. VIRGEN DE LA PALOMA
C/ Francos Rodríguez, 106
28039 MADRID

I.E.S. FORTUNY
C/ Fortuny, 24
28010 MADRID

I.E.S. CARMEN CONDE
Avda. Atenas s/n
28230 LAS ROZAS DE MADRID

I.E.S. ANTONIO MACHADO
C/ Alalpardo, s/n
28808 ALCALÁ DE HENARES

I.E.S. ALDEBARÁN
C/ Francisco Chico Menéndez, 5
28100 ALCOBENDAS

I.E.S. DOMENICO SCARLATTI
C/ Valeras 22
28300 ARANJUEZ

I.E.S. MIGUEL CATALÁN
Avda. José Gárate, s/n
28820 COSLADA

I.E.S. RAFAEL ALBERTI
C/ Virgen de la Cabeza, s/n
28820 COSLADA

I.E.S. VICTORIA KENT
Cº de Polvoranca, s/n
28942 FUENLABRADA

I.E.S. INFANTA ELENA
Crtra. Guadarrama 85
28280 GALAPAGAR

I.E.S. ALTAIR
Crtra. de Leganés, s/n
28904 GETAFE

I.E.S. ANTONIO LÓPEZ GARCÍA
C/ Arquitectos, 39
28903 GETAFE

I.E.S. ICARO
Crtra. de Leganés, (Zona Alhondiga)
28904 GETAFE

I.B. DE GUADARRAMA
Crtra. De El Escorial s/n
28440 GUADARRAMA

I.E.S. LUIS VIVES
Cº del Cementerio, s/n
28914 LEGANÉS

I.E.S. ANTONIO GALA
C/ Cañada 44
28820 COSLADA

I.E.S. LUIS GARCÍA BERLANGA
C/ Virgen del Mar, s/n
28820 COSLADA

I.E.S. PEDRO DE TOLOSA
C/ Estudios, 1
28680 SAN MARTÍN DE VALDEIGLESIAS

I.E.S. CALATALIFA
C/ San Antonio, 1
28670 VILLAVICIOSA DE ODÓN

I.E.S. BENJAMÍN RUA
C/ Tulipán, 1
28933 MÓSTOLES

I.E.S. COMPLUTENSE
Avda. De Valladolid s/n
28804 ALCALÁ DE HENARES

I.E.S. ENRIQUE TIERNO GALVÁN
C/ Juan Carlos I, s/n
28980 PARLA

COLEGIO CLARET
C/ Corazón de María, 1
28002 MADRID

COLEGIO DIVINA PASTORA
C/ Santa Engracia, 142
28003 MADRID

COLEGIO VALDECAS
C/ Javier de Miguel, 17
28018 MADRID

COLEGIO NTRA. SEÑORA DEL PILAR
C/ San Benito, 6
28029 MADRID

COLEGIO INMACULADA-MARILLAC, LA
C/ García de Paredes, 37-39
28010 MADRID

COLEGIO MARÍA AUXILIADORA
C/ Villaamil, 18
28039 MADRID

COLEGIO JESÚS MAESTRO
C/ Juan Vigón, 8
28003 MADRID

COLEGIO JOYFE
C/ Vital Aza, 65
28017 MADRID

COLEGIO MATER PURISIMA
C/ Madre Cándida M^a de Jesús, 4
28028 MADRID

COLEGIO NTRA SRA. DE LORETO
C/ Príncipe de Vergara, 42
28001 MADRID

COLEGIO LA SALLE-SAGRADO CORAZÓN
Avda. Cardenal Herrera Oria, 242
28035 MADRID

COLEGIO SANTA JOAQUINA DE VEDRUNA
C/ Travesía de Costa Brava, 3
28034 MADRID

COLEGIO RAIMUNDO LULIO
Avda. San Diego, 63
28018 MADRID

COLEGIO SAN FRANCISCO DE ASÍS
Madre Carmen del Niño Jesús, 7-9
28002 MADRID

COLEGIO SAN JOSÉ DE BEGOÑA
C/ Marcos de Orueta, s/n
28034 MADRID

COLEGIO SAN VIATOR
Plaza Fernández Ladreda, 2
28028 MADRID

COLEGIO SANTO DOMINGO
Gta. Del Presidente García Moreno, 3
28003 MADRID

COLEGIO SAUCES, LOS
Camino Ancho, 87
28109 ALCOBENDAS

COLEGIO N.I.L.E.
Avda. Castilla la Vieja, 18
28941 FUENLABRADA

COLEGIO SAGRADO CORAZÓN-
REPARADORAS
Avda. Guadarrama, 10
28220 MAJADAHONDA

COLEGIO SANTO DOMINGO DE SILOS
C/ Santa Teresa, 7
28320 PINTO

COLEGIO ALCALÁ
C/ Lacedón, 8
28670 VILLAVICIOSA DE ODÓN

COLEGIO MIRABAL
Monte Almenara, s/n (Urb. El Olivar)
28660 BOADILLA DEL MONTE

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

Encuesta de Prevalencia
de Trastornos del
Comportamiento Alimentario
en Adolescentes de la
Comunidad de Madrid



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Comunidad de Madrid