



ORIGINAL

Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital



P.S. Pérez Martín^{a,*}, J.A. Martínez^b, A.J. Valecillos^c, L. Gainza García^d, M. Galán Berasaluce^e y P. Checa Díaz^f

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Guzmán el Bueno, Madrid, España

^b Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud El Balconcillo, Guadalajara, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Brihuega, Guadalajara, España

^e Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Gu-Sur, Guadalajara, España

^f Medicina de Familia, Centro de Salud Alcolea del Pinar, Guadalajara, España

Recibido el 2 de noviembre de 2020; aceptado el 1 de enero de 2021

Disponible en Internet el 15 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Formas subclínicas;
Riesgo-detección precoz;
Test de cribado;
Atención Primaria

Resumen

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA); identificar la prevalencia de riesgo de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) según edad, sexo, centros de salud, nacionalidad y datos familiares; determinar el porcentaje de jóvenes con formas subclínicas y estudiar la factibilidad del uso de herramientas de detección precoz de esta patología en Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico, desarrollado en los 5 centros de salud de Guadalajara capital. Muestra de 291 adolescentes (124 varones, 167 mujeres) obtenida mediante muestreo aleatorio estratificado, polietápico y proporcional según edad, sexo y centros de salud. Se estudiaron variables sociodemográficas, antropométricas, familiares y se aplicaron los test EAT-26, SCOFF y EDE-Q 6.0 en primera fase y la entrevista EDE-12 en la segunda.

Resultados: La prevalencia global de riesgo de TCA fue del 17,5% (IC95%: 13,7-19,4%). Resultaron estadísticamente significativas las variables: tener hermanos, familia monoparental y obesidad; así como la prevalencia de TCANE. La subescala preocupación por la silueta fue estadísticamente significativa respecto a las demás. El cuestionario SCOFF mostró una sensibilidad del 91,6% y una especificidad del 91,0% y el EDE-Q, del 99,3% y 91,7% respectivamente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pperezmartin@sescam.jccm.es (P.S. Pérez Martín).

Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de adolescentes en riesgo de desarrollar un TCA. Predominan los TCANE y la subescala preocupación por la silueta. El test SCOFF demuestra ser un buen instrumento de cribado en Atención Primaria.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Eating disorders;
Subclinical forms;
Risk-early detection;
Screening test;
Primary Care

Early detection and prevalence of risk of eating disorders in Primary Care in Guadalajara city

Abstract

Objectives: To know the percentage of adolescent patients at risk of developing an eating disorder (ED); to identify the prevalence of risk for Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Unspecified Eating Disorders (NERD) according to age, sex, health centers, nationality and family data; determine the percentage of young people with subclinical forms and study the feasibility of using tools for the early detection of this pathology in Primary Care.

Material and methods: Observational, cross-sectional and multicentre study developed in the five health centers of the city of Guadalajara. Sample of 291 adolescents (124 males and 167 females) obtained through stratified, multi-stage and proportional random sampling according to age, sex and health centers. Sociodemographic, anthropometric and family variables were studied and the EAT-26, SCOFF and EDE-Q6.0 tests were applied in the first round and the EDE-12 interview in the second round.

Results: The global prevalence of risk of eating disorders was 17.5% (95% CI: 13.7%-19.4%). The variables, having siblings, being single-parent and having obesity were statistically significant. Among the various types of EDs, the NERD were statistically significant with respect to Anorexia and Bulimia. The subscale concern for the silhouette was statistically significant with respect to the others. The SCOFF questionnaire showed a sensitivity of 91.6% and a specificity of 91.0% and the EDE-Q, 99.3% and 91.7% respectively.

Conclusions: High percentage of adolescents at risk of developing an eating disorder. The unspecified type of eating disorders and the concern for the silhouette subscale predominate. The SCOFF test proves to be a good screening instrument in Primary Care.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psíquicas caracterizadas por un desorden en la ingesta y una obsesión por la imagen corporal, dando lugar a problemas tanto físicos como a alteraciones del funcionamiento psicosocial, lo cual genera, a su vez, un considerable deterioro de la calidad de vida de quien los padece¹.

Podríamos hablar de epidemia por el aumento de nuevos casos que se han ido produciendo a lo largo de las últimas décadas². Se estima que la prevalencia diagnóstica en España se encuentra en torno al 1-4%, teniendo la anorexia nerviosa (AN) una tasa del 0,11 al 0,14%; del 0,41 al 2,9% la bulimia nerviosa (BN) y del 2,76 al 5,3% los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)³⁻⁵.

Por otra parte, se tratan de enfermedades tiempo-dependiente, en las que una detección y manejo precoz son factores de buen pronóstico⁶. Los centros de salud juegan en este sentido un papel fundamental, al ser la puerta de entrada de la mayor parte de los casos de TCA. Sin embargo, existen muy pocos estudios orientados a la detección de

estos problemas desde el ámbito de Atención Primaria, habiendo sido hasta la fecha la mayoría de ellos realizados en el medio educativo^{5,7}.

En base a lo expuesto anteriormente, presentamos el primer estudio epidemiológico realizado en centros de salud de la ciudad de Guadalajara, marcándonos para ello los siguientes objetivos: conocer el porcentaje de pacientes adolescentes en riesgo de desarrollar un TCA; identificar la prevalencia de riesgo de AN, BN y TCANE según edad, sexo, centros de salud, nacionalidad y datos familiares; determinar el porcentaje de jóvenes con formas subclínicas y estudiar la factibilidad del uso de herramientas de detección precoz de estas patologías en Atención Primaria.

Sujetos y métodos

Se trató de un estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en el marco de la Atención Primaria y desarrollado a lo largo de 2019 en los 5 centros de salud de Guadalajara capital (Alamín, Balconcillo, Cervantes, Gu-Sur y Manantiales).

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula recomendada para poblaciones finitas, caso de proporciones, cuya expresión algebraica es la siguiente: $n = t^2 \cdot p \cdot q / e^2$; en donde t es el nivel de confianza (95%), p es la proporción de casos (en nuestro caso 25%), q es $p-1$ y e , el error cometido (0,05). La muestra obtenida fue de 291 personas.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, polietápico y proporcional según edad, sexo y centros de salud a partir de la base de datos poblacional del Sistema Informático del Área de Guadalajara.

El criterio de inclusión para participar en el estudio fue tener una edad comprendida entre 14 y 19 años. El criterio de exclusión fue la existencia de limitación física, psíquica, cultural o enfermedad concurrente que no hiciera posible la aplicación de las pruebas del estudio. También el haber participado en el muestreo en una visita anterior.

El reclutamiento se efectuó mediante captación oportunista en la consulta de Atención Primaria, del adolescente que reunía los criterios necesarios para participar en el estudio, al cual se le explicó la finalidad del mismo y se le solicitó su participación. Si se trataba de un menor de edad, se contactó con sus padres. En caso de negativa, se sustituía por otro adolescente.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- Variables sociodemográficas: Edad, sexo y nacionalidad.
- Datos antropométricos: Peso, talla, IMC (índice de masa corporal). Este último se calculó aplicando la fórmula: $\text{peso}(\text{kg})/\text{talla}(\text{m}^2)$.
- Datos familiares: hijo único o con hermanos y familias mono- o biparentales.
- Instrumentos de evaluación: Cuestionarios *Eating Attitudes Test* (EAT-26), *SCOFF Test* y *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q 6.0).
- Entrevista semiestructurada: *Eating Disorder Examination* versión 12 (EDE-12).

Los 3 cuestionarios evalúan el riesgo de desarrollar un TCA y se diferencian entre sí por el número de preguntas, la corrección y las propiedades psicométricas de cada uno.

Eating Attitudes Test (EAT-26) es un cuestionario de 26 ítems, derivado del EAT-40. Puntúa desde el 3 («siempre») hasta el 0 («nunca»). La excepción se da en la pregunta 25, que se mide en orden inverso, siendo 3: «nunca». En varios estudios de adaptación al castellano, se observó que la puntuación a partir de 20 tenía buenos coeficientes de validez⁸, por lo que hemos utilizado esta cifra.

El cuestionario SCOFF consta de 5 breves preguntas autoinformadas. Para nuestro estudio utilizamos la versión traducida y validada al español, con un punto de corte en 2 por ser esta la puntuación con mejores propiedades psicométricas⁹.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) es un cuestionario autoaplicado de 36 preguntas¹⁰. Este test evalúa 4 subescalas: restricción, preocupación por la comida, por la silueta y por el peso. La puntuación total se obtiene con la media de las 4 subescalas; una puntuación mayor o igual a 2,3 orienta sobre un posible TCA¹¹. Su versión original y su traducción al español muestran excelente consistencia interna (α de Cronbach $\geq 0,74$)¹².

La entrevista semiestructurada EDE-12 (*Eating Disorder Examination*)¹³ es una herramienta compuesta por 62 preguntas que hace referencia a los 3 últimos meses, capaz de identificar casos diagnósticos de TCA basándose en criterios del manual DSM-IV.

El estudio se realizó en 2 fases: en la primera, se le entregó a cada paciente un cuadernillo, donde debían rellenar un cuestionario con datos sociodemográficos, el test EAT-26, SCOFF y EDE-Q (en este orden) y posteriormente se les pesó (sin calzado) y talló.

En la segunda, se eligieron aquellos pacientes con resultado positivo en cualquiera de los cuestionarios de cribado y se les citó de manera presencial en las consultas de centro de salud para realizarles la entrevista clínica EDE-12, con el fin de diagnosticar aquellos casos sugestivos de TCA. Para evitar posibles falsos negativos, se seleccionó al azar una muestra homogénea y representativa con resultado negativo en la primera fase y se les realizó la misma entrevista clínica. En todos los casos la entrevista fue realizada por un médico de familia experto en este tema.

Los datos se almacenaron en una base de datos creada con el programa Excel y se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

En el análisis estadístico se utilizaron los procedimientos propios de la estadística descriptiva (proporciones y sus intervalos de confianza para las variables cualitativas; media y desviación estándar para las cuantitativas), analítica (χ^2 para la comparación de variables cualitativas, con corrección de Yates si fuera necesario o test exacto de Fisher; t Student para comparación de 2 medias y ANOVA para comparación de más de 2 medias). En todos los casos se aceptó siempre un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Con el fin de determinar la validez del estudio, hemos calculado la sensibilidad (proporción de individuos con la enfermedad que tienen un test positivo en la prueba), especificidad (proporción de individuos sin la enfermedad que tienen un resultado negativo) y la razón de verosimilitud para un resultado positivo (RV+) (número de veces que es más probable encontrar en el grupo de enfermos un resultado positivo respecto a los no enfermos), de los diversos cuestionarios utilizados, usando para ello como patrón oro, o de referencia, la entrevista clínica. También hemos medido el tiempo medio invertido en rellenar cada uno de los cuestionarios.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Sanitaria del Área Integrada de Guadalajara (registro P07/18). Todos los participantes fueron informados de la naturaleza del estudio y de sus objetivos, y otorgaron su participación en el mismo mediante firma de consentimiento informado, pudiendo retirarlo en cualquier momento.

Resultados

La muestra estudiada la compusieron 291 adolescentes, de los cuales 124 eran varones (42,6%) y 167 mujeres (57,4%). La media de edad fue de 16,3 años (DE 1,6). El 37,1% (108 personas) tenía entre 14 y 15 años, el 35,4% (103) entre 16 y 17 años y el 27,5% (80) entre 18 y 19 años. El peso medio de esta población fue de 65,2 kg (DE 39,8), con una

Tabla 1 Distribución del IMC de la muestra según clasificación ponderal

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso IMC ≤ 19,9	70	24,1	24,1
Normal IMC = 20-24,9	162	55,7	79,8
Sobrepeso IMC = 25-29,9	51	17,5	97,3
Obesidad moderada IMC = 30-34,9	5	1,7	99,0
Obesidad severa IMC = 35-39,9	1	0,3	99,3
Obesidad mórbida IMC > 40	2	0,7	100,0
Total	291	100	

talla media de 166,9 cm (DE 8,6). En la [tabla 1](#), expresamos los valores porcentuales del IMC de la población estudiada, según grupos ponderales.

El 12% (35 individuos) eran hijos únicos y el 88% (256) tenían hermanos; el 22,3% (65) pertenecían a una familia monoparental y el 77,7% (226) a una biparental; el 93,1% (271 personas) tenían nacionalidad española y el 6,9% (20) eran extranjeros.

La prevalencia de TCA hallada con entrevista clínica fue del 4,1% (IC95%: 1,7-6,6%). Por otra parte, obtuvimos una prevalencia de riesgo global de TCA del 17,5% (IC95%:13,7-19,4%). La prevalencia de riesgo hallada con el cuestionario EAT-26 fue del 4,5% (IC95%: 3,8-6,6%). En la [tabla 2](#) mostramos la misma, en relación con otras variables del estudio.

Usando el cuestionario SCOFF logramos una prevalencia de riesgo de TCA del 12,4% (IC95%: 8,4-16,4%). En la

Tabla 2 Prevalencia del EAT-26 en función de diversas variables del estudio

VARIABLES	N	Prevalencia	IC95%	p
Género				
Varón	3	2,4%	0,5-6,9%	NS (p=0,3260)
Mujer	9	5,5%	1,6-9,2%	
Edad				
14-15 años	4	3,8%	1,0-9,3%	NS (p=0,7715)
16-17 años	7	6,8%	1,4-12,1%	
17-18 años	1	1,3%	0,4-8,9%	
Nacionalidad				
Español	11	4,1%	1,5-2,6%	NS (p=0,7310)
Extranjero	1	5,3%	0,1-2,6%	
Hermanos				
Hijo único	0	0%	0-10,0%	NS (p=0,9980)
Con hermanos	12	4,3%	1,7-6,9%	
Padres				
Monoparentales	5	7,8%	2,5-17,2%	NS (p=0,1907)
Biparentales	7	3,1%	0,6-5,6%	
IMC				
Bajo peso	2	2,9%	0,3-9,9%	NS (p=0,5691)
Normal	9	5,6%	1,7-9,5%	
Sobrepeso	1	2%	0,5-10,4%	
Obesidad moderada	0	0%	0-52,1%	
Obesidad severa	0	0%	0-84,2%	
Obesidad mórbida	0	0%	0-84,2%	
Centros de Salud				
Alamín	2	3,2%	0,3-11,0%	NS (p=0,2548)
Balconcillo	5	4,2%	1,3-9,4%	
Cervantes	3	12,5%	2,6-32,3%	
Gu-Sur	1	2,1%	0,5-11,0%	
Manantiales	1	2,9%	0,7-15,0%	

NS: no significativo.

Tabla 3 Prevalencia del SCOFF en función de diversas variables del estudio

Variabes	N	Prevalencia	IC95%	p
<i>Género</i>				
Varón	10	8,1%	2,8-13,2%	NS (p=0,075)
Mujer	26	15,8%	9,8-21,6%	
<i>Edad</i>				
14-15 años	11	10,4%	4,1-16,6%	NS (p=0,1368)
16-17 años	18	17,5%	9,6-25,2%	
17-18 años	7	8,8%	1,9-15,5%	
<i>Nacionalidad</i>				
Español	32	11,9%	7,8-15,9%	NS (p=0,4154)
Extranjero	4	21,1%	6-45,5%	
<i>Hermanos</i>				
Hijo único	1	2,9%	0,7-14,9%	NS (p=0,1184)
Con hermanos	35	13,8%	9,3-18,2%	
<i>Padres</i>				
Monoparentales	13	20,3%	9,6-30,9%	NS (p=0,0521)
Biparentales	23	10,2%	6-14,4%	
<i>IMC</i>				
Bajo peso	3	4,3%	0,8-12,0%	NS (p=0,103)
Normal	24	15,0%	9,1-20,8%	
Sobrepeso	8	15,7%	4,7-26,6%	
Obesidad moderada	0	0%	0-52,1%	
Obesidad severa	0	0%	0-84,1%	
Obesidad mórbida	1	50,0%	1,2-98,7%	
<i>Centros de Salud</i>				
Alamín	8	12,7%	3,6-21,7%	NS (p=0,768)
Balconcillo	16	13,3%	6,8-19,6%	
Cervantes	4	16,7%	4,7-37,3%	
Gu-Sur	6	12,5%	2,1-22,8%	
Manantiales	2	5,9%	0,7-19,6%	

NS: no significativo.

tabla 3 reflejamos la misma referida a las demás variables del estudio.

La prevalencia de riesgo obtenida utilizando el cuestionario EDE-Q 6.0- total fue del 12% (IC95%: 7,9-15,2%). En la tabla 4 expresamos esta prevalencia en función de las diversas variables del estudio. Resultaron estadísticamente significativas las variables: «con hermanos», monoparentales y obesidades.

La prevalencia de riesgo de los diferentes tipos de TCA estudiados fue la siguiente: AN, 0%; BN, 27,8% (no purgativa 19,5% y purgativa, 8,3%); TCANE, 72,2% (p=0,0004) (tipo 1: 1,0%; tipo 2: 16,7%; tipo 3: 8,3%; tipo 4: 2,7%; tipo 5: 0%; tipo 6: 19,5% y tipo 7: 25%). En la tabla 5 reflejamos la prevalencia de estos tipos de TCA en función de las diversas variables estudiadas y en la tabla 6 exponemos el porcentaje de jóvenes con formas subclínicas.

Por otra parte, hemos hallado una sensibilidad del 91,6% (IC95%: 87,2-95,8%); una especificidad del 91% (IC95%: 87,5-94,5%) y una RV+ de 10,2 en el cuestionario SCOFF. En el EAT-26 la sensibilidad fue de un 25% (IC95%: 20,8-30,1%); la especificidad del 96,4% (IC95%: 94-98,7%) y la RV+ de 6,9 y en el EDE-Q la sensibilidad fue del 99,3% (IC95%:

96,2-100%), la especificidad del 91,7% (IC95%: 88,3-95,1%) y la RV+ de 12.

Para el cálculo de estos indicadores, la submuestra de personas con resultado negativo en la primera fase que hemos utilizado fue de 60, en ninguna de ellas se detectó un TCA mediante entrevista diagnóstica.

El tiempo medio de cumplimentación fue de 3,98 ($\pm 0,12$) minutos para el SCOFF; 5,15 ($\pm 0,31$) minutos para el EAT-26 y 15,23 ($\pm 1,23$) minutos para el EDE-Q.

Discusión

En nuestro estudio hemos obtenido un porcentaje elevado de pacientes adolescentes en riesgo de desarrollar un TCA (17,5%). Este resultado es similar al encontrado en otras publicaciones tanto nacionales como internacionales^{14,15}. Hasta la fecha los estudios en población española determinan que el riesgo de desarrollo de TCA varía desde el 4,46% hasta el 29,16%^{7,16}; esta amplitud de rango se debe a la variabilidad en la forma de detección, los instrumentos utilizados y la heterogeneidad de la muestra.

Tabla 4 Prevalencia del EDQ total en función de diversas variables del estudio

VARIABLES	N	Prevalencia	IC95%	p
Género				
Varón	10	8,9%	3,4-14,2%	NS (p = 0,2546)
Mujer	23	13,9%	8,3-19,5%	
Edad				
14-15 años	8	8,5%	2,7-14,2%	NS (p = 0,0836)
16-17 años	18	17,5%	9,6-25,2%	
17-18 años	7	8,9%	1,9-15,5%	
Nacionalidad				
Español	29	11,1%	7,4-15%	NS (p = 0,3515)
Extranjero	4	21,1%	6,0-45,5%	
Hermanos				
Hijo único	0	0%	0-10,0%	S (p = 0,0429)
Con hermanos	33	13,4%	9,0-17,7%	
Padres				
Monoparentales	13	20,3%	9,4-30,9%	S (p = 0,0288)
Biparentales	20	9,3%	5,3-13,3%	
IMC				
Bajo peso	1	1,4%	0,3-7,7%	S (p = 0,001)
Normal	21	13,8%	8,1-19,3%	
Sobrepeso	7	13,7%	3,3-24,1%	
Obesidad moderada	2	40,0%	5,2-85,3%	
Obesidad severa	1	100,0%	15,2-100,0%	
Obesidad mórbida	1	50,0%	1,2-98,7%	
Centros de Salud				
Alamín	8	12,7%	3,6-21,7%	NS (p = 0,247)
Balconcillo	13	10,8%	4,8-16,8%	
Cervantes	5	25,0%	9,7-46,7%	
Gu-Sur	5	10,4%	3,4-22,6%	
Manantiales	2	5,9%	0,7-19,6%	

NS: no significativo; S: significativo.

En nuestro caso la prevalencia de riesgo de cada uno de los test varía, posiblemente debido a las diferentes propiedades psicométricas de cada uno de ellos. Con el cuestionario SCOFF hemos hallado una tasa inferior respecto a la mayoría de publicaciones a nivel nacional^{7,17}, todas ellas en adolescentes y adultos dentro del ámbito docente, sin encontrarse hasta la fecha estudios realizados desde Atención Primaria; sí aparecen algunos de ellos en el extranjero en los que nuestro resultado se aproxima^{18,19}. Johnston et al.²⁰, en una muestra de 111 mujeres londinenses, obtuvieron una tasa del 16%; comprobando además que hubo una buena aceptabilidad del método de cribado por parte de los profesionales sanitarios, aunque estos admitieron su falta de conocimiento en el manejo de aquellos pacientes que habían dado un resultado positivo.

Respecto al cuestionario EAT-26, encontramos resultados en nuestro estudio muy similares a los hallados por Ruiz-Lázaro¹⁶ (total: 4,46%; mujeres: 5,52%), así como en poblaciones adolescentes de habla hispana⁸.

En el cuestionario EDE-Q hemos observado resultados superiores a los trabajos nacionales e internacionales^{21,22}, pero también inferiores²³. Al analizar las subescalas del

cuestionario EDE-Q hemos obtenido una puntuación media global de 1,08, predominando de manera significativa la «preocupación por la silueta» (1,69. DE: 1,51050), muy similar a otros estudios publicados hasta el momento en los que destaca esta subescala respecto al resto²¹.

En lo que se refiere a los datos sociosanitarios y familiares, tal como era de esperar, hemos obtenido un riesgo mayor en mujeres, debido posiblemente, entre otras cosas, a un ideal de belleza femenino centrado en la delgadez; mientras que por lo general en los hombres predomina el cuerpo atlético y musculado^{24,25}. Respecto a la nacionalidad, encontramos de manera no significativa predominio de conductas alimentarias de riesgo en población española; sin embargo, estudios recientes de culturas no occidentales alertan sobre elevadas tasas en estos países a lo largo de los últimos años²⁶.

Hemos comprobado que existe un mayor riesgo (estadísticamente significativo) en adolescentes con hermanos, frente a los que eran hijos únicos. Esto podría deberse a la estructura propia de cada familia. En pacientes con TCA se ha visto que la figura materna tiende a ser poco afectiva, pero a la vez exigente y sobreprotectora²⁷; esta conducta puede centrarse en uno de los hijos, que falto de afecto

Tabla 5 Prevalencia de los diversos tipos de TCA en función de las distintas variables del estudio

	Anorexia nerviosa		Bulimia nerviosa		Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCNAE)		
	Prevalencia	N	Prevalencia, IC95%	p	N	Prevalencia, IC95%	p
<i>Género</i>							
Varón	0%	1	0,8% (0,02-4,4%)	S (p=0,0238)	10	8,1% (2,9-13,3%)	NS (p=0,3072)
Mujer	0%	9	5,4% (1,7-9,1%)		16	9,6% (4,8-14,3%)	
<i>Edad</i>							
14-15 años	0%	2	1,8% (0,2-6,5%)	S (p=0,006)	9	8,3% (2,6-14,0%)	NS (p=0,7241)
16-17 años	0%	7	6,4% (1,4-11,6%)		11	10,7% (4,2-17,1%)	
17-18 años	0%	1	0,9% (0,02-5,0%)		6	7,5% (1,1-13,9%)	
<i>Nacionalidad</i>							
Español	0%	8	2,9% (0,7-5,1%)	NS (p=0,3012)	23	8,5% (5-12%)	NS (p=0,5624)
Extranjero	0%	2	10% (1,2-31,7%)		3	15% (3,2-37,9%)	
<i>Hermanos</i>							
Hijo único	0%	0	0%	NS (p=0,4869)	0	0%	NS (p=0,0970)
Con hermanos	0%	10	3,9% (1,3-6,5%)		26	10,1% (6,3-14,0%)	
<i>Padres</i>							
Monoparentales	0%	4	6,2% (1,7-15,2%)	NS (p=0,3122)	9	14,1% (4,8-23,4%)	NS (p=0,1675)
Biparentales	0%	6	2,6% (0,3-4,9%)		17	7,5% (3,8-11,1%)	
<i>IMC</i>							
Bajo peso	0%	1	1,4% (0,04-7,6%)	NS (p=0,3935)	0	0%	S (p=0,036)
Normal	0%	6	3,3% (0,5-6,9%)		16	9,9% (5-14,9%)	
Sobrepeso	0%	3	5,9% (1,2-16,2%)		6	11,8% (1,9-21,6%)	
Obesidad moderada	0%	0	0%		2	40% (5,3-85,3%)	
Obesidad severa	0%	0	0%		1	100% (1,2-100%)	
Obesidad mórbida	0%	0	0%		1	50% (1,2-98,7%)	
<i>Centros de Salud</i>							
Alamín	0%	4	6,3% (1,7-15,5%)	NS (p=0,4895)	4	6,3% (1,7-15,5%)	NS (p=0,4895)
Balconcillo	0%	4	3,3% (0,9-8,1%)		11	9% (3,5-14,5%)	
Cervantes	0%	0	0%		6	25% (9,8-46,7%)	
Gu-Sur	0%	2	4,2% (0,5-14,2%)		3	6,2% (1,3-17,2%)	
Manantiales	0%	0	0%		2	5,9% (0,7-19,7%)	

NS: no significativo; S: significativo.

Tabla 6 Media de puntos de jóvenes con formas subclínicas

Subescalas	Media de puntos	DE	p
Restricción - edad	0,7433	1,01685	
Preocupación por comida	0,5910	0,90003	
Preocupación por silueta	1,6937	1,51050	MS (p < 0,001)
Preocupación por peso	1,2861	1,34622	

MS: muy significativo.

acaba creando una serie de inseguridades y realizando de manera inconsciente una llamada de atención a través de la pérdida de peso y conductas irregulares en las comidas²⁸. No existe por el momento ningún estudio centrado en la figura del hermano como potenciador.

El hecho de convivir con uno solo de los progenitores presenta un riesgo, tal como hemos visto en nuestro estudio. Está demostrado que las familias con relaciones paternas perturbadas alteran el desarrollo emocional del hijo²⁹. El hecho de vivir con un solo padre, tanto por divorcio como por fallecimiento, supone un estresor añadido a la hora del desarrollo de un TCA³⁰, así como madres y padres solteros que trabajan fuera de hora, lo que se traduce en una menor supervisión a la hora de las comidas³¹.

Por otra parte, hemos observado como otros autores, que los TCANE predominan sobre la AN y BN³². Respecto a los subtipos encontramos con mayor prevalencia el tipo 6 y el que hemos denominado «7» (formas incompletas de TCA que no cumplen criterios para estar dentro de los 6 anteriores), lo que se aproxima a lo encontrado por Peláez Fernández, que utilizando el mismo test identifica los tipos 6 y 4 como los más prevalentes³⁰.

En comparación con estudios de análogas características, la sensibilidad y especificidad que hemos encontrado en el cuestionario SCOFF es algo inferior a la hallada por García-Campayo et al.⁹ y superior a la obtenida por Rueda Jaimes et al.³³ y Parker et al.³⁴, aunque en este último la especificidad fue semejante.

En lo que respecta al EAT-26, nuestros resultados fueron parejos a los de Rivas et al.³⁵ y la sensibilidad inferior a los de Gandarillas et al.³⁶. Cabe destacar que, en los 3 casos, la sensibilidad del test fue baja (en un rango comprendido entre el 25% y el 59%), lo que posiblemente lo limite como prueba de detección precoz de los TCA.

El test EDE-Q nos arrojó unos resultados muy parecidos a los de Peláez Fernández³⁰, en los cuales destaca, tal como sucede con el cuestionario SCOFF, la excelente sensibilidad y especificidad de dicho cuestionario.

Una de las fortalezas de este estudio se basó en la participación, en el mismo, de todos los Centros de Salud de Guadalajara capital, mejorando así la generalización de los resultados. Otro aspecto importante es que se trató de un estudio de doble fase en los que, además de entrevistar a todos los participantes que superan el punto de corte, se selecciona un porcentaje similar de controles. Son los más adecuados para hallar la prevalencia de TCA, ya que permiten establecer el porcentaje de falsos negativos y también calcular varios parámetros que nos indican la validez y la seguridad de una prueba, así como determinar cuánto más es probable un resultado concreto según la presencia o ausencia de una enfermedad³⁰.

Como todos los estudios, el nuestro también tiene algunas limitaciones. Una de ellas ha sido no incluir a menores de 14 años, a pesar de publicaciones que hablan de TCA a partir de los 12 años³⁷. Optamos por esta decisión al comprobar, en un estudio piloto, la falta de comprensión en algunas preguntas del cuestionario por parte de un alto porcentaje de personas incluidas en este rango de edad, lo cual podría falsear los resultados. Por otra parte, al tratarse de una población circunscrita a una sola ciudad de España, se debe tener cautela a la hora de extrapolar los datos. Además, al ser un estudio de tipo transversal no se puede establecer una inferencia causal con los resultados obtenidos.

En este trabajo hemos realizado el primer estudio de detección precoz de TCA en las consultas de los centros de salud de Guadalajara, obteniendo un riesgo considerable entre los adolescentes. Por todo lo inferido consideramos fundamental la figura del médico de cabecera, siendo este el primer sanitario al que acuden los pacientes para pedir consejo y ayuda, el cual debe en primer lugar reconocer los datos clínicos de riesgo y posteriormente utilizar algún cuestionario breve y simple que refuerce o elimine esta sospecha inicial, con el fin de comenzar un tratamiento lo antes posible.

La detección temprana en Atención Primaria es primordial, así lo demuestra un estudio llevado a cabo por Imaz Roncero et al.³⁸, en el que se encontró que solo un 19% de los casos nuevos eran detectados en Atención Primaria, el 3% eran atendidos en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil, y el 0,41% eran hospitalizados. Estos datos nos llevan a pensar que este tipo de trastornos están infra-detectados por parte de los servicios de salud y sobre todo destaca la escasa derivación a unidades especializadas. Todo ello puede deberse a la limitada formación por parte de los profesionales de primaria en el ámbito de la salud mental, dificultad diagnóstica al no existir una clara pérdida de peso u otras alteraciones orgánicas llamativas, poca asistencia de pacientes adolescentes a las consultas del médico de familia, siendo esta la población más vulnerable y la escasez de tiempo en la consulta, entre otras causas.

Sin embargo, en nuestro estudio hemos comprobado que el abordaje inicial de estos trastornos en Atención Primaria, además de necesario, es posible. Existen herramientas válidas para una detección precoz de estos trastornos, entre las que despuntan el cuestionario SCOFF que posee una sensibilidad, especificidad y razón de verosimilitud para un resultado positivo francamente buenas y además sobresale por su sencillez y rapidez de administración, aspectos muy importantes en nuestro medio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Martínez-González L, Fernández-Villa T, Molina AJ, Delgado-Rodríguez M, Martín V. Incidence of anorexia nervosa in women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:3824.
- Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry*. 2005;20:173–8.
- Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2019;23 Supl. 1:130–1.
- Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1:62–75.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester, UK: British Psychological Society, UK; 2004.
- Garrido-Miguel M, Torres-Costoso A, Martínez-Andrés M, Notario-Pacheco B, Díez-Fernández A, Álvarez-Bueno C, et al. The risk of Eating disorders and bone health in young adults: the mediating role of body composition and fitness. *Eat Weight Disord*. 2019;24:1145–54.
- Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. Eating disorders identification of risk cases among students from Querétaro. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2014;5:115–23.
- García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M, et al. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005;59:51–5.
- Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994;16:363–70.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther*. 2004;42:551–67.
- Peláez-Fernández MA, Javier Labrador F, Raich RM. Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)-Spanish version-for screening eating disorders. *Span J Psychol*. 2012;15:817–24.
- Fairburn C, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12a editors). En: Fairburn C, Wilson G, editores. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford; 1993. p. 317–60.
- Constain GA, Rodríguez-Gázquez ML, Ramírez Jiménez GA, Gómez Vásquez GM, Mejía Cardona L, Cardona Vélez. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes-26 para la evaluación del riesgo de alteraciones alimentarias en la población masculina colombiana. *Aten Primaria*. 2017;9:206–13.
- Machado PP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*. 2007;40:212–7.
- Ruiz-Lázaro PM. Detección de actitudes alimentarias de riesgo entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. *Rev Psicopatol Salud Ment*. 2003;1:37–42.
- Parreño-Madrigal IM, Díez-Fernández A, Martínez-Vizcaíno V, Visier-Alfonso ME, Garrido-Miguel M, Sánchez-López M. Prevalence of risk of eating disorders and its association with obesity and fitness. *Int J Sports Med*. 2020;41:669–76, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1152-5064>.
- Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2014;49:1335–46.
- Docman K, Peterson J. (dir). Screening for adolescent eating disorders in a school-based health center using the SCOFF questionnaire [tesis doctoral en Internet]. Kansas: University of Kansas School of Nursing;; 2019 [consultado 4 Sep 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1808/29519>
- Johnston O, Fornai G, Cabrini S, Kendrick T. Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care. *Fam Pract*. 2007;24:511–7.
- Villarroel AM, Penelo E, Portell M, Raich RM. Screening for eating disordering undergraduate women: Norms and validity of the Spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *J Psychopath Behav Assess*. 2011;33:121–8.
- Keane S, Clarke M, McGrath D, Farrelly N, MacHale S. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for female university students attending a university primary health care service in Ireland. *Ir J Psychol Med*. 2015;34:7–11.
- Zohar AH, Lev-Ari L, Bachner-Melman R. The EDE-Q in Hebrew: Structural and Convergent/Divergent Validity in a Population Sample. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2017;54:15–20.
- Sobrino-Bazaga A, Rabito-Alcón MF. Diferencias de género existentes en la población general en relación a la insatisfacción corporal asociada al ideal de belleza: una revisión sistemática. *Estud Psicol*. 2018;39:566–87.
- Cavieles León S, Cruzat-Mandich C, Lizana Calderón P, Behar Astudillo R, Díaz-Castrillón F. Vínculo madre/hija y su relación con insatisfacción corporal, modelos estéticos y conductas alimentarias. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2019;57:329–40.
- Saleh RN, Salameh RA, Yhya HH, Sweileh WM. Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *J Eat Disord*. 2018;6:16.
- Mateos-Agut M, García-Alonso I, De Gándara-Martín J, Vegas-Miguel MI, Sebastián-Vega C, Sanz-Cid B, et al. La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42:267–80.
- Castejón Martínez M, Ángeles, Berengüi R. Personality differences and psychological variables related to the risk of eating disorders. *An Psicol-Spain [Internet]*. 2020;36:64–73 [consultado 28 Jun 2020]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/361951>
- Mateos Agut M. La familia y los trastornos de la conducta alimentaria: estructura familiar y riesgo: Universidad de Burgos;. 2012.
- Peláez Fernández MA. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid: Universidad Complutense de Madrid;. 2003.
- Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *JONNPR*. 2019;4:925–48.
- Negrete Castella MA. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el

- estado de Nayarit. México: Univesitat Autònoma de Barcelona;. 2015.
33. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*. 2005;35:89–94.
 34. Parker SC, Lyons J, Bonner J. Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *J Am Coll Health*. 2005;54:103–7.
 35. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *Span J Psychol*. 2010;13:1044–56.
 36. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid [Internet]. Documentos Técnicos de Salud Pública, n.º 85. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad;. 2003 [consultado 22 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf>
 37. Hadjigeorgiou C, Solea A, Querol SE, Keski-Rahkonen A, Michels N, Russo P, et al. Disordered eating in three different age groups in Cyprus: a comparative cross-sectional study. *Public Health*. 2018;162:104–10.
 38. Imaz Roncero C, Ballesteros Alcalde MC, Higuera González MBN, Conde López VJM. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:75–81.