

**Guía de práctica clínica (GPC) sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA): recomendaciones para la práctica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**

Estrada MD\*, Turón V\*\*, Rodríguez G\*, Benítez D\* en nombre del grupo elaborador de la guía

\*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) de Catalunya

\*\*Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Autor de contacto:

Maria-Dolors Estrada  
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques  
Roc Boronat 81-95 (2ª planta)

Barcelona 08005 Spain  
Teléfono: 935 513 877

Fax: 935 517 510  
emails: [destrada@aatrm.catsalut.cat](mailto:destrada@aatrm.catsalut.cat)

GPC financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III y la AATRM, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el SNS (Núm.2006/05-01)

Conflicto de intereses: Ninguno

## **ANTECEDENTES**

Los TCA, anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) así como los trastornos no especificados (TCANE) han supuesto un reto a la asistencia pública en las últimas décadas. Los factores socioculturales que pueden generarlas así como sus graves secuelas han causado y causan una importante alarma social.

Basándonos en estudios de dos fases realizados en España en la población de mayor riesgo, mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, se obtiene una prevalencia del 0,14%-0,9 % para la AN, del 0,41%-2,9% para la BN y del 2,76%-5,3%% en el caso de los TCANE. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1%-6,41%. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0,00 % para la AN, del 0,00-0,36% para la BN y del 0,18%-0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27-0,90 (1-9).

Los TCA son enfermedades que no sólo implican a la persona afectada sino también a su familia y entorno más próximo, e incluso de una manera diferente, pero muy importante, a los profesionales de la salud y de la educación, que se ven directa o indirectamente involucrados, sin disponer en ocasiones, de guías para abordar estos trastornos con éxito. Diferentes instituciones estatales españolas y extranjeras han publicado guías, recomendaciones y protocolos sobre los TCA en los últimos años (10-19). No obstante, hay necesidad de disponer de una guía adaptada al medio del Estado Español realizada con la mejor metodología posible y basada en la mejor evidencia disponible.

## **OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GPC**

Con esta GPC se pretende dar a la población y a los profesionales sanitarios y de la educación un instrumento útil que de respuestas a las cuestiones más básicas de la enfermedad, especialmente en los aspectos preventivos y terapéuticos. Conocer y valorar estas enfermedades, identificarlas y evaluar su potencial de riesgo, así como plantear los objetivos terapéuticos, decidir el lugar de tratamiento más idóneo y plantear la ayuda a la familia, son tareas que pueden ser abordadas desde diferentes ámbitos profesionales con un indudable beneficio para pacientes y familiares.

## **Población diana**

La población diana de la GPC se centra en personas de 8 o más años con los siguientes diagnósticos: AN, BN y TCANE: trastorno por atracones (TA) y las formas incompletas o parciales, que no cumplen todos los criterios, para AN o BN y TA.

Aunque trastorno por atracón es la denominación habitual lo cierto es que deben producirse una serie de atracones recurrentes para caracterizarlo (entre otras manifestaciones). Esta guía se refiere a dicho trastorno como “trastorno por atracones”.

La GPC también incluye el tratamiento de los TCA crónicos, refractarios al tratamiento, a los que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

La GPC incluye las comorbilidades más frecuentes y que pueden requerir otro tipo de atención:

- Mentales: Trastornos relacionados con sustancias, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, de la personalidad, del estado de ánimo y del control de los impulsos.
- Orgánicas: Diabetes Mellitus, Obesidad, Síndromes de mala-absorción y Enfermedades del tiroides.

La GPC incluye también el abordaje ante situaciones especiales como el embarazo y parto.

## **Aspectos clínicos incluidos**

La GPC incluye la prevención, detección, diagnóstico, actuaciones en los diferentes niveles de atención, tratamiento, evaluación, pronóstico y aspectos legales.

## **Ámbito clínico**

La GPC incluye la atención proporcionada en la AP y la atención especializada. Los servicios de AP se realizan en los centros de atención primaria, primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. En los afectados de TCA, la atención especializada, el segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria, se presta a través de

recursos de hospitalización completa (hospital psiquiátrico y general), consultas ambulatorias especializadas (centro/unidad de salud mental de adultos [CSMA] e infanto-juveniles [CSMIJ], hospitales de día para hospitalización parcial (monográficos de TCA y generales de salud mental), servicio de urgencias y servicios médicos de hospitales generales. En los hospitales generales hay unidades específicas de TCA que incluyen los tres niveles asistenciales. También se atienden los TCA en otro tipo de unidades específicas: de trastornos límite de la personalidad y de toxicomanías.

### **Intervenciones (tratamientos)**

- Medidas médicas: soporte nutricional oral, nutrición artificial (sonda nasogástrica y parenteral intravenosa) y consejo nutricional.
- Terapias psicológicas: terapia cognitivo-conductual, autoayuda (AA) guiada o no, terapia interpersonal, terapia familiar (sistémica o no especificada), terapia psicodinámica y terapia conductual.
- Tratamientos farmacológicos: antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes del apetito, antagonistas opiáceos y otros psicofármacos (topiramato, litio y atomoxetina).
- Combinación de intervenciones

### **Preguntas clínicas**

La GPC se plantea 36 preguntas clínicas clave agrupadas en 9 capítulos clínicos (**Tabla 1**). Las recomendaciones relativas a la prevención primaria de los TCA se muestran en la presentación de Rodríguez G (número 1748447285) y las relativas a la evaluación y terapias psicológicas en la presentación de Badia G (número 1007722699).

**Tabla 1. Preguntas para responder según capítulos clínicos de la GPC sobre TCA**

<b>Capítulo clínico</b>	<b>Preguntas para responder</b>
<b>Definición y clasificación de los TCA</b>	1. ¿Cómo se definen y clasifican los TCA? ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas comunes y específicas de cada tipo? 2. Etiopatogenia de los TCA: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

	3. En los TCA, ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes?
<b>Prevención de los TCA*</b>	4. ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones de prevención primaria para evitar los TCA? ¿Hay algún impacto negativo?
<b>Detección de los TCA</b>	5. ¿Qué instrumentos de cribado son de utilidad para la identificación de casos de TCA?
<b>Diagnóstico de los TCA</b>	6. ¿Cuáles son los criterios clínicos útiles para el diagnóstico de los TCA?  7. ¿Cómo se diagnostican los TCA?  8. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de los TCA?
<b>Actuaciones en los diferentes niveles de atención de los TCA</b>	9. En los TCA, ¿Cuáles son las actuaciones en la atención primaria (AP) y en la atención especializada? ¿Otros recursos?  10. En los TCA, ¿Qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar la derivación entre los recursos asistenciales disponibles en el SNS?  11. En los TCA, ¿Qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar la hospitalización completa en alguno de los recursos asistenciales disponibles en el SNS?  12. En los TCA, ¿Qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar el alta en alguno de los recursos asistenciales disponibles en el SNS?
<b>Tratamiento de los TCA*</b>	13. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la renutrición para las personas afectadas de TCA?  14. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del consejo nutricional para las personas afectadas de TCA?  15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia cognitivo-conductual para las personas afectadas de TCA?  16. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la autoayuda y de la autoayuda guiada para las personas afectadas de TCA?  17. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia interpersonal para las personas afectadas de TCA?  18. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia familiar (sistémica o no) para las personas afectadas de TCA?  19. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia psicodinámica para las personas afectadas de TCA?  20. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia conductual para las personas afectadas de TCA?  21. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antidepresivos para las personas afectadas de TCA?  22. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antipsicóticos para las personas afectadas de TCA?

	<p>23. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los estimulantes del apetito para las personas afectadas de anorexia nerviosa (AN)?</p> <p>24. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antagonistas opiáceos para las personas afectadas de TCA?</p> <p>25. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de otros psicofármacos para las personas afectadas de TCA?</p> <p>26. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la combinación de intervenciones para las personas afectadas de TCA?</p> <p>27. ¿Cuál es el tratamiento de los TCA cuando existen comorbilidades?</p> <p>28. ¿Cómo se tratan los casos de TCA crónicos?</p> <p>29. ¿Cuál es el tratamiento de los TCA ante situaciones especiales como el embarazo y parto?</p>
<b>Evaluación de los TCA*</b>	<p>30. ¿Qué instrumentos son de utilidad para la evaluación de los síntomas y conducta de los TCA?</p> <p>31. ¿Qué instrumentos son de utilidad para la evaluación psicopatológica de los TCA?</p>
<b>Pronóstico de los TCA</b>	<p>32. ¿Cuál es el pronóstico de los TCA?</p> <p>33. ¿Hay factores pronóstico de los TCA?</p>
<b>Aspectos legales relativos a personas afectadas de TCA en España</b>	<p>34. ¿Cual es el procedimiento legal a seguir ante la negativa de una persona afectada de TCA a recibir un tratamiento?</p> <p>35. ¿Es válido jurídicamente el consentimiento informado de un menor de edad afectado de TCA?</p> <p>36. En el caso de un menor de edad afectado de TCA, ¿Cómo se resuelve jurídicamente el dilema entre el deber de confidencialidad, el respeto a la autonomía y las obligaciones respecto los padres o tutores legales del menor?</p>

\* Apartados descritos en otras presentaciones dentro del congreso de psiquiatría.com

### Principales usuarios

Esta GPC va dirigida a los profesionales que tienen contacto directo o toman decisiones en el cuidado de las personas afectadas de TCA (médicos de familia, pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermería, dietistas, endocrinólogos, farmacéuticos, ginecólogos, internistas, odontólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales). También va dirigida a profesionales de otros ámbitos que tienen contacto directo con las personas afectadas de TCA (educación, servicios sociales, medios de comunicación, justicia).

La GPC pretende ser una herramienta para planificar la atención integrada de las personas afectadas de TCA.

La GPC provee información para pacientes con TCA que podrá ser utilizada también por sus familiares y amigos así como por la población general (**Figura 1**).

**Figura 1. Información para pacientes (sumario)**

## Información para pacientes

- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Cuál es su origen?
- ¿Qué señales pueden alertarnos de un posible TCA? ¿Cuáles son las consecuencias de una conducta alimentaria inadecuada?
- ¿Dónde podemos acudir para buscar ayuda profesional?
- ¿En qué consiste el tratamiento adecuado?
- ¿Existen asociaciones estatales de personas afectadas?

## MÉTODO

GPC basada en la evidencia desarrollada según el Manual de elaboración de guías del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) (20).

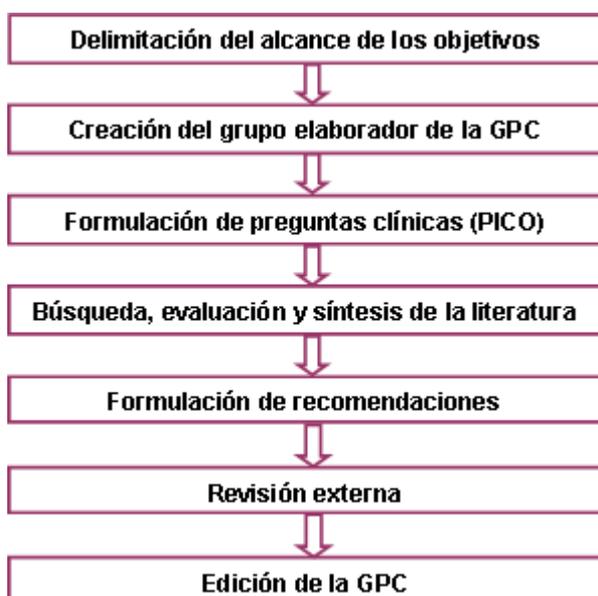
Este manual metodológico tiene un doble objetivo: aportar una metodología consensuada para elaborar GPC basadas en la evidencia científica y homogeneizar el proceso de elaboración de GPC basadas en la evidencia científica. En tal sentido, el manual va dirigido a los grupos elaboradores de GPC dentro del Programa de elaboración de GPC basadas en la evidencia científica del Plan de Calidad para el SNS y, dado su carácter abierto, puede ser utilizado por cualquier grupo o entidad que esté desarrollando una GPC. El manual ha sido desarrollado de forma consensuada por un grupo de profesionales del SNS con amplia experiencia en la elaboración de

GPC, que han conformado el grupo metodológico y el panel de colaboradores del programa de elaboración de GPC.

El manual proporciona herramientas que se han considerado útiles para poder cubrir las necesidades del usuario en cada una de las etapas del proceso de elaboración de guías. También ofrece en cada capítulo una selección de lecturas recomendadas y enlaces a recursos de interés sobre aquellos aspectos en los que pudiera ser necesario profundizar. Para difundir y facilitar el uso de este manual se dispone de una versión electrónica a la que se puede acceder a través del portal de GuíaSalud (21).

En la **Figura 2** se muestran las fases del desarrollo de una GPC basada en la evidencia.

**Figura 2. Fases del desarrollo de una GPC**



Para clasificar la calidad de la evidencia científica y graduar la fuerza de las recomendaciones, tal como se puede ver en el apartado 7 sobre “Formulación de recomendaciones en las GPC” del Manual, se ha optado por utilizar una combinación de los métodos utilizados por SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, Red Escocesa Intercolegiada sobre GPC) (22) y por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. Esta propuesta mixta asume todo el planteamiento de SIGN para el proceso de elaboración de recomendaciones y utiliza el sistema de SIGN específicamente para abordar las preguntas de intervención, utilizando el sistema de Oxford para las preguntas sobre diagnóstico. En la **Tabla 2** los niveles de evidencia y grados de recomendaciones del SIGN, los usados en la GPC sobre TCA.

**Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones de SIGN**

<b>Niveles de evidencia</b>	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos o estudios descriptivos.
4	Opinión de expertos.
<b>Grados de recomendaciones</b>	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

**Buena práctica clínica**

√*	Práctica recomendada basada en el la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
----	---------------------------------------------------------------------------------------------

\*En ocasiones el grupo elaborador se percata de que algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y, para el cual, no existe probablemente, ninguna evidencia que lo sustente. En general estos casos son sobre algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica y se representan con el símbolo √.

El grupo elaborador está constituido por profesionales vinculados a los TCA y expertos en la metodología. En la **Figura 3** se describe el perfil del grupo elaborador así como el de los asesores expertos y otros colaboradores.

**Figura 3. Autoría y colaboraciones de la GPC sobre TCA**



La GPC sobre TCA ha sido revisada por expertos españoles y cuenta con el aval de asociaciones de pacientes y sociedades científicas españolas implicadas en la atención. En la **Figura 4** las sociedades científicas, asociaciones y federaciones españolas que avalan la GPC sobre TCA.

**Figura 4. Sociedades científicas, asociaciones y federaciones de ámbito español que avalan la GPC**



## RESULTADOS

Se formulan 109 recomendaciones para la práctica clínica, de las cuales 3 son grado A (3%), 12 grado B (11%), 64 grado D (59%) y 30 de buena práctica clínica (consenso grupo elaborador). Del total, el 54% de las recomendaciones son relativas al tratamiento de los TCA (medidas médicas, terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos y tratamientos combinados). En la **Tabla 3** la distribución de las recomendaciones de la GPC según el grado de recomendación y el capítulo clínico al que se refiere.

**Tabla 3. Distribución de las recomendaciones de la GPC sobre TCA según grado de recomendación y capítulo clínico**

Capítulos guía TCA	Grados de recomendación				√ (buena práctica clínica)	Total
	A	B	C	D		
Prevención primaria	-	-	-	-	3	3
Detección	-	-	-	4	5	9
Diagnóstico	-	-	-	3	3	6
Actuaciones niveles atención	-	-	-	13	5	18
Tto. médico	-	-	-	11	7	18
Tto. psicológico	3	8	-	18	-	29
Tto. farmacológico	-	4	-	8	-	12
Tto. comorbilidades orgánicas	-	-	-	3	-	3
Tto. TCA crónicos	-	-	-	-	2	2
Evaluación	-	-	-	4	2	6
Aspectos legales	-	-	-	-	3*	3
<b>Total recomendaciones</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>64</b>	<b>30</b>	<b>109</b>

\* legislación vigente

### Recomendaciones sobre detección, diagnóstico, actuaciones en los niveles y tratamiento farmacológico

#### Detección de los TCA (√ buena práctica clínica)

1. Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA. Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos:

- TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años)
- AN: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8-12 años)
- Bulimia nerviosa: BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12-13 años)

En el **Anexo 1** los instrumentos siguientes: SCOFF, EAT-40, EAT-26, ChEAT, BULIT y BITE.

2. Se considera básica la formación adecuada de los médicos de AP para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que lo requieran.

3. Debido a la baja frecuencia de visitas durante la infancia y adolescencia, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer una atención integral y detectar hábitos de riesgo y casos de TCA. Las revisiones odontológicas pueden detectar conductas de riesgo, vómitos reiterativos para detectar la existencia de un TCA.

4. Al entrevistar a un paciente con sospecha de TCA, especialmente si la sospecha es AN, es importante tener en cuenta la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio, siendo esto más acusado cuanto más corta es la evolución del trastorno.

5. Es recomendable que los diferentes colectivos de profesionales (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, nutricionistas y dietistas, trabajadores sociales, etc.) que pueden estar en contacto con la población de riesgo posean la formación adecuada y puedan actuar como agentes de detección de los TCA.

#### **Diagnóstico de los TCA (✓ buena práctica clínica)**

1. Se recomienda seguir los criterios diagnósticos de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR).

2. Se recomienda que el diagnóstico de los TCA incluya anamnesis, exploración física y psicopatológica, y exploraciones complementarias.

3. La confirmación diagnóstica y las implicaciones terapéuticas deberían estar a cargo de psiquiatras y psicólogos clínicos.

#### **Actuaciones de los diferentes niveles de atención (✓ buena práctica clínica)**

1. Las personas afectadas mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de TCA o con clara sospecha de TCA serán derivados al CSMA que les corresponda; y los menores de 18 años, al CSMIJ que les corresponda.

2. La derivación al CSMA/CSMIJ por parte del médico de familia o del pediatra debería ser una asistencia integrada con responsabilidades compartidas.

3. En los casos derivados a los CSMA/CSMIJ, siguen siendo necesarios la vinculación y la supervisión a corto y medio plazo de las personas afectadas, para evitar

complicaciones y recaídas y la aparición de trastornos emocionales, y detectando los cambios en el entorno que puedan influir sobre la enfermedad.

4. Debería ser cuidadosamente estudiada la necesidad de prescribir tratamiento estrogénico para prevenir la osteoporosis, en niñas y adolescentes con AN, ya que esta medicación puede ocultar la posible existencia de amenorrea

5. En la infancia se requerirán programas de tratamiento de los TCA específicos para estas edades.

### **Tratamiento farmacológico (antidepresivos) (grado B)**

1. Las personas afectadas de BN deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos puede reducir la frecuencia de atracones y purgas pero sus efectos no serán inmediatos.

2. En el tratamiento en la BN no se recomiendan otros tratamientos farmacológicos a parte de los antidepresivos.

3. A un paciente con TA, siga o no una programa de AA guiada, puede proponérsele un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS.

4. Las personas afectadas por TA deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos ISRS pueden reducir la frecuencia de atracones pero se desconoce la duración de su efecto a largo plazo. El tratamiento con antidepresivos puede ser beneficioso para un número limitado de personas afectadas.

## **CONCLUSIONES**

Incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

La GPC consta de tres versiones para profesionales de la salud: completa, resumida y rápida (las dos primeras disponen de información para pacientes). La GPC se edita en versión electrónica (las tres versiones) y se tiene acceso a través de la página web de GuíaSalud y la de la AATRM, en un principio. Las versiones resumida y rápida se editan también en forma de libro; la resumida contiene el CD-ROM de todas las versiones, para formar parte de la Biblioteca de GPC del SNS.

## ANEXO 1.

### Versión española de la encuesta SCOFF

Reproducido con permiso de los autores (García-Campayo, J, 2004)(23).

Nombre ..... Sexo ..... Edad .....

1.- ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?

Si                      No

2.- ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuanto come?

Si                      No

3.- ¿Ha perdido recientemente más de 6 kgs. en un período de tres meses?

Si                      No

4.- ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?

Si                      No

5.- ¿Diría que la comida domina su vida?

Si                      No

## **Versión española del EAT-40**

Reproducido con permiso de los autores (Castro, J., *et al.*, 1991) (24).

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

Categorías de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre.

## **Versión española del EAT-26**

Reproducido con permiso de los autores (Gandarillas, A., *et al.*, 2003) (25,26).

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a
2. Procuero no comer cuando tengo hambre
3. La comida es para mí una preocupación habitual
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como
7. Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más
9. Vomito después de comer
10. Me siento muy culpable después de comer
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a
12. Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis
15. Tardo más tiempo que los demás en comer
16. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar
17. Tomo alimentos dietéticos
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida
22. No me siento bien después de haber tomado dulces
23. Estoy haciendo régimen
24. Me gusta tener el estómago vacío
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar

Categorías de respuestas: Siempre, Muy a menudo, A menudo, A veces, Raramente y Nunca.

## **Versión española del ChEAT**

Reproducido con permiso de los autores (De Gracia, M, 2008) (27).

1. Me da mucho miedo pesar demasiado
2. Procupo no comer aunque tenga hambre
3. Pienso en comida continuamente
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
5. Corto la comida en trozos pequeños
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz
8. Noto que los demás preferirían que comiese más
9. Vomito después de haber comido
10. Me siento muy culpable después de comer
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15. Tardo en comer más que las otras personas
16. Procupo no comer alimentos con azúcar
17. Noto que los demás me presionan para que coma
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
19. Me siento incomodo/a después de comer dulces
20. Me comprometo a hacer régimen
21. Me gusta sentir el estomago vacío
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas
24. Como alimento de régimen
25. Siento que los alimentos controlan mi vida
26. Me controlo en las comidas

Categorías de respuestas: Siempre, Casi siempre, Muchas veces, Algunas veces, Casi nunca y Nunca.

## Versión española del BULIT

Reproducido con permiso de los autores (Vázquez, A.J., *et al.*, 2007) (28).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso actual \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Responda cada una de las preguntas siguientes señalando la opción correcta con una cruz. Por favor, responda con sinceridad y recuerde que toda la información será estrictamente confidencial.

1. ¿Ha comido usted alguna vez incontroladamente hasta el punto de sentirse hinchado/a?

1. Una vez al mes o menos (o nunca)
2. Dos o tres veces al mes
3. Una o dos veces a la semana
4. Tres a seis veces a la semana
5. Una vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a con mi forma de comer

1. De acuerdo
2. Neutral
3. Un poco en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

3. ¿Ha seguido usted alguna vez comiendo hasta el punto de sentir que va a explotar?

1. Prácticamente cada vez que como
2. Muy frecuentemente
3. A menudo
4. A veces
5. Raramente o nunca

4. ¿Actualmente se llamaría usted mismo/a un/a comilon/a?

1. Sí, por completo
2. Sí
3. Sí, probablemente
4. Sí, es posible
5. No, probablemente no

5. Prefiero comer

1. En casa solo/a
2. En casa con otros/as
3. En un restaurante público
4. En la casa de amigos/as
5. No importa

6. ¿Siente que tiene control sobre la cantidad de comida que consume?

1. La mayoría o todas la veces
2. Muchas veces
3. Ocasionalmente
4. Raramente
5. Nunca

7. Uso supositorios o laxantes para ayudar a controlar mi peso

1. Una vez al día o más
2. Tres a seis veces a la semana
3. Una o dos veces a la semana

4. Dos o tres veces al mes
  5. Una vez al mes o menos
8. Como hasta que me siento demasiado cansado/a para continuar
1. Al menos una vez al día
  2. Tres a seis veces a la semana
  3. Una o dos veces a la semana
  4. Dos o tres veces al mes
  5. Una vez al mes o menos (o nunca)
9. ¿Con qué frecuencia prefiere comer helados, batidos durante una comilona?
1. Siempre
  2. Frecuentemente
  3. A veces
  4. Raramente o nunca
  5. Yo no tengo comilonas
10. ¿Cuánto se preocupa usted sobre sus comilonas?
1. Yo no tengo comilonas
  2. Me preocupa un poco
  3. Preocupación moderada
  4. Preocupación intensa
  5. Probablemente la mayor preocupación en mi vida
11. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuanta comida consumo cada vez que me siento
1. Sin duda alguna
  2. Muy probablemente
  3. Probablemente
  4. Posiblemente
  5. No
12. ¿Ha comido alguna vez hasta el punto de sentirse enfermo/a?
1. Muy frecuentemente
  2. Frecuentemente
  3. A menudo
  4. Ocasionalmente
  5. Raramente o nunca
13. Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
14. No estoy contento conmigo/a mismo/a después de comer demasiado
1. Siempre
  2. Frecuentemente
  3. A veces
  4. Raramente o nunca
  5. No como demasiado

15. ¿Con que frecuencia vomita intencionadamente después de comer?
1. Dos o más veces a la semana
  2. Una vez a la semana
  3. Dos o tres veces al mes
  4. Una vez al mes
  5. Menos de una vez al mes ( o nunca)
16. ¿Cuáles de los siguientes sentimientos tiene después de una comilona?
1. No tengo comilonas
  2. Me siento bien
  3. Me siento medianamente disgustado/a conmigo mismo/a
  4. Me siento bastante disgustado/a conmigo mismo/a
  5. Me odio
17. Como mucha comida incluso cuando no tengo hambre
1. Muy frecuentemente
  2. Frecuentemente
  3. Ocasionalmente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
18. Mi forma de comer es diferente de la forma de comer de la mayoría de la gente
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
19. He tratado de perder peso ayunando o con regímenes intensos
1. No en el año pasado
  2. Una vez en el pasado año
  3. Dos o tres veces en el pasado año
  4. Cuatro o cinco veces en el pasado año
  5. Más de cinco veces en el pasado año
20. Me siento triste después de comer más de lo que había planeado comer
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente, nunca o no es el caso
21. Cuando me meto en una comilona, tiendo a comer comidas altas en carbohidratos (azúcares, almidón)
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente, o no tengo comilonas
22. Comparado con la mayoría de la gente mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

1. Mayor que la capacidad de otros/as
  2. Más o menos igual
  3. Menor
  4. Mucho menor
  5. No tengo absolutamente ningún control
23. Uno de sus mejores amigos/as de repente sugiere que ambos vayan a cenar a un nuevo restaurante esa noche. Aunque usted haya planeado comer algo ligero en casa, usted va y come fuera, comiendo bastante y sintiéndose incómodamente lleno/a. ¿Cómo se sentiría consigo mismo/a en el camino de vuelta a casa?
1. Bien, contento/a de haber conocido un nuevo restaurante
  2. Lamentando un poco el haber comido tanto
  3. Algo frustrado/a conmigo mismo/a
  4. Disgustado/a conmigo mismo/a
  5. Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente yo podría considerarme un/a “comedor/a compulsivo/a” (que tiene episodios de comida incontroladas)
1. Absolutamente
  2. Sí
  3. Sí, probablemente
  4. Sí, es posible
  5. No, probablemente no
25. ¿Cuál es el máximo peso que ha perdido en un mes?
1. Más de 20 Kg.
  2. 12-20 Kg.
  3. 8-11 Kg.
  4. 4-7 Kg.
  5. Menos de 4 Kg.
26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimido/a a la mañana siguiente
1. Siempre
  2. Frecuentemente
  3. A veces
  4. Raramente o nunca
  5. No como demasiado por la noche
27. ¿Cree que es más fácil para usted vomitar que para la mayoría de la gente?
1. Sí, no me cuesta ningún trabajo
  2. Sí, es más fácil para mí
  3. Sí, es un poco más fácil para mí
  4. Más o menos igual
  5. No, es menos fácil para mí
28. Siento que la comida controla mi vida
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
29. Me siento deprimido/a inmediatamente después de comer demasiado

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

- 4. Rara vez
- 5. Nunca

PC    1    10    20    30    40    50    60    70    80    90    99

TOTAL\_\_\_\_\_

Exc \_\_\_\_\_  
Sen \_\_\_\_\_  
Vom \_\_\_\_\_  
Com \_\_\_\_\_  
Pes \_\_\_\_\_

## Versión española del BITE

Reproducido con permiso de los autores (Rivas,T., *et al.*, 2004)(29).

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación?. SÍ NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? ..... SÍ NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? ..... SÍ NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? ..... SÍ NO
5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? ..... SÍ NO
6. ... si responde «Sí», ¿Con qué frecuencia lo hace?.....
  - Un día sí y otro no ..... 5
  - 2-3 veces a la semana ..... 4
  - Una vez por semana ..... 3
  - De vez en cuando ..... 2
  - Una sola vez ..... 1
7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).
 

PÍLDORAS ADELGAZANTES	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR DIURÉTICOS ...	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR LAXANTES	0	2	3	4	5	6	7
PROVOCARSE EL VÓMITO	0	2	3	4	5	6	7

  - Nunca ..... 0
  - Ocasionalmente ..... 2
  - Una vez a la semana ..... 3
  - 2 ó 3 veces a la semana ..... 4
  - Diariamente ..... 5
  - 2 ó 3 veces al día ..... 6
  - 5 o más veces al día ..... 7
8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios?..... SÍ NO
9. ¿Considera que la comida domina su vida? ..... SÍ NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SÍ NO
11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida? SÍ NO
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto? ..... SÍ NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo?..... SÍ NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer? SÍ NO
15. ¿Cuándo se siente ansiosa tiende a comer mucho?..... SÍ NO
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa?..... SÍ NO
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)? ..... SÍ NO

18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? ..... Sí NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?...Sí NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? ..... Sí NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer? .... Sí NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come? ..... Sí NO
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga?  
Sí NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer? .....Sí NO
25. ...si responde «Sí», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo?..  
Sí NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola? Sí NO
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?..... Sí NO
- 2-3 veces al día ..... 6
  - Diariamente..... 5
  - 2-3 veces a la semana..... 4
  - Una vez por semana..... 3
  - Una vez al mes..... 2
  - Casi nunca ..... 1
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?..Sí NO
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable? .....Sí NO
30. ¿Come alguna vez en secreto? .....Sí NO
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios? .....Sí NO
32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva? .....Sí NO
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 Kg a la semana? .....Sí NO

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*. 2003;34(3):281-91.
2. 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(2):173-8.
3. Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*. 2007;62(6):681-90.
4. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*. 1997;3(2):243-60.
5. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*. 1999;24(3):212-9.
6. Ruiz P, Alonso J, Velilla J, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto Juv*. 1998;3:148-62.
7. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(13):481-6.
8. Arrufat F. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
9. Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull JM<sup>a</sup>, et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(1):18-23.
10. Guia per a l'abordatge dels trastorns de la conducta alimentària a Osona. Regió Sanitària Catalunya Central. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008
11. Pla pilot d'atenció als trastorns de la conducta alimentària (TCA). Protocol d'atenció integrat i específic en TCA. Girona: Atenció primària i xarxa de salut mental de la Regió Sanitària Girona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
12. Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(Supl 2):85-96.
13. Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines, 2006.
14. Toquero de la Torre, coordinador. Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Lama More RA, Miján de la Torre, A. Evidencia científica en soporte nutricional especializado. Paciente pediátrico, con trastornos de la conducta alimentaria, obeso y geriátrico. Manual de actuación. Madrid: Organización Médica Colegial de España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
15. Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. Murcia: Subdirección General de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud; 2005.
16. Detecció i orientacions terapèutiques en els trastorns del comportament alimentari. Quaderns de la bona praxi; junio 2005. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Quadern 19. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi19.pdf>
17. Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Derham H, Jordan A, et al. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia

- nervosa. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38(9):659-70.
18. Moral Iglesias L, coordinador. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
19. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
20. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan. Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. Nº 2006/01. [Consultada 30 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/manual/documentos/Manual%20metodologico%20-%20Elaboracion%20GPC%20en%20el%20SNS.pdf>
21. GuíaSalud Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud [sede Web]. Zaragoza: GuíaSalud; 2005 [actualizada 27 de noviembre de 2008; consultada 30 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es>
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook (Publication nº 50). Edinburgh: SIGN: 2001 [actualizada 26 de junio de 2008; consultada 30 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
23. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibáñez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. J Psychosom Res. 2005;59(2):51-5.
24. Sancho C, Asorey O, Arija V, Canals J. Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. Eur Eat Disord Rev. 2005;13(5):338-43.
25. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública.
26. Gandarillas A, Zorrilla B, Muñoz P, Sepúlveda AR, Galan I, Leon C, et al. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. Gac Sanit. 2002;1:40-2.
27. De Gracia M, Marco M, Trujano P. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. Psicothema. 2007;19(4):646-53.
28. Vázquez Morejón AJ, García-Bóveda RJ, Vázquez-Morejón JR. Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT). Actas Esp Psiquiatr. 2007;35(5):309-14.
29. Rivas T, Jiménez M, Bersabé R. Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. Psicol Conduct. 2004;3:447-62.