

EDITM 3

Inventario de trastornos
de la conducta alimentaria - 3



D. M. Garner

EDI-3™

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3

D. M. Garner



MANUAL



hogrefe

MADRID 2010

Título original: *EDI-3, Eating Disorder Inventory-3, Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Inc., Florida, EE.UU.

Adaptación española: Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui y Fernando Sánchez-Sánchez.

Este trabajo ha sido subvencionado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2008-00856) y por la Universidad del País Vasco (GIU09/22).

Copyright © 1984, 1991, 2004 by Psychological Assessment Resources, Inc., Florida, EE.UU.

Copyright de la adaptación española © 2010 by Hogrefe TEA Ediciones, S.A.U., España.

I.S.B.N.: 978-84-7174-881-2.

Depósito Legal: M-6195-2010.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Índice

ÍNDICE	3
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	11
AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
FICHA TÉCNICA	17
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. Visión general del EDI-3	19
1.1.1. <i>Resumen de los principales aspectos del EDI-3</i>	20
1.1.2. <i>Otros aspectos adicionales del EDI-3</i>	21
1.1.3. <i>EDI-3 SC</i>	22
1.1.4. <i>EDI-3 RF</i>	22
1.1.5. <i>Enfoque del EDI-3</i>	22
1.2. Los trastornos de la conducta alimentaria	23
1.2.1. <i>Diagnóstico y definición de los subtipos de TCA: Utilidad del EDI-3</i>	23
1.2.2. <i>Incidencia y prevalencia</i>	24
1.2.3. <i>Consideraciones sobre el sexo de los pacientes</i>	24
1.2.4. <i>Aspectos evolutivos y del desarrollo</i>	24
1.2.5. <i>¿Han cambiado los TCA a lo largo de los años?</i>	25
1.2.6. <i>Curso del tratamiento y pronóstico</i>	25
1.2.7. <i>Resumen</i>	26
2. DESARROLLO DEL EDI-3	27
2.1. Objetivos y procedimientos de la revisión.....	27
2.2. Los orígenes del EDI: El modelo continuo de los trastornos de la conducta alimentaria	28
2.3. Desarrollo del EDI y del EDI-2: Validez de contenido	30
2.3.1. <i>Selección de los ítems: análisis de los ítems y consistencia interna</i>	31
2.3.2. <i>Evaluación de la validez de las escalas</i>	31
2.4. Desarrollo del EDI-3: ítems y escalas	31
2.5. Reorganización de las escalas del EDI-3.....	32
2.5.1. <i>Descripción y contenido de las escalas e índices del EDI-3</i>	32
2.5.2. <i>Escalas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria</i>	32
2.5.3. <i>Escalas psicológicas</i>	34
2.5.4. <i>Índices</i>	37
2.5.5. <i>Escalas de validez: indicadores de estilos de respuesta</i>	38
2.5.6. <i>Formato de puntuación</i>	42
3. NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN	45
3.1. Descripción general	45
3.2. Materiales	45
3.2.1. <i>Cuadernillo y hoja de respuestas autocorregible</i>	45
3.2.2. <i>Ejemplar autocorregible del EDI-3 RF</i>	45



3.2.3. EDI-3 SC.....	45
3.2.4. Hoja del perfil de las puntuaciones.....	45
3.3. Poblaciones adecuadas.....	45
3.3.1. Aplicación del EDI-3 en la evaluación clínica de los trastornos de la conducta alimentaria.....	46
3.3.2. Aplicaciones durante el proceso de tratamiento.....	46
3.3.3. Aplicaciones en entornos no clínicos.....	46
3.3.4. Aplicaciones en el campo de la investigación.....	46
3.4. Requisitos profesionales.....	47
3.5. Establecimiento de una buena relación con el sujeto evaluado y procedimiento general de aplicación.....	47
3.6. Normas de aplicación y corrección del EDI-3.....	48
3.6.1. Revisión del cuadernillo y de la hoja de respuestas.....	48
3.6.2. Cálculo de las puntuaciones de las escalas.....	48
3.6.3. Cálculo de los índices.....	52
3.6.4. Cálculo de las puntuaciones de las escalas de validez.....	55
3.6.5. Obtención del perfil de las puntuaciones del EDI-3.....	55
3.6.6. Sistema de corrección automática para aplicaciones colectivas.....	59
3.7. Normas de aplicación del EDI-3 SC.....	59
3.8. Normas de aplicación del EDI-3 RF.....	59
4. NORMAS DE INTERPRETACIÓN.....	61
4.1. Planteamiento general de la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	61
4.2. Visión general del proceso de interpretación.....	63
4.3. Factores que afectan significativamente a la interpretación de los resultados....	63
4.3.1. Motivación hacia el tratamiento.....	63
4.3.2. Consideraciones a tener en cuenta durante la interpretación del EDI-3...	64
4.3.3. Pautas para aumentar la motivación hacia la evaluación.....	64
4.4. Trastornos psicológicos secundarios a la pérdida de peso y a la inanición.....	65
4.5. Trastornos psicológicos secundarios a los patrones aberrantes de alimentación...	67
4.6. Estabilidad temporal de los constructos medidos por el EDI.....	67
4.7. Variación de los síntomas de los TCA en el tiempo.....	68
4.8. Panorámica general de los métodos de evaluación.....	68
4.8.1. Entrevista clínica.....	68
4.8.2. Entrevistas semiestructuradas.....	68
4.8.3. Medidas de autoinforme.....	69
4.8.4. Observación conductual y automonitorización.....	70
4.8.5. Medidas generales de psicopatología.....	70
4.9. Formato de la entrevista de evaluación.....	71
4.10. Peso corporal actual e historia de la evolución del peso.....	71
4.11. Preocupación excesiva por el peso y la figura.....	72
4.12. Dieta restrictiva, vómitos inducidos y otras conductas extremas para controlar el peso.....	72
4.13. Atracones.....	73
4.14. Complicaciones médicas de los TCA.....	74
4.15. Interpretación del perfil del EDI-3.....	75
4.15.1. Utilización de las pautas de interpretación y de las tablas de referencia...	75
4.15.2. Elección del baremo adecuado para interpretar las puntuaciones.....	76
4.15.3. Utilización del EDI-3 en poblaciones no clínicas.....	76
4.16. Pautas de interpretación de las escalas de riesgo y del índice Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.....	76

4.16.1. Escala Obsesión por la delgadez (DT).....	76
4.16.2. Escala Bulimia (B)	79
4.16.3. Escala Insatisfacción corporal (BD).....	81
4.16.4. Índice Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)	84
4.17. Pautas de interpretación de las escalas e índices psicológicos.....	86
4.17.1. Escala Baja autoestima (LSE).....	86
4.17.2. Escala Alienación personal (PA)	87
4.17.3. Índice Ineficacia (IC)	88
4.17.4. Escala Inseguridad interpersonal (II).....	90
4.17.5. Escala Desconfianza interpersonal (IA)	91
4.17.6. Índice Problemas interpersonales (IPC).....	92
4.17.7. Escala Déficits introceptivos (ID).....	94
4.17.8. Escala Desajuste emocional (ED).....	96
4.17.9. Índice Problemas afectivos (APC).....	98
4.17.10. Escala Perfeccionismo (P).....	100
4.17.11. Escala Ascetismo (A).....	103
4.17.12. Índice Exceso de control (OC)	104
4.17.13. Escala Miedo a la madurez (MF).....	106
4.17.14. Índice Desajuste psicológico general (GPMC).....	107
4.18. Indicadores del estilo de respuesta: escalas de validez	109
4.18.1. Escala Inconsistencia (IN)	109
4.18.2. Escala Infrecuencia (IF).....	109
4.18.3. Escala Impresión negativa (NI).....	109
4.19. Puntuaciones altas en todas las escalas (poca variación entre las escalas).....	109
4.20. Puntuaciones bajas en todas las escalas	109
4.21. Puntuaciones relativas en el perfil del sujeto	110
4.22. Casos ilustrativos.....	110
4.22.1. Caso 1: Miedo a la madurez psicobiológica durante la adolescencia ...	110
4.22.2. Caso 2: Bulimia nerviosa con antecedentes de abuso sexual y físico...	117
4.22.3. Caso 3: Ineficacia y desconfianza interpersonal en una mujer de 42 años.....	121
4.22.4. Caso 4: Trastorno por atracones en una mujer adulta.....	124
4.22.5. Caso 5: Anorexia nerviosa en un varón de 16 años	126
4.23. Screening de los trastornos de la conducta alimentaria.....	129
4.23.1. El screening frente a la búsqueda de casos.....	129
4.23.2. Screening de los trastornos de la conducta alimentaria en deportistas...	129
4.24. Resultados del tratamiento	131
4.24.1. Sensibilidad al cambio de los síntomas durante el tratamiento	132
4.24.2. Durabilidad del cambio.....	133
4.24.3. Comparación de resultados utilizando el EDI	134
4.24.4. Predictores de la respuesta al tratamiento	135
4.24.5. Perfeccionismo persistente después de la recuperación.....	137
4.24.6. Cambios en el EDI-3: pre- y postratamiento.....	137
5. TIPIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LOS BAREMOS	145
5.1. Descripción de las muestras de tipificación	145
5.1.1. Muestra clínica.....	145
5.1.2. Muestras no clínicas.....	148
5.2. Cálculo de las puntuaciones y construcción de los baremos.....	152
5.2.1. Obtención de las puntuaciones T de las escalas	152
5.2.2. Cálculo de las puntuaciones de los índices	152
5.2.3. Intervalos de confianza	152



6. FIABILIDAD.....	153
6.1. Consistencia interna	153
6.1.1. Consistencia interna en muestras clínicas	153
6.1.2. Consistencia interna en muestras no clínicas	154
6.2. Error Típico de medida (ETM) e intervalos de confianza (IC)	155
6.3. Estabilidad temporal: fiabilidad test-retest.....	156
6.4. Indicadores del estilo de respuesta: escalas de validez.....	157
6.4.1. Escala de Inconsistencia (IN)	158
6.4.2. Escala de Infrecuencia (IF).....	159
6.4.3. Escala de Impresión negativa (NI).....	160
7. VALIDEZ.....	163
7.1. Estructura interna	163
7.1.1. Relaciones entre escalas	163
7.1.2. Dimensionalidad. Análisis exploratorio de los ítems.....	164
7.1.3. Dimensionalidad. Análisis factorial confirmatorio de escalas.....	168
7.2. Comparación con muestras no clínicas	170
7.2.1. Diferencias entre varones y mujeres en la muestra no clínica	170
7.2.2. Diferencias entre las mujeres de la muestra clínica y de la muestra no clínica.....	173
7.3. Relación de las puntuaciones del EDI-3 con otras medidas específicas de trastornos de la conducta alimentaria	175
7.3.1. Correlaciones con el EDI-2	175
7.3.2. Correlaciones con el EAT-26.....	178
7.3.3. Correlaciones con el BULIT-R.....	179
7.4. Relación de las puntuaciones del EDI-3 con pruebas clínicas	179
7.4.1. Correlaciones con la RSES	179
7.4.2. Correlaciones con la CESD	179
7.4.3. Correlaciones con el DEBQ y con el SCL 90-R.....	180
7.5. Relación de las puntuaciones del EDI-3 con pruebas de personalidad	181
7.5.1. Correlaciones con el 16PF-APQ	181
7.5.2. Correlaciones con el MCMI-II.....	185
BIBLIOGRAFÍA.....	189
ANEXO A. Baremos para población clínica	203
ANEXO B. Baremos para población no clínica española.....	221
ANEXO C. Baremos para población no clínica mexicana	289
ANEXO D. EDI-3 SC.....	335

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Prólogo

Desde su aparición en 1983, el *Eating Disorder Inventory* (EDI) ha sido una de las pruebas más relevantes para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como demuestra su enorme difusión y uso en entornos clínicos y en proyectos de investigación. Esto ha sido debido a que, a diferencia de las pruebas de autoinforme disponibles en ese momento, no se centraba solo en la evaluación de los aspectos “centrales” de los TCA (como la presencia de atracones o de vómitos inducidos), sino que ampliaba considerablemente el foco de la evaluación para abarcar aquellos aspectos psicológicos que jugaban un papel específico en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. La inclusión de estos aspectos no solo suponía una innovación en la evaluación de los TCA, sino que reflejaba un cambio significativo en la forma de entender y abordar el manejo de los pacientes con estos trastornos. Los profesionales acogieron con entusiasmo esta nueva herramienta puesto que, frente a las extensas entrevistas clínicas, proporcionaba cuantiosa información sobre las características individuales de cada paciente en un tiempo mucho menor.

El elevado número de investigaciones que se realizaron utilizando el EDI permitió a los autores acumular una gran cantidad de información sobre su funcionamiento en diferentes contextos y grupos de pacientes, lo que unido a la necesidad de incorporar los importantes avances que se habían producido en el conocimiento de los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los TCA les hizo plantearse la necesidad de realizar una revisión del instrumento. En 1991 apareció la nueva versión, el EDI-2, que ampliaba los constructos psicológicos evaluados incorporando nuevas escalas e ítems y que superaba algunas de las limitaciones detectadas. Esta nueva versión contribuyó a consolidar al EDI como la prueba de referencia para evaluar los TCA en los EE.UU. y en un buen número de países, entre ellos España. La adaptación española del EDI-2 fue publicada en 1998 y tuvo una gran acogida por parte de los profesionales de la psicología y de la medicina, que la integraron rápidamente en su práctica clínica.

Esta nueva versión, el EDI-3, publicada originalmente en 2004, avanza aún más en la filosofía original del EDI. Mantiene los mismos ítems de la versión anterior (el EDI-2) pero incorpora una nueva estructura que se ajusta más congruentemente a los dominios y constructos psicológicos que las modernas teorías y los estudios empíricos han identificado como los más relevantes en el desarrollo, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas de los TCA. La depuración conceptual y la mejora de las propiedades psicométricas representan un avance sustancial en la evaluación psicológica de los TCA, puesto que ofrece a los profesionales nuevas escalas e índices clínicamente relevantes que permiten obtener perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación individualizada del tratamiento.

Además, en comparación con sus versiones anteriores, el EDI-3 incorpora dos novedades de gran interés. La primera de ellas es la inclusión de tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones o estilos de respuesta extraños o infrecuentes. No es raro que algunos pacientes respondan al cuestionario con desinterés, poca motivación o que directamente no quieran colaborar. Esta situación es difícil de detectar en muchas ocasiones y, en las que se detecta, es complicado valorar el grado de confianza que se puede depositar en las respuestas del sujeto. Las escalas de validez proporcionan un método objetivo de detectar y valorar la presencia de estos patrones y ayudará a los profesionales a determinar si es conveniente proceder a la interpretación de los resultados.

Otra novedad destacable es la incorporación del EDI-3-RF, un cuestionario de remisión que permite realizar un rápido *screening* de los sujetos en riesgo y que está especialmente indicado para su uso en centros educativos o centros de atención primaria. Es habitual que las primeras sospechas sobre la posible presencia de un TCA partan de los padres o de los profesores y que estos las trasladen a los orientadores de los centros educativos o a los médicos de atención primaria, quienes deben valorarlas y decidir qué acciones es necesario poner en marcha. En estos casos el EDI-3 RF será de gran ayuda puesto que incorpora un conjunto de reglas de decisión que, a partir de las escalas de riesgo del EDI-3 y varios datos críticos (IMC del sujeto, presencia de patrones de alimentación aberrantes, etc.), indican si es necesario derivar al sujeto a un servicio de atención especializada para descartar o confirmar la presencia de un TCA.



El proyecto que ahora culmina con la publicación de la adaptación española del EDI-3 ha sido fruto de más de tres años de trabajo y de la colaboración de muchas personas. La tipificación se ha realizado a partir de amplias muestras de pacientes con TCA y de sujetos no clínicos (sin TCA), y los estudios realizados han permitido obtener evidencias sobre su congruencia con la versión original y sobre su adecuada fiabilidad y validez. Es justo reconocer que este trabajo es la continuación de la labor realizada por los adaptadores españoles del EDI-2, Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos, quienes elaboraron la primera y excelente versión en español de los ítems.

Esperamos que los profesionales de habla española lo encuentren de utilidad en su práctica diaria y que el EDI-3 les facilite su difícil tarea. Sería nuestra máxima satisfacción.

Fernando Sánchez Sánchez
Dpto. de I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones

Madrid, diciembre de 2009

Ficha técnica

Nombre: EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Nombre original: EDI-3, *Eating Disorder Inventory-3*.

Autor: David M. Garner.

Procedencia: Psychological Assessment Resources, Inc. (2004).

Adaptación española: Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui, Fernando Sánchez Sánchez (2010).

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Muestras clínicas: de 12 años en adelante.
Muestras no clínicas: de 10 años en adelante.

Duración: Variable, aproximadamente 20 minutos.

Finalidad: Evaluación de 3 variables de riesgo y 9 variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

Baremación: Baremos españoles de población clínica y no clínica en puntuaciones T y percentiles. Baremos no clínicos para población mexicana. Baremos no clínicos para la versión en euskera.

Material: Manual, cuadernillo con los ítems (versión en castellano y en euskera), hoja de respuestas autocorregible, hoja del perfil de las puntuaciones, manual del EDI-3 RF, ejemplar autocorregible del EDI-3 RF.

1. Introducción

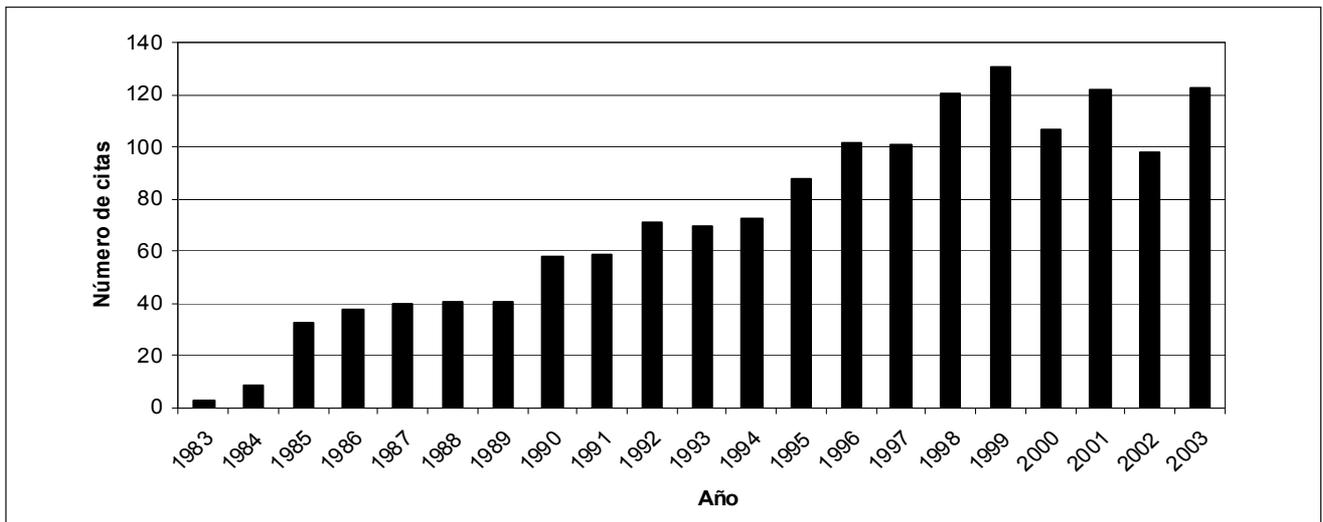
1.1. Visión general del EDI-3

El *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3* (EDI-3) es una revisión de la medida de autoinforme más ampliamente utilizada para evaluar los rasgos y constructos psicológicos que se han mostrado clínicamente más relevantes en personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El EDI-3 es una medida estandarizada de fácil aplicación que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria. Es también un valioso instrumento para la investigación, proporcionando una evaluación de las áreas psicopatológicas de interés para contrastar formulaciones teóricas, para la identificación de subgrupos significativos de pacientes o para la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

Como se muestra en la figura 1.1, desde su publicación original en 1983, el número de citas biblio-

gráficas que hacen referencia al EDI ha crecido sustancialmente. El EDI-3 es una revisión del primer conjunto de ítems de la versión original, utilizada durante más de 20 años (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), y de los ítems introducidos en la versión de 1991 (EDI-2; Garner, 1991), que han sido conservados para que los clínicos y los investigadores puedan comparar los datos obtenidos previamente con los obtenidos con la nueva versión revisada: el EDI-3. Al mismo tiempo, el EDI-3 ha sido mejorado significativamente para incorporar escalas que se ajustan más congruentemente a los dominios y constructos psicológicos que las modernas teorías han identificado como los más relevantes en la etiología, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas de los TCA. La depuración conceptual y la mejora de las propiedades psicométricas del EDI-3 representan un avance sustancial en la evaluación psicológica de los TCA.

Figura 1.1. Número de citas bibliográficas que hacen referencia al EDI



Aunque el EDI-3 se diseñó inicialmente para la evaluación de sujetos mayores de 12 años, el conjunto de ítems también ha sido utilizado en sujetos de 10 años en adelante. El EDI-3 está compuesto por los mismos 91 ítems del EDI-2, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son alta-

mente relevantes para, pero no específicas de, los TCA. También proporciona 6 índices o puntuaciones compuestas: uno específico de los TCA (Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general).



En la tabla 1.1 se muestran los seis índices del EDI-3 y las escalas de las que se derivan. Algunas de las escalas no han sufrido ningún cambio respecto al EDI o al EDI-2, otras son de nueva creación y otras han sido depuradas para mejorar las propiedades psicométricas y el contenido conceptual de las mismas y del instrumento en su conjunto. La tabla 1.2 muestra las escalas del EDI-3 y las subescalas del EDI-2

para facilitar la comparación e ilustrar el grado de solapamiento entre los dos instrumentos. Además de las escalas e índices principales, el EDI-3 incorpora tres escalas de validez que permiten detectar patrones de respuesta inconsistentes o extraños que deberían suscitar la sospecha del examinador sobre la validez de los resultados. Estas escalas son: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa.

Tabla 1.1. Escalas e índices del EDI-3

Escala	Índice
Obsesión por la delgadez (DT) Bulimia (B) Insatisfacción corporal (BD)	Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Baja autoestima (LSE) Alienación personal (PA)	Ineficacia (IC)
Inseguridad interpersonal (II) Desconfianza interpersonal (IA)	Problemas interpersonales (IPC)
Déficits introceptivos (ID) Desajuste emocional (ED)	Problemas afectivos (APC)
Perfeccionismo (P) Ascetismo (A)	Exceso de control (OC)
Baja autoestima (LSE) Alienación personal (PA) Inseguridad interpersonal (II) Desconfianza interpersonal (IA) Déficits introceptivos (ID) Desajuste emocional (ED) Perfeccionismo (P) Ascetismo (A) Miedo a la madurez (MF)	Desajuste psicológico general (GPMC)

La revisión del EDI-3 está basada en los datos obtenidos en una amplia muestra clínica de pacientes con TCA procedentes de varios centros de tratamiento de los EE.UU., Canadá, Europa y Australia. En la adaptación española se han replicado varios de los estudios realizados sobre la nueva estructura del EDI-3 y se han creado nuevos baremos a partir de una muestra clínica procedente de diversos centros de España y de una muestra de control (no clínica) procedente de España y México.

1.1.1. Resumen de los principales aspectos del EDI-3

- Proporciona una evaluación de los dominios psicológicos conceptualmente más relevantes para la comprensión y tratamiento de los TCA.

- Es de fácil aplicación y corrección, y proporciona puntuaciones independientes de 12 escalas y de 6 seis índices que pueden ser empleadas para obtener el perfil clínico de los pacientes. Los perfiles pueden emplearse para planificar el tratamiento, para identificar las áreas específicas de intervención y valorar la respuesta al tratamiento.
- Se ha diseñado tanto para aplicaciones clínicas como para su uso en la investigación.
- El extenso manual para el profesional proporciona una revisión de las propiedades psicométricas del EDI-3 y una revisión de la literatura más relevante sobre el uso del EDI-3 en el campo de los TCA.

- La nueva y simplificada hoja de perfil de las puntuaciones permite representar fácilmente los resultados (puntuaciones T y percentiles) e incluye información sobre los grupos de comparación que permite visualizar e interpretar rápidamente el perfil clínico del paciente.
- Se incluyen unas guías clínicas de interpretación con ejemplos prácticos.
- Se ha empleado una amplia muestra clínica procedente de varios centros de España dividida en cuatro grupos clínicos diferentes para la tipificación.
- Dispone de amplias muestras no clínicas de comparación procedentes de España y México.
- Diferencia a los grupos clínicos y no clínicos.
- Los datos del EDI-3 se pueden aplicar para el diseño, gestión y control de los programas de atención e intervención.

1.1.2. Otros aspectos adicionales del EDI-3

- El EDI-3 introduce un sistema de puntuación mejorado de 0 a 4 puntos que mantiene la integridad conceptual del sistema original, pero que mejora la fiabilidad de algunas escalas y proporciona un rango de puntuaciones más amplio.
- El EDI-3 RF es un cuestionario de remisión que puede ser aplicado en las escuelas, institutos, centros deportivos y otros contextos no clínicos para ayudar a decidir si una persona debe ser derivada a un profesional para realizar una evaluación más extensa que permita confirmar o descartar la presencia de un posible TCA.

Tabla 1.2. Diferencias entre el EDI-2 y el EDI-3

Subescalas del EDI-2	Escalas / índices del EDI-3	Diferencias
Obsesión por la delgadez (DT)	Escalas de riesgo de TCA Obsesión por la delgadez (DT)	Ninguna
Bulimia (B)	Bulimia (B)	1 ítem de IA
Insatisfacción corporal (BD)	Insatisfacción corporal (BD)	1 ítem de IA
Ineficacia (I)	Escalas psicológicas Baja autoestima (LSE)	5 ítems de I
Inseguridad social (SI) ^a	Alienación personal (PA)	4 ítems de I; 3 ítems de SI
Desconfianza interpersonal (ID)	Inseguridad interpersonal (II)	4 ítems de ID; 3 ítems de SI
Conciencia introceptiva (IA)	Desconfianza interpersonal (IA)	3 ítems de ID; 3 ítems de IR; 1 ítem de SI
Regulación de impulsos (IR) ^a	Déficits introceptivos (ID)	8 ítems de IA; 1 ítems de IR
Perfeccionismo (P)	Desajuste emocional (ED)	8 ítems de IR
Ascetismo (A) ^a	Perfeccionismo (P)	Ninguna
Miedo a la madurez (MF)	Ascetismo (A)	7 ítems de A
	Miedo a la madurez (MF)	Ninguna
	Índices^b Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)	
	Ineficacia (IC)	
	Problemas interpersonales (IPC)	
	Problemas afectivos (APC)	
	Exceso de control (OC)	
	Desajuste psicológico general (GPMC)	
	Escalas de validez (Indicadores del estilo de respuesta)^b Inconsistencia (I)	
	Infrecuencia (IF)	
	Impresión negativa (NI)	

Nota: El ítem 71 del EDI-2 se ha incluido en el EDI-3 pero no se utiliza para calcular ninguna escala.

(a) Estas escalas no estaban incluidas en la versión original del EDI.

(b) Los índices y las escalas de validez (estilo de respuesta) son una novedad del EDI-3.



- El EDI-3 SC es un listado de síntomas que facilita la recogida sistemática de datos y ayuda a determinar si los sujetos cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Text Revised*; APA, 2000).

1.1.3. EDI-3 SC

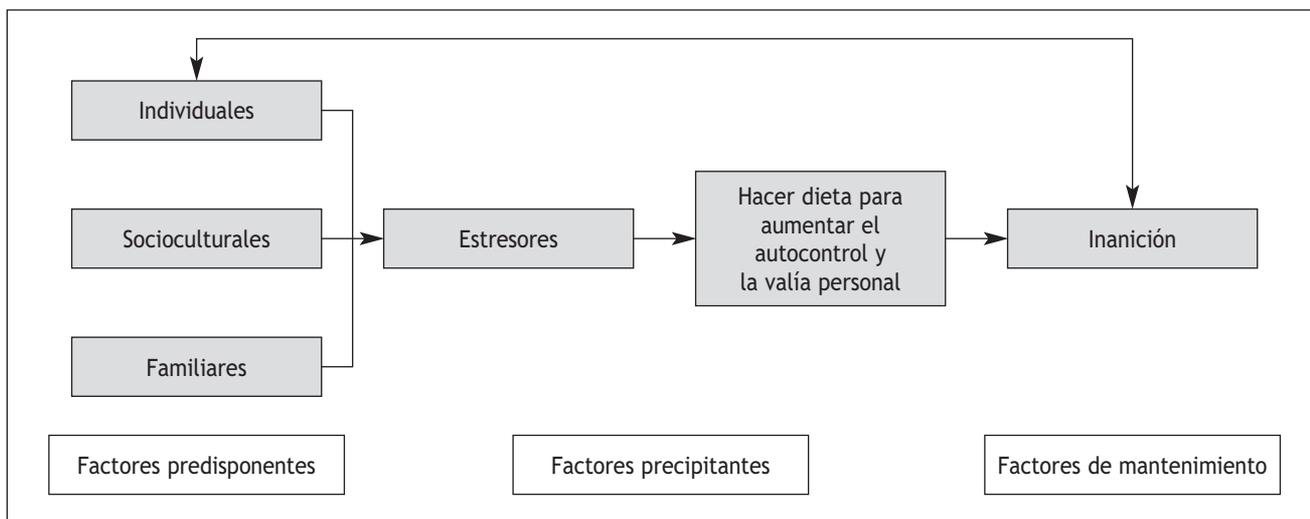
El EDI-3 SC es un cuestionario independiente que contiene un listado de síntomas que puede responder el propio sujeto o puede ser aplicado por el examinador en forma de entrevista. Este cuestionario estructurado, fácil de responder, proporciona información sobre la frecuencia de los síntomas (atracones, vómitos autoinducidos, patrones del ejercicio físico, uso de laxantes, píldoras adelgazantes o diuréticos) así como respecto a su historial de peso o menstruaciones. La detallada información que el EDI-3 SC proporciona sobre los síntomas y áreas psicológicas evaluadas es necesaria para establecer si el sujeto cumple los criterios diagnósticos

formales para un trastorno de la conducta alimentaria. El EDI-3 SC se incluye en el anexo D de este manual y puede fotocopiar libremente con el permiso concedido expresamente por TEA Ediciones reflejado al pie de dicho documento.

1.1.4. EDI-3 RF

El EDI-3 RF es el cuestionario breve de remisión del EDI-3 e incluye las tres escalas que componen el índice Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC) (Obsesión por la delgadez [DT], Insatisfacción corporal [BD] y Bulimia [B]). Además de los 25 ítems del EDI-3 incluidos, este breve autoinforme incluye varias cuestiones sobre síntomas conductuales que son usadas para identificar sujetos con riesgo potencial de desarrollar un TCA u otras patologías. Los criterios de remisión están basados en la información de los elementos del EDI-3 y en el índice de masa corporal (IMC) del sujeto, y se usan para identificar a aquellas personas que están en riesgo de desarrollar algún TCA.

Figura 1.2. Los trastornos de la conducta alimentaria como resultado de tres clases de factores de riesgo⁽¹⁾



(1) Tomada de "Pathogenesis of Anorexia Nervosa" By D.M. Garner, 1993, *The lancet*, 341, p.1632. Copyright 1993 by Elsevier.

1.1.5. Enfoque del EDI-3

El objetivo del EDI-3 **no es proporcionar un diagnóstico de TCA**, sino ofrecer una medida de los rasgos psicológicos y de las agrupaciones de síntomas relevantes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA. El perfil psicológico ofrecido por el EDI-3 es una valiosa fuente de información para generar y confirmar hipótesis e impresiones clínicas que van más allá del simple diagnóstico. También es

una herramienta útil para planificar el tratamiento y valorar su eficacia en aspectos psicológicos claves.

Los diferentes subgrupos diagnósticos de los TCA están basados fundamentalmente en el peso corporal y en los síntomas conductuales, como darse atracones o inducirse el vómito. No obstante, la destacable heterogeneidad de las características psicológicas dentro de cada subgrupo (Garner, Garner y Rosen, 1993) subraya la utilidad clínica de

evaluar un amplio espectro de variables psicosociales en los pacientes. Es precisamente esta variabilidad en la presentación de los síntomas el punto clave conceptual del EDI-3. Para comprender mejor las aplicaciones del EDI-3 será útil revisar algunos principios básicos relacionados con la conceptualización y clasificación de los TCA.

El objetivo del EDI-3 es proporcionar una medida comprensiva de la presencia e intensidad de los rasgos psicológicos o agrupaciones de síntomas que son clínicamente relevantes en el marco de una evaluación extensa de los sujetos con TCA. Este enfoque comprensivo es consistente con una conceptualización de los TCA como multideterminados y de naturaleza heterogénea (Garner, 1993a; Garner y Garfinkel, 1980). De este modo, y como se muestra en la figura 1.2, de la interacción de tres amplios grupos de factores de riesgo surgen varias vías que tienen un desenlace común: los TCA.

Los factores de riesgo culturales (o sociales), individuales (p. ej., psicológicos, biológicos o del desarrollo) y familiares, combinándose de diferentes maneras, pueden conducir al desarrollo de los TCA (los factores de riesgo se discutirán con más detalle en el capítulo 4). Algunos de los factores predisponentes más importantes son: (a) ser mujer; (b) vivir en una sociedad occidental; (c) ser adolescente o adulto joven; (d) tener baja autoestima; (e) ser perfeccionista; (f) tener o haber tenido depresión y (g) tener antecedentes en la historia familiar de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, obesidad, depresión o abuso de sustancias. Los factores precipitantes más relevantes son (a) hacer dieta para perder peso; (b) tener presiones laborales o sociales para estar delgado; (c) recibir comentarios críticos sobre el peso o la figura y (d) haber sufrido abusos sexuales. Los factores de mantenimiento claves son los efectos psicológicos, emocionales y físicos de la inanición.

1.2. Los trastornos de la conducta alimentaria

A pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria han formado parte de la nomenclatura psiquiátrica desde hace muchos años, ha sido durante las últimas tres décadas cuando estos trastornos han suscitado un amplio interés en la Psicología, la Psiquiatría y en las disciplinas afines (Theander, 2004). Una de las razones que ha motivado este creciente interés ha sido el importante impacto que estos trastornos tienen en la salud de los sujetos que los padecen. Se estima que la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en las mujeres de 15 a 19 años (Lucas, Beard, O Fallon y Kurlan, 1991). Está asociada con graves complicaciones médicas (Sharp y Freeman, 1993) y sus tasas de mortalidad son doce veces superiores a las de cualquier otra causa de muerte entre las mujeres de 15 a 24 años (Sullivan, 1995). La tasa de mortalidad de la bulimia nerviosa es mucho menor, pero aún así sigue siendo muy importante (Keel, Mitchell, Davis y Crow, 2002; Nielsen, 2003).

1.2.1. Diagnóstico y definición de los subtipos de TCA: Utilidad del EDI-3

En el campo de los trastornos mentales, los sistemas diagnósticos y de clasificación más extendi-

dos y aceptados son el DSM-IV TR y la *Clasificación de los trastornos mentales y conductuales* de la CIE-10 (*Classification of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*; Organización mundial de la salud, 1992). Ambos han definido los dos trastornos de la conducta alimentaria más importantes: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) y han incluido una categoría que agrupa a un conjunto diverso de pacientes bajo la denominación de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Los pacientes con AN se dividen en dos subtipos: el patrón restrictivo (AN-R) y el patrón compulsivo / purgativo (AN-P). Los criterios diagnósticos de los dos TCA principales y del TCANE se discuten en el capítulo 4.

La presencia de ciertos síntomas o perfiles comunes en los subgrupos de pacientes a veces se ha utilizado para generalizar estas características a todo el grupo en vez de para subrayar las destacadas similitudes entre los distintos subgrupos en un amplio rango de variables demográficas, clínicas y psicológicas. Por ejemplo, los pacientes con patrones de atracón / purga (tanto con AN como con BN) se suelen describir como impulsivos, con más disfunciones sexuales y sociales, con mayor abuso de sustancias y dificultad general para controlar los

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

3. Normas de aplicación y corrección

3.1. Descripción general

Además del cuadernillo del EDI-3, que contiene los 64 ítems originales del EDI y los ítems de las subescalas provisionales del EDI-2, y del cuadernillo EDI-3 SC, que tiene los mismos ítems que el EDI-2 SC, se ha desarrollado un nuevo cuestionario de remisión: el EDI-3 RF. Este capítulo con-

tiene información sobre algunos aspectos a tener en cuenta durante la evaluación y sobre la forma de aplicación y puntuación del EDI-3 y del EDI-3 SC. El EDI-3 RF tiene un manual propio que contiene las normas de aplicación, corrección e interpretación de los resultados.

3.2. Materiales

3.2.1. Cuadernillo y hoja de respuestas autocorregible

Para aplicar y puntuar el EDI-3 es necesario disponer del cuadernillo y de la hoja de respuestas del mismo. El cuadernillo contiene los 91 ítems del EDI-3 y es reutilizable (no fungible), por lo que se debe insistir al sujeto que no anote nada en él. La hoja de respuestas autocorregible es utilizada por el sujeto evaluado para anotar sus contestaciones a cada uno de los ítems. Al retirar el trepado lateral de la hoja de respuestas aparecerán la *hoja de corrección* y la *hoja resumen de puntuaciones* que permiten al examinador calcular las puntuaciones directas, las puntuaciones T, los percentiles correspondientes y las puntuaciones de las escalas de validez.

3.2.2. Ejemplar autocorregible del EDI-3 RF

El EDI-3 RF fue diseñado como un cuestionario de remisión para ayudar en la identificación de sujetos que pueden estar en riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria. El cuestionario de remisión es un ejemplar autocorregible, no reutilizable, que contiene la *hoja de respuestas*, la *hoja de corrección* y la *hoja de remisión*. La hoja de respuestas incluye 2 secciones, parte A y parte B, con un total de 39 ítems o preguntas. La hoja de corrección y la hoja de remisión se usan para determinar si se cumplen los criterios de remisión. La última pá-

gina del formulario contiene una tabla para calcular el índice de masa corporal (IMC) del sujeto.

3.2.3. EDI-3 SC

El EDI-3 SC fue desarrollado como un listado de síntomas para ser usado en entornos clínicos y en otros contextos en los que sea necesario disponer de información sobre la presencia y frecuencia de síntomas específicos. El EDI-3 SC está compuesto por 4 páginas que contienen preguntas sobre diferentes conductas (atracones, vómitos, etc.) agrupadas en 9 secciones (encontrará el EDI-3 SC en el anexo D de este manual de donde podrá fotocopiarlo cuando se considere necesario).

3.2.4. Hoja del perfil de las puntuaciones

Esta hoja permite representar gráficamente las puntuaciones de las diferentes escalas e índices del EDI-3 (tanto en puntuaciones T como en percentiles), lo que facilita la interpretación de las mismas.

Antes de utilizar alguno de los materiales del EDI-3 es importante que el examinador se familiarice con la información que contiene este capítulo. Específicamente, el examinador debe tener un minucioso conocimiento de las características psicométricas del EDI-3, de su adecuado uso y aplicaciones en la práctica clínica y en la investigación y de sus limitaciones.

3.3. Poblaciones adecuadas

El EDI-3 se ha desarrollado para ayudar en la evaluación clínica de los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria. El EDI-3 proporciona baremos para mujeres de 12 a 50 años. Todos los protocolos

de evaluación utilizados para construir los baremos se obtuvieron de centros ambulatorios u hospitalarios. Se proporcionan baremos para los siguientes grupos diagnósticos: (a) Anorexia nerviosa subtipo



restrictivo (AN-R); (b) Anorexia nerviosa subtipo purgativo (AN-P); (c) Bulimia nerviosa (BN) y (d) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Cuando se aplique el EDI-3 a sujetos cuya primera lengua no sea el español, el examinador debe proceder con cautela. Las respuestas de estos sujetos pueden no tener la suficiente validez debido a las diferencias lingüísticas o culturales y deben ser revisadas para asegurar que el sujeto ha comprendido adecuadamente cada uno de los ítems antes de proceder a la corrección e interpretación de los resultados.

3.3.1. Aplicación del EDI-3 en la evaluación clínica de los trastornos de la conducta alimentaria

El EDI-3 ha sido desarrollado y baremado para su uso en la evaluación clínica de pacientes con TCA. Como herramienta de evaluación clínica, el EDI-3 ha sido diseñado para proporcionar información útil que ayude a comprender al paciente, a planificar el tratamiento y a evaluar sus progresos. Proporciona un perfil individual del sujeto que puede ser comparado con muestras de pacientes con TCA. Este tipo de información es particularmente relevante para abordar los casos individuales puesto que, como es comúnmente aceptado, este tipo de pacientes presenta marcadas diferencias en las dimensiones psicológicas evaluadas por el EDI-3. Además, si se aplica en varias ocasiones, el EDI-3 puede proporcionar valiosa información sobre el estado clínico del paciente y su respuesta al tratamiento. Aunque proporcione información relevante sobre muchos aspectos es necesario recordar que el EDI-3 no ha sido diseñado para proporcionar una evaluación exhaustiva de toda la psicopatología asociada a los TCA.

Originalmente el EDI fue diseñado y tipificado para su uso clínico en sujetos de 18 y más años y se disponía de poca información acerca de sus propiedades psicométricas en pacientes con TCA más jóvenes. El EDI-3 es la primera versión del instrumento que incluye en la muestra de tipificación a adolescentes con TCA. En esta muestra, el grupo de sujetos más jóvenes (preadolescentes) es relativamente pequeño, por lo que es necesario ser cautelosos al interpretar las puntuaciones de los pacientes menores de 14 años (ver la distribución por edad de la muestra clínica de la adaptación española en el capítulo 5).

3.3.2. Aplicaciones durante el proceso de tratamiento

El EDI-3 puede utilizarse para obtener valiosa información que ayude a comprender globalmente el caso y a planificar el tratamiento. Por ejemplo, puede que un terapeuta deba estar particularmente atento a las dificultades que pueden surgir durante el establecimiento de una relación terapéutica sólida y de confianza con una paciente que tiene unas puntuaciones altas en las escalas Alienación personal y Desajuste emocional. Un paciente con este perfil presenta un mayor riesgo de iniciar comportamientos impulsivos y poco cooperativos que pueden provocar una finalización prematura del tratamiento. Al inicio del mismo, puede ser de utilidad compartir con el paciente los resultados del perfil del EDI-3 para facilitar su participación en la planificación de la terapia. Algunos pacientes con TCA comienzan el tratamiento terapéutico con poca motivación hacia el cambio. Solicitar al paciente que participe en la revisión y discusión de sus resultados puede ser una forma poco amenazante de involucrarle en el proceso de identificación de áreas problemáticas.

3.3.3. Aplicaciones en entornos no clínicos

Normalmente, cuando se desea evaluar a poblaciones no clínicas (p. ej., en la escuela, en centros deportivos u otros entornos) para tratar de identificar a los sujetos en riesgo o con sintomatología de TCA no diagnosticada es preferible aplicar el EDI-3 RF. El EDI-3 RF es una forma eficiente de identificar sujetos que pueden estar en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y ha sido diseñado para que pueda usarse sin dificultades por parte de profesores, entrenadores, etc.

Cuando se decida utilizar el EDI-3, en vez del EDI-3 RF, en entornos no clínicos el profesional deberá utilizar los baremos correspondientes para población no clínica.

3.3.4. Aplicaciones en el campo de la investigación

El EDI-3 tiene diferentes aplicaciones de utilidad en la investigación. Proporciona una información descriptiva que permite comparar las muestras obtenidas en diferentes estudios. Ha sido utilizado como medida para evaluar los resultados y como in-

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

4. Normas de interpretación

4.1. Planteamiento general de la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria

El foco de la evaluación depende del marco conceptual que se utilice para comprender y tratar los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El marco más aceptado en la actualidad para comprender los factores que contribuyen al desarrollo de los TCA es un modelo conceptual amplio basado en los “factores de riesgo”. La mayoría de las investigaciones sobre los TCA han adoptado este enfoque de factores de riesgo, tratando de identificar aquellos que desencadenan o ayudan a mantener estos trastornos (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Garfinkel, 1980). Alguno de los factores predisponentes o de riesgo han recibido un sólido apoyo empírico, mientras que otros solo disponen de un apoyo parcial procedente de estudios retrospectivos o transversales (Engstrom y Norring, 2002; Fairburn y Harrison, 2003; Fichter, Quadflieg y Rehm, 2003; Garner, 1993a; Ghaderi, 2003; Jacobi, Hayward, de Zwann,

Kraemer y Agras, 2004; Steiner *et al.*, 2003; Stice *et al.*, 1999). En su conjunto, los modelos actuales adolecen de una falta de precisión en la especificación de la contribución relativa de cada uno de los factores y de sus interacciones. No obstante, los cada vez mejores instrumentos de evaluación de los que se dispone, los mayores tamaños muestrales utilizados en los estudios y los cada vez más potentes métodos analíticos (p. ej., modelos de ecuaciones estructurales, técnicas multivariantes, diseños longitudinales...) han comenzado a proporcionar evidencia convergente sobre la contribución de ciertos factores de riesgo y sobre su papel en los resultados de los tratamientos. En la tabla 4.1 se resumen los principales factores predisponentes, precipitantes o mantenedores que han recibido más apoyo empírico junto con el cuestionario, escala o índices del EDI-3 que los evalúan.

Tabla 4.1. Principales factores de riesgo de los TCA identificados

Factores de riesgo	Contribución / Potencia (1)	Cuestionario, escala o índice del EDI-3 que lo evalúa
Socioculturales		
Vivir en una sociedad occidental	Alta	
Deportes que enfatizan la delgadez	Alta	
Individuales / psicológicos		
Sexo femenino	Alta	Cuestionario: EDI-3 SC
Orientación sexual	Baja	
Etnia	Media	Cuestionario: EDI-3 SC
Dieta restrictiva	Alta	Cuestionario: EDI-3 SC
		Escala: Obsesión por la delgadez
		Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Peso corporal premórbido alto	Bajo	Cuestionario: EDI-3 SC
Insatisfacción corporal y preocupación por el peso	Alta	Escala: Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal
		Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Altos niveles de ejercicio físico	Media	Cuestionario: EDI-3 SC
Baja autoestima y sentimientos de ineficacia	Alta	Escala: Baja autoestima y Desconfianza interpersonal
		Índice: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Afecto negativo	Baja	
Perfeccionismo	Media	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo
		Índice: Exceso de control (OC)



Tabla 4.1. Principales factores de riesgo de los TCA identificados (continuación)

Factores de riesgo	Contribución / Potencia (1)	Cuestionario, escala o índice del EDI-3 que lo evalúa
Trastorno obsesivo compulsivo	Media	
Trastornos de ansiedad	Media	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Baja conciencia introceptiva	Media	Escala: Déficits introceptivos Índice: Problemas afectivos (APC)
Estilo de comunicación evitativo	Baja	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Miedo a la madurez psicobiológica	Baja	Escala: Miedo a la madurez
Abuso de alcohol o de drogas	Baja	Escala: Desajuste emocional Índice: Problemas afectivos (APC) Conjunto de ítems: Riesgo de abuso de sustancias
Problemas de control de impulsos	Baja	Escala: Desajuste emocional Índice: Problemas afectivos (APC)
Bajo apoyo social percibido	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Factores genéticos	Alta	
Factores de desarrollo		
Problemas de alimentación en la infancia	Baja	
Nacimiento prematuro o complicaciones durante el embarazo	Baja	
Problemas de ansiedad durante la infancia	Baja	Escala: Perfeccionismo, Ascetismo Índice: Exceso de control (OC)
Obesidad infantil	Baja	Cuestionario: EDI-3 SC
Pubertad temprana	Baja	Cuestionario: EDI-3 SC Escala: Miedo a la madurez
Adolescencia	Alta	
Eventos vitales adversos		
Maltrato físico o abandono	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Abuso sexual	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Acoso escolar	Media	Escala: Inseguridad interpersonal, Alienación personal Índice: Problemas interpersonales (IPC)
Enfermedades físicas	Baja	
Pérdida de peso durante la adolescencia	Media	
Factores relacionados con los padres		
Obesidad	Baja	
Hacer dieta	Media	
Madre con trastornos de la conducta alimentaria	Alta	
Comentarios críticos sobre el peso	Media	Conjunto de ítems: Perfeccionismo socialmente impuesto
Altos niveles de ejercicio físico	Baja	
Altas expectativas de ejecución y logro	Baja	Conjunto de ítems: Perfeccionismo socialmente impuesto
Sobreprotección y supervigilancia	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Depresión	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Poco contacto / abandono / conflictos	Baja	Escala: Inseguridad interpersonal
Uso o abuso de sustancias	Baja	

(1) Estimación basada en los datos publicados por: Fairburn y Harrison (2003); Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer y Agras (2004); Ricciardelli y McCabe (2004); Stice (2002).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



4.21. Puntuaciones relativas en el perfil del sujeto

La evaluación inicial con el EDI-3 debe formar parte de la evaluación clínica y psicométrica básica. En la mayoría de los casos, la interpretación de las puntuaciones del EDI-3 es consistente con la experiencia subjetiva del sujeto, así como con los datos procedentes de otras fuentes. Además de la interpretación de las puntuaciones T y percentiles de cada una de las escalas del EDI-3 es habitual usar las puntuaciones directas de las escalas para comparar los grupos de referencia clínico y no clínico. Otra forma de enriquecer la interpretación del perfil del EDI-3 es analizar las puntuaciones de las diferentes escalas en términos relativos, es decir, analizando los “picos” y los “valles” del perfil. Esta forma de interpretar las puntuaciones proporciona

al clínico una información de gran utilidad que le permite identificar rápidamente las posibles áreas sensibles o de mayor relevancia y aquellas que no lo son. Por ejemplo, un paciente con TCA puede tener unas puntuaciones muy bajas (por debajo del percentil 10 en todas las escalas excepto en las escala DT y LSE, que se sitúan en el percentil 35). El patrón general de puntuaciones bajas muestra la tendencia “general” del perfil del sujeto, pero las puntuaciones elevadas en dos áreas indica que el sujeto presenta preocupaciones relacionadas con los aspectos evaluados por ellas, y que son mayores de las que se esperaría al compararlo con otros pacientes con TCA (comparándolo con el grupo clínico correspondiente).

4.22. Casos ilustrativos

4.22.1. Caso 1: Miedo a la madurez psicobiológica durante la adolescencia

Cuando Cristina fue remitida por primera vez a un centro especializado para recibir tratamiento tenía 13 años y cursaba el primer curso de la ESO. Medía 1,50 centímetros y pesaba 36 kilos. Había perdido aproximadamente 11 kilos durante los 4 meses anteriores y, a pesar de la preocupación de su pediatra y de las súplicas de sus padres, se negó a recuperar el peso perdido. También parecía que Cristina había comenzado a desarrollar algunos problemas emocionales. Su madre, preocupada, había acudido en busca de ayuda profesional a los servicios sanitarios correspondientes hasta que se le remitió a un servicio de psiquiatría.

Al entrevistar a su madre, ella creía que la preocupación de Cristina por su peso comenzó unos seis meses antes, después de un examen físico rutinario en la escuela. Cristina comprobó que había experimentado un aumento de peso notable respecto del año anterior y se disgustó al comprobar que pesaba casi 47 kilos. Ella contó a su madre, entre llantos, que el resto de las chicas pesaban menos de 45 kilos y que los chicos se habían medido con ella por su peso. Su madre la consoló y le aseguró que era normal: “simplemente estaba creciendo” y si seguía una dieta adecuada y hacía

el suficiente ejercicio no tenía que preocuparse por eso.

Esto pareció tranquilizar a Cristina, pero poco a poco comenzó a prestar cada vez más atención a la dieta, al ejercicio físico y a la salud. Además de participar en el equipo femenino de baloncesto comenzó a salir a correr y a utilizar el vídeo de aeróbic de su madre a diario. También comenzó a leer con gran atención las etiquetas de los alimentos y a preguntar a su madre por recetas que tuvieran bajo contenido en grasa para así poder reducir su ingesta. Su madre consideró esto como un paso positivo, puesto que no deseaba que su hija se pusiera gorda. Cristina tuvo que abandonar el equipo de baloncesto debido a una lesión en un dedo de la mano que la impedía jugar. A raíz de esto comenzó a realizar otro tipo de ejercicio físico, como subir escaleras y saltar con ambos pies en un lugar fijo, alegando que se estaba preparando para el inicio de la temporada de voleibol. Cuando se realizó la evaluación de Cristina ella tomaba solo una pequeña porción de la cena familiar, a pesar de que se le ofrecían y preparaban sus platos favoritos. Su madre se quedó muy impactada al comprobar lo delgada que estaba Cristina una mañana que la vio en ropa interior. Inmediatamente la llevó al médico, que documentó que pesaba 36 kilos.

Una revisión del historial médico de Cristina puso de manifiesto que había estado sana durante

todo su desarrollo, que había mostrado una progresión normal a lo largo de la curva de crecimiento y que había comenzado a desarrollar el pecho durante el verano, a pesar de que aún no había producido la menarquia. No había presentado fuertes preferencias, rechazos o intolerancias por ciertos tipos de alimentos antes del inicio de la pérdida de peso.

Su madre relató que Cristina siempre había sido una chica amigable, responsable y con buen carácter, pero ahora se mostraba irritable y se enzarzaba frecuentemente en discusiones o estallaba en llantos. Había comenzado a decir que sus amigos eran unos “pijos” y dejó bruscamente de hacer y recibir llamadas de teléfono. Cristina pasaba todo el tiempo sola en su cuarto, estudiando, haciendo ejercicio y mirándose en el espejo. Se pesaba varias veces al día en el cuarto de baño y cuando veía la televisión en el salón permanecía de pie. Sus notas continuaban siendo excelentes, aunque se mostraba muy ansiosa con las tareas escolares que debía hacer en casa y dedicaba horas y horas a revisar y corregir una y otra vez los deberes. No se disponía de ninguna evidencia que hiciera pensar que usaba laxantes o que vomitaba tras las comidas.

En el momento de la evaluación, Cristina era una chica pálida, muy delgada y con el pelo seco y rizado. Llevaba unas mallas debajo de sus pantalones de deporte y una camiseta de cuello alto con dos sudaderas encima. No dejaba de mover las piernas de arriba a abajo y cuando se la preguntó por qué lo hacía ella respondió que trataba de “eliminar grasa”. Se mostraba en alerta y no dejaba de escudriñar la habitación, pero evitaba el contacto ocular directo. Hablaba de forma clara, coherente y enérgica. Afirmaba que era la única persona sana de la familia, lo que atribuía a su dieta baja en grasas y a su rutina de ejercicios diarios, y citaba como evidencia los excelentes resultados de las pruebas de laboratorio que le había hecho el doctor. Cristina relataba que seis meses antes había decidido pesar menos de 45 kilos, pero que cuando alcanzó ese objetivo se dio cuenta de que era mejor pesar 43 kilos, “solo para estar más segura”. En el momento de la evaluación sentía la necesidad de alcanzar los 35 kilos porque con los 36 kilos que pesaba en ese momento aún se sentía gorda. Cuando hablaba de su hermano lo describía como un cerdo que comía todo lo que quería. Estaba enfadada con su madre por haberla traído al centro médico para hacer una evaluación, aunque comprendía que sus padres es-

tuvieran preocupados. Aun así, aseguró que no quería volver a estar gorda otra vez y que no podría soportar ganar peso de nuevo. Cristina decía que no tenía apetito y que no soportaba la sensación de “estar llena” cuando comía. Negó que se hubiera dado atracones alguna vez y también negó que hubiera usado laxantes, diuréticos o alguna otra medicación para adelgazar. También admitía que se sentía menos feliz de lo que era habitual en ella, que estaba más preocupada, que necesitaba dedicar más tiempo a las tareas escolares y que tenía una sensación constante de ligero mareo. También le costaba mucho más concentrarse, dormía mal por las noches y sentía frío constantemente. Negó haber tenido ideas de suicidio o haber realizado algún intento.

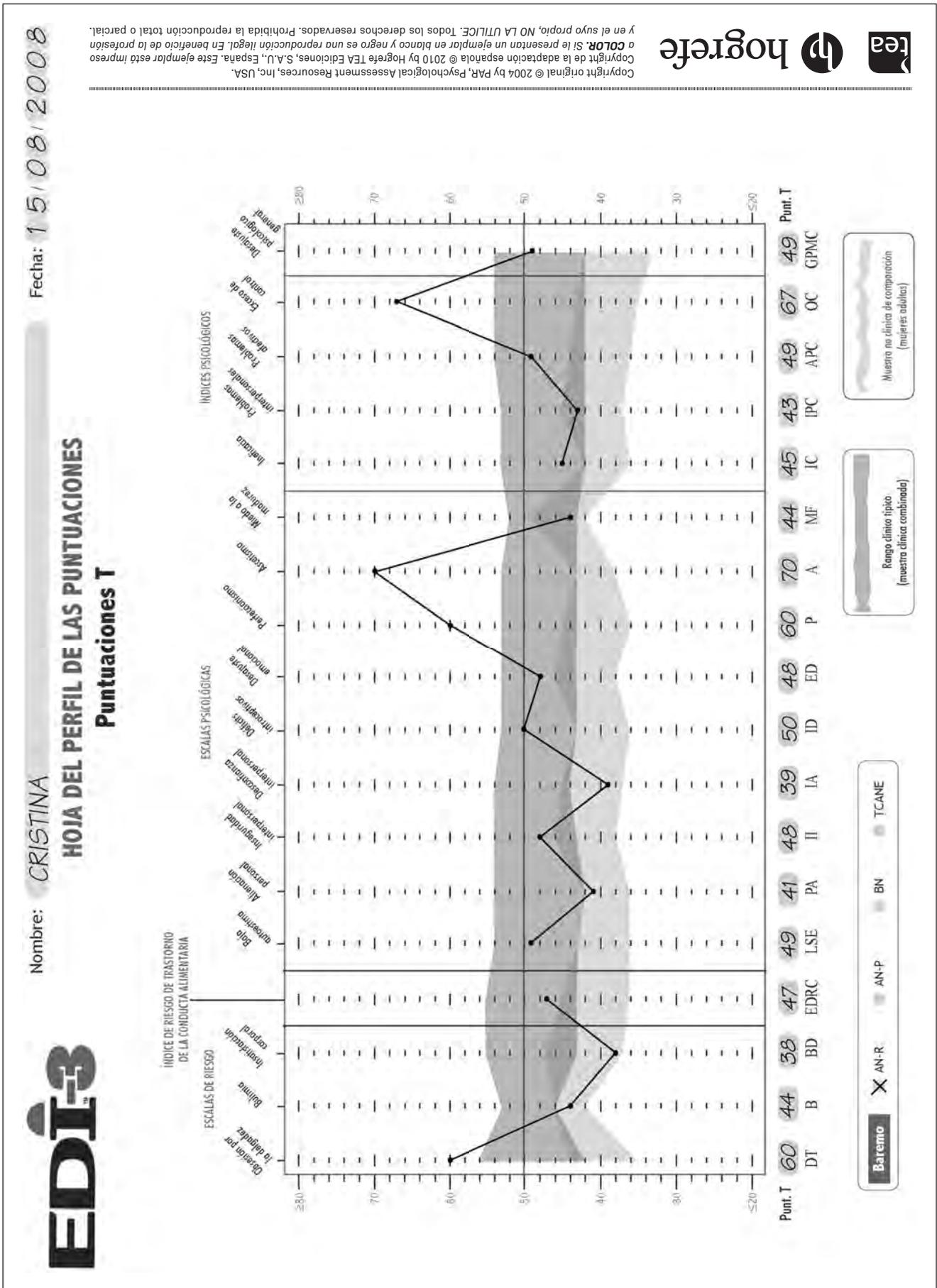
Durante la entrevista inicial se informó a Cristina de que cumplía todos los criterios para considerar que sufría anorexia nerviosa. Se le aseguró que la intención de cualquier tratamiento es ayudarla a lograr que se sienta mejor con ella misma. La necesidad de ganar peso era una cuestión prioritaria, sobre todo porque sus síntomas eran secundarios a la inanición, pero se le aseguró que en ningún momento el tratamiento dejaría de atender sus necesidades y deseos. Se le entregó el cuadernillo del EDI-3 explicándole que, aunque tenía AN, cada paciente era diferente y que esta evaluación puede ser de gran ayuda para aprender un poco más sobre los aspectos que son más importantes para ella. El perfil de Cristina en el EDI-3 mostraba puntuaciones en el rango clínico elevado en las escalas DT, P y A (ver figura 4.1). Su puntuación en el índice OC también se situaba dentro del rango clínico elevado.

Resumen interpretativo de la evaluación inicial

- **Síntomas egosintónicos:** Las altas puntuaciones de Cristina en las escalas DT, P y A son consistentes con la presencia de síntomas egosintónicos, los cuales quedan también reflejados en las puntuaciones en la escala BD, que se sitúan dentro del rango clínico bajo. Ella se siente cómoda con su estado demacrado y no siente la necesidad de ganar peso. Cristina enfoca su trastorno como algo funcional, un medio que le permite obtener una sensación agradable de autoestima y valía personal. Este es un perfil habitual en los adolescentes que han iniciado el trastorno hace relativamente poco tiempo.



Figura 4.1. Perfil de las puntuaciones de la primera evaluación de Cristina



La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

El *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 3 (EDI-3)* es la tercera y última versión del inventario más utilizado para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Es una prueba de fácil aplicación que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA. Mantiene los mismos elementos de la versión anterior (el EDI-2) pero incorpora una nueva estructura compuesta por tres escalas de riesgo específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes en estos pacientes. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Incorpora también tres indicadores del estilo de respuesta del sujeto.

Una novedad a destacar es el nuevo EDI-3-RF, un cuestionario de remisión que permite realizar un rápido *screening* de los sujetos en riesgo.

La depuración conceptual, la mejora de las propiedades psicométricas y los nuevos y amplios baremos del EDI-3 representan un avance sustancial en la evaluación psicológica de los TCA.

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

www.hogrefe.com

ISBN 978-84-7174-881-2

