

Germán E. Rueda-Jaimes, MD

Validación del cuestionario SCOFF para los trastornos de alimentación en Colombia¹

- Escalas de evaluación de los trastornos de la alimentación
- El cuestionario SCOFF
- Objetivos y métodos
- Resultados de la validación
- Discusión
- Corolario

1 Conferencia dictada el día 3 de junio de 2005 en el marco del V Congreso Latinoamericano y XII Colombiano de Psiquiatría Biológica, realizado en Bogotá, del 2 al 4 de junio de 2005.

LOS TRASTORNOS del comportamiento alimentario (TCA) en adolescentes y mujeres adultas jóvenes constituyen una patología grave que puede llevar a la muerte o producir complicaciones médicas o psicosociales.

La letalidad en la anorexia nerviosa es de 0.56% por año, es decir, que el 5% de las mujeres que tienen anorexia pueden estar muertas a los diez años, incluso algunos estudios mencionan cifras superiores. Esta cifra es 12 veces más alta que la mortalidad entre mujeres jóvenes sin TCA. Los estudios a lo largo del tiempo demuestran que la prevalencia de la anorexia no ha aumentado desde los años sesenta como sí sucede con la bulimia que posee un componente psicosocial importante. La frecuencia de los trastornos por atracones ha ido en aumento en la cultura occidental y la edad de inicio es cada día menor, como se observa también con la anorexia nerviosa.

Las investigaciones muestran que la bulimia es más frecuente que la anorexia. Los trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TCANE) son muy frecuentes en la comunidad pero regularmente no consultan al médico o al especialista.

El diagnóstico de anorexia, bulimia y trastorno de alimentación no especificado es un diagnóstico clínico, que debe ser realizado mediante una entrevista conducida por un profesional de la salud experto en el tema, que conozca la clínica y los criterios diagnósticos de las clasificaciones como el DSM-IV o el CIE-10.

Los criterios diagnósticos adquieren mayor validez cuando se utiliza una entrevista estructurada, es decir cuando el psiquiatra tiene un libreto para precisar los elementos claves en el diagnóstico. Este requisito puede resultar costoso e impedir que se haga el diagnóstico de los trastornos de la alimentación en forma precoz en los consultorios de atención primaria.

La anorexia y la bulimia son trastornos que son vividos en secreto por los pacientes, que ocasionalmente lo manifiestan en forma confidencial a un amigo, razón por la cual los padres se enteran, dos o tres años después de la iniciación de los síntomas. Además, con frecuencia los enfermos no poseen una buena introspección, especialmente quienes padecen la anorexia.

Con frecuencia los profesionales que trabajan en atención primaria no poseen una información adecuada sobre los trastornos de la alimentación y pasan por alto o no le prestan atención a los síntomas que sugieren la presencia de esta patología. Algunos estudios han mostrado que sólo el 20% de los pediatras realiza en forma adecuada el diagnóstico de un TCA.

Para superar estas dificultades diagnósticas y poder realizar un diagnóstico precoz se recomienda el uso de encuestas cortas y comprensibles que permitan orientar el diagnóstico temprano, y poder de esta manera, obtener una mejor respuesta terapéutica y evitar las complicaciones o la cronicidad de los síntomas, que como se mencionó anteriormente, pueden conducir a un desenlace fatal.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS TCA

El emplear una prueba de tamizaje permite identificar los casos clínicos que requieren una evaluación adicional por un especialista para precisar el diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado.

Las escalas de autorreporte resultan ser las más apropiadas por su facilidad al aplicarlas y por los mínimos costos económicos que ocasionan. Se han diseñado varias escalas para identificar los síntomas relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario, como la EAT-40 que consta de 40 preguntas relacionadas con las actitudes y síntomas de la anorexia pero puede descubrir algunos casos de bulimia; la EAT-26 que comprende 26 preguntas, posee la misma sensibilidad y especificidad de la anterior y la escala EDI que consta de 64 ítems y es, actualmente, la más utilizada a nivel mundial.

En nuestra experiencia, como grupo de neuropsiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, hemos notado que esta escala no resulta fácil de contestar para una niña de 10 ó 12 años de edad.

La escala BITE es un cuestionario de 33 ítems diseñado específicamente para bulimia. Como la bulimia y la anorexia son dos entidades diferentes, es necesario emplear estrategias adecuadas a cada entidad clínica, como lo recomienda el llamado "grupo de Edimburgo" que ha desarrollado un test específico para bulimia. En Colombia, AN-

GEL y VÁSQUEZ de la Universidad Nacional de Colombia diseñaron una encuesta de comportamiento alimentario que posee una buena sensibilidad y una especificidad moderada, que ha sido validada en adultos y recientemente en adolescentes.

EL CUESTIONARIO SCOFF

Conscientes de estas dificultades nuestro grupo de neuropsiquiatría decidió valorar el Cuestionario SCOFF prueba que consta de cinco preguntas que abordan el núcleo fundamental de la bulimia y de la anorexia. Su nombre SCOFF deriva del acrónimo de las palabras en inglés de cada una de preguntas (Sick Control On Fat Food). La traducción al español ha sido realizada por nuestro grupo (TABLA 1).

TABLA 1

Cuestionario SCOFF

1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno/a?
 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kilos en un período de tres meses?
 4. ¿Cree que está gordo/a aunque los demás digan que está demasiado delgado/a?
 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?
-

El cuestionario posee una sensibilidad del 100% (IC 95% 96,9%-100%) y una especificidad del 87% (IC 95%, 79,2% - 93,4%) en la población inglesa.

La validación del cuestionario en español decidimos hacerla en la población general, en una muestra de los colegios de Bucaramanga, y no con grupos específicos porque consideramos que es la población con mayor riesgo de presentar los TCA.

OBJETIVOS Y MÉTODOS

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la consistencia interna y la validez de criterio de la traducción al castellano del cuestionario SCOFF en mujeres adolescentes colombianas estudiantes de bachillerato.

Para ello, se realizó un estudio de validación con muestreo probabilístico. Escogimos tres colegios y al azar seleccionamos las niñas

que iban a participar en el estudio. La traducción se hizo de doble vía. El tamaño de la muestra se determinó teniendo en cuenta una presunta prevalencia del TCA del 20%, que puede parecer muy alta, pero que está de acuerdo con lo observado por otros investigadores nacionales.

El consentimiento informado fue solicitado tanto a los padres como a las niñas, y sólo se aceptó que la niña participara, si se habían obtenido ambos consentimientos.

A los probandos se les aplicó el cuestionario SCOFF y posteriormente una entrevista semiestructurada con un psiquiatra, que incluía parámetros como la talla y el peso, que son considerados como criterios diagnósticos para la anorexia por el DSM-IV.

RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

De 1595 sujetos elegibles seleccionamos 247 al azar. Los padres no permitieron que 6 niñas participaran, por lo cual el grupo al que aplicamos el SCOFF y la entrevista semiestructurada está conformado por 241 niñas.

Las características demográficas del grupo estudiado se consignan en la TABLA 2.

El nivel socioeconómico representa en forma adecuada las características sociodemográficas de Bucaramanga, en donde predominan las personas pertenecientes a los estratos medios.

En la entrevista psiquiátrica se detectaron 72 casos de TCA (29%) cifra que resulta alarmante. Afortunadamente, la mayoría de los casos correspondieron a TCANE y sólo el 5.8% a bulimia nerviosa y el 1.7% a anorexia. Estas cifras, que obviamente no son representativas para la población de Bucaramanga, sugieren que el TCA puede ser un problema grave de salud pública en esta ciudad.

La sensibilidad del cuestionario SCOFF en español es de 81,9% (70.7% - 89.7%), menor que la reportada para el cuestionario en inglés, y la especificidad del 78%. Es preciso destacar que el valor predictivo negativo es del 91%, es decir que identifica los individuos sin patología, pero que hace necesario contar con una persona experta para confirmar o descartar el diagnóstico.

TABLA 2**Características demográficas de la población estudiada**

Características	Estudiantes	Porcentajes
Edad (años)		
10	1	0.4%
11	15	7.9%
12	40	16.6%
13	44	18.3%
14	41	17.0%
15	36	14.9%
16	35	16.2%
17	17	17.1%
18		
19	1	0.4%
	3	1.2%
Curso		
6°	26	10.0%
7°	55	22.0%
8°	46	19.1%
9°	47	19.5%
10°	34	14.1%
11°	33	13.7%
Nivel socioeconómico		
Bajo	73	33.3%
Medio	127	58.0%
Alto	19	8.7%

Entre más preguntas positivas conteste la niña más probabilidad tiene de tener un problema de comportamiento alimentario. Las niñas que contestaron de manera positiva a dos ítems tenían 12-13 veces mayor probabilidad de tener un TCA comparadas con las niñas que respondieron “no” a las cinco preguntas. En todas las niñas que contestaron “sí” a cuatro preguntas se confirmó el diagnóstico de TCA.

La curva de receptor operador (ROC) es de 0,85 lo cual significa que la mayoría de las formas clínicas son diagnosticadas adecuadamente con el cuestionario SCOFF.

El alfa de CRONBACH que es una medida de consistencia no resultó muy buena (0.436) porque lo deseable es obtener valores de 0,7-0,9 pero es entendible porque el cuestionario se refiere a dos constructor, anorexia y bulimia, que son diferentes, razón por la cual cabe esperar que cada uno de los ítemes no se relacione entre sí.

DISCUSIÓN

La especificidad de esta prueba está afectada por la generalización de la preocupación por el peso en las adolescentes. Por ejemplo, en la pregunta sobre “si la comida domina mi vida” muchas niñas pueden responder a esta pregunta en forma positiva sin que necesariamente presenten un trastorno de comportamiento alimentario. En pruebas de tamizaje esto no es grave; lo grave sería que el cuestionario no detectara a las enfermas.

Si se analizan los diferentes diagnósticos, el cuestionario SCOFF es muy bueno para las formas completas del TCA porque detectó los cuatro casos de anorexia nerviosa, dos restrictivos y dos de tipo purgativo, todas las formas de bulimia purgativa, pero no detectó las de bulimia no purgativa. También detectó la mayoría de formas TCANE.

Estos resultados permiten utilizar con confianza el cuestionario SCOFF en atención primaria para detectar los casos de TCA.

Desconocemos hasta ahora, la evolución de los TCANE y si se transforman en cuadros de anorexia o bulimia o si corresponden a respuestas adaptativas, en donde, por ejemplo, la tristeza ocasionada por una ruptura afectiva es manifestada por la preadolescente en forma de vómitos, que se presentaron durante un mes, y obviamente, no llenaron los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de bulimia.

Es necesario enfocar nuestros esfuerzos investigativos en los TCANE para precisar su evolución y si no se transforman en anorexia o bulimia, se hará necesario suprimir esta categoría diagnóstica de las clasificaciones del DSM-IV, por ejemplo, y asimilar estos cuadros como “respuestas de adaptación”.

Es posible que la prevalencia de los TCA en Colombia sea mayor que en otros países occidentales, razón por la cual es necesario desarrollar investigaciones en este sentido. Hoy se sabe que la población latina en Estados Unidos, que en un principio se pensó que presentaba índices bajos de prevalencia, presenta una frecuencia mayor, inclusive a la observada en las mujeres estadounidenses de raza blanca.

El cuestionario también fue validado por nosotros en una población de mujeres universitarias porque las propiedades psicométricas de la prueba pueden variar en algunas poblaciones. Esta validación nos permite conocer mejor el universo con el cual queremos trabajar: mujeres adolescentes y jóvenes de una comunidad específica. En el estudio con mujeres universitarias, cuyas edades oscilaron entre 17 y 35 años, encontramos una prevalencia alta de TCA (21%) y una alta incidencia de los TCANE y un mayor número de casos de anorexia.

En este segundo trabajo de investigación se midió la concordancia *test-retest*, es decir, a cada probando se le aplicó el cuestionario en una primera cita y dos semanas después se le repitió la misma prueba. Es lógico suponer que se deben obtener iguales resultados en el mismo individuo, porque en caso contrario, estaríamos frente a una prueba errática cuyos resultados varían en el tiempo.

En nuestro trabajo se observó buena concordancia del *test-retest* (91%) y la cifra de la *kappa* media de COHEN que mide la posibilidad de concordar más allá del azar fue de 0,813 que corresponde a una concordancia muy buena.

Estos resultados nos permiten inferir que la traducción al español del Cuestionario SCOFF realizada por nosotros posee un buen grado de sensibilidad (78.4%) y especificidad (75.8%), resulta válido para los estudios de tamizaje y es consistente a través del tiempo.

COROLARIO

En conclusión, el cuestionario SCOFF es una buena alternativa para tamizar grandes grupos poblacionales. Consta de cinco sencillas preguntas, es fácil de aplicar y requiere muy poco tiempo para su administración. Los casos positivos detectados por el cuestionario deben ser estudiados a profundidad por el profesional de atención primaria, antes

de realizar una remisión automática al especialista para confirmar el diagnóstico.

De esta manera, estamos colaborando en la comprensión, diagnóstico precoz y prevención de los TCA.

LECTURAS SELECCIONADAS

ANGEL LA, VÁSQUEZ R, CHAVARRO K, MARTÍNEZ LM, ET AL.

Comportamiento alimentario: desarrollo, validez y fiabilidad de una encuesta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1999; 29(1): 29-48

AYERBE-GARCÍA L, GONZÁLEZ-LÓPEZ F, LÓPEZ-LARRAYOZ I, ESQUERRA-GADEA J.

The SCOFF test: a potential tool for screening eating behaviour disorders in primary care. *Aten Primaria*, 2003; 32(5): 315-316.

GARCÍA-CAMPAYO J, SANZ-CARRILLO C, IBÁÑEZ JA, LOU S, ET AL.

Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 2005; 59(2): 51-58.

KAGAN S, MELROSE C.

The SCOFF questionnaire was less sensitive but more specific than the ESP for detecting eating disorders. *Evid Based Nurs*, 2003; 6(4): 318.

LUCK AJ, MORGAN JF, REID F, O'BRIEN A, BRUNTON J, PRICE C, ET AL.

The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: a comparative study. *BMJ*, 2002; 325: 755-756.

MORGAN JF, REID F, LACEY JH.

The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 1999; 319: 1467-68.

PARKER SC, LYONS J, BONNER J.

Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *J Am Coll Health*, 2005; 54(2): 103-107.

RUEDA GE, DÍAZ LA, CAMPO A, BARROS JA, ÁVILA GC, ET AL.

Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women. *Biomedical*, 2005; 25(2)196-2002.

RUEDA GE, DÍAZ LA, ORTIZ DP, PINZÓN C, CAMPO A, ET AL.

Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders of adolescents in school. *Aden Primaries*, 2005; 35(2): 89-94.

SIERVO M, BOSCHI V, PAPA A, BELLINI O, FALCONI C.

Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT-26) and Eating Inventory Questionnaire (TFEQ) in young women seeking diet-therapy. *Eat Weight Discord*, 2005; 10(2): 76-82.

