



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>



Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies.

Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos

María Angeles Peláez Fernández¹, Rosa María Raich Escursell² y Francisco Javier Labrador Encinas³

¹Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos.

²Catedrática de Universidad. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

³Catedrático de Universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología.

Abstract.

Objective: This article reviews the epidemiological studies of eating disorders (ED) among Spanish population published to date. **Method:** PSYCINFO and MEDLINE databases have been used to look for empirical Spanish epidemiological studies of ED published. **Results:** Most of the studies in the 90's have not used a diagnostic method for the clinical identification. In the last decade, trustworthy and precise ED prevalence studies, with methodology of double phase, have been carried out on general population in Spain. The most common disorders among Spanish general population are the non-specified eating disorders (EDNOS).

Resumen.

Objetivo: En este artículo se recopilan y revisan los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) realizados en España hasta la fecha. **Método:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos PSYCINFO y MEDLINE de estudios empíricos publicados sobre epidemiología de TCA en España. **Resultados:** La mayoría de los trabajos realizados en la década de los 90 adolecen de un adecuado instrumento de diagnóstico para la identificación de los casos. En la última década, se han realizado en España estudios fiables y precisos de prevalencia de TCA sobre población general con metodología de doble fase. Los cuadros clínicos más comunes en población general española son los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Información Artículo

Recibido 29 de julio de 2010
Revisado 02 de agosto de 2010
Aceptado 25 de agosto de 2010

Key words: Eating disorders, epidemiology, prevalence, Spain, revision.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, epidemiología, prevalencia, España, revisión.

Introducción

Desde los años 70 se han publicado numerosos estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA en el centro y norte de Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, desde aproximaciones teóricas y metodológicas diferentes. La mayoría de estos estudios han puesto de manifiesto un aumento en la prevalencia e incidencia de estos trastornos, especialmente desde los años 60 hasta finales de los 70 (Halmi, Falk & Schwartz, 1981; Hart & Ollendick, 1985; Hawkins & Clement, 1980; Kendell, Hall, Hailey & Babigan, 1973; Turnbull, Ward, Treasure, Jick & Derby, 1996; Patton, 1988), lo que ha llevado a que los TCA sean considerados una "epidemia" en sociedades desa-

rolladas y occidentalizadas. En España, sin embargo, no se han realizado estudios epidemiológicos de TCA hasta mediados de los años 90. El objetivo del presente estudio es revisar los trabajos epidemiológicos de TCA realizados, con muestras españolas, en las últimas dos décadas y analizar tanto su metodología como los resultados obtenidos.

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica informatizada mediante las bases de datos *PSYCINFO* y *MEDLINE* para identificar los estudios empíricos de epidemiología de TCA realizados en España hasta la fecha, tanto en el ámbito comunitario como en el sanitario. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: *trastornos de la conducta alimentaria*, *prevalencia* y *epidemiología*. Se han incluido estudios publicados en español e inglés. La revisión se ha

Correspondencia: Dra. María Angeles Peláez Fernández, Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos, s/n. 29071 Málaga (Málaga), España. Correo electrónico: mapelaez@uma.es

Tel.: 952 13 32 43. Fax: 952 13 11 00

completado con una búsqueda manual en Internet, revistas, libros y libros de resúmenes de congresos. A través de dicha revisión, se han identificado 29 trabajos sobre epidemiología de los TCA en España (Ver Tabla I). La mayoría de estos trabajos, con excepción del trabajo de Ruiz-Lázaro et al. (en prensa), sólo tienen en cuenta datos relativos a algunas Comunidades Autónomas. Destaca la falta de un estudio epidemiológico general, así como las diferencias en los datos según las Comunidades. A continuación se describen estos trabajos agrupados por Comunidades Autónomas.

Resultados

Comunidad Autónoma de Madrid

El primer estudio epidemiológico de TCA en la Comunidad Autónoma de Madrid fue realizado por Morandé (1990). Este autor llevó a cabo un estudio de doble fase en el municipio de Móstoles con 636 mujeres y 82 varones de 15 años, utilizando el *Eating Disorders Inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983), como cuestionario de cribado en la primera fase y una entrevista diagnóstica de TCA que no se

específica, en la segunda fase. Las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron del 0% en varones y del 1,55% en mujeres.

Ocho años más tarde, Morandé y Casas (1997) replicaron su estudio con la misma población. Obtuvieron las siguientes tasas de prevalencia: a) Mujeres: 0,69% en Anorexia Nerviosa (AN), 1,24% en Bulimia Nerviosa (BN) y 2,76% en TCANE en mujeres y b) Hombres: 0% de AN; 0,36% de BN y 0,90% de TCANE.

Estos datos indican un aumento en la prevalencia de estos trastornos, así como de la población de riesgo (sujetos que puntuaron por encima del punto de corte establecido en el instrumento de cribado), que se incrementa de un 11,6% al 17,4% (Ver Tabla II). En el trabajo de Morandé, Celada y Casas (1999) se analizan y comparan los resultados de estos dos trabajos (Morandé, 1990; Morandé & Casas, 1997) (Ver Tabla II). No obstante, el hecho de que estos dos trabajos, se efectuaron con adolescentes de 15 años matriculados en 4 de los 17 centros escolares del municipio de Móstoles, limita la posibilidad de generalización de los resultados a la población adolescente de la Comunidad de Madrid.

Tabla II. Prevalencia de TCA en adolescentes de Móstoles (Madrid). De 1.985-1.986 a 1.993-1.994 (Morandé, Celada & Casas, 1999).

	1.985-1.986		1.993-1.994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1) Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
2) Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36%	1,24%
3) Cuadros incompletos	-	-	0,54%	2,76%
3.1) Anorexia incompleta	-	-	0,36%	1,10%
3.2) Bulimia incompleta	-	-	0,18%	1,66%
4) Suma trastornos	0%	1,55%	0,90%	4,69%
5) Población de riesgo	1,20%	11,6%	1,96%	17,36%

Posteriormente, Gandarillas-Grande y Febrel (2000) llevaron a cabo un estudio para identificar la población de riesgo de padecer un TCA, con una muestra amplia y representativa ($n = 4.500$) de adolescentes escolarizados en la Comunidad de Madrid. Los participantes completaron los siguientes instrumentos: *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg, 1972), EDI (Garner et al., 1983) y un cuestionario de datos sociodemográficos *ad hoc*. Los resultados señalaron que el 15,3% de las mujeres y el 2,2% de los hombres constituyen la población de riesgo de TCA en esta Comunidad.

Dos años más tarde, estos mismos autores (Gandarillas-Grande & Ferrel, 2002), evaluaron la prevalencia de TCA en una muestra de 1.534 mujeres adolescentes (de 15 a 18 años). Los autores administraron el *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) y el EDI a todas las alumnas de la muestra. En la segunda fase, tomaron datos de peso y altura y entrevistaron mediante el *Eating Disorder Examination* (EDE; Fairburn & Cooper, 1993) a las participantes que accedieron a colaborar (el 81,4%). Los datos informan de una tasa de prevalencia TCA del 3,4% (0,6% para AN; 0,6% para BN; 2,1% para TCANE).

Posteriormente, Peláez-Fernández, Labrador y Raich (2007) estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra representativa de 1.545 alumnos de ambos sexos de 12 a 21 años matriculados en colegios, institutos y universidades de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se realizó la selección de participantes mediante un procedimiento aleatorio trietápico (municipios, centros y aulas). Se utilizó un diseño de identificación de caso en dos etapas: En la primera fase se empleó el EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) y el *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994) y se pesó y midió a todos los alumnos. En la segunda fase, fueron entrevistados 602 estudiantes (332 posibles casos –ya que puntuaron al menos 20 en el EAT-40 y/o cumplieron criterios de TCA según el *Diagnostic and Statistic Manual* (4ª edición revisada) (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) de acuerdo al EDE-Q-, y 270 controles). El porcentaje

de participación de posibles casos en la segunda fase fue del 95%. La tasa de prevalencia global de TCA fue del 3,43%. En mujeres, la tasa de prevalencia fue del 5,34% (0,33% AN; 2,29% BN; 2,72% TCANE). En varones, fue del 0,64% (0,00% AN; 0,16% BN; 0,48% TCANE).

Cataluña

En Cataluña, se han realizado cinco estudios dirigidos a estimar la población en riesgo de padecer TCA entre adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre los 12 y 19 años (Toro, Castro, García, Pérez & Cuesta, 1989; Canals, Barceló & Doménech, 1990; Raich, Deus, Muñoz, Pérez & Requena, 1991; Carbajo, Canals, Fernández-Ballart & Doménech, 1995; Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol & Ferrer, 2002). Todos ellos emplearon el *Eating Attitudes Test-40* (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979). El punto de corte utilizado en todos los casos para determinar población en riesgo fue 30. En Barcelona, Toro et al. (1989) descubrieron que el 9,8% de las alumnas ($n = 56$) y el 1,2% de los varones ($n = 8$) constituían población en riesgo de TCA. En Reus (Tarragona), Canals et al. (1990) encontraron que el 15,3% de las chicas y el 13,6% de los varones presentaban conductas de riesgo de TCA. También en Reus, este mismo grupo (Carbajo et al., 1995) encontró que el 12,4% de las mujeres y el 8,3% de los varones cumplían criterios de riesgo de TCA. Raich et al. (1991) hallaron un 7,3% de mujeres ($n = 110$) y un 2,6% de varones ($n = 40$) como población en riesgo en ocho ciudades catalanas. Este mismo grupo en un estudio transcultural con Estados Unidos encontraron que el 0,9% de las mujeres y el 0,1% de los varones presentaba síntomas bulímicos. Ballester et al. (2002) evaluaron a 1.025 estudiantes de secundaria de Gerona de 14 a 19 años ($n = 1.025$) encontrando que el 16% de las mujeres frente al 0,4% de los varones presentaba riesgo potencial de TCA.

Raich, Rosen, Deus, Pérez y Requena, (1992) compararon la prevalencia de sintomatología de TCA en 3.544 adolescentes de ambos sexos, matriculados en Educación General Básica (EGB) y Bachillerato, en Cataluña con una muestra similar de 1.373 estu-

diantes de EEUU. Para ello utilizaron el EAT-40 y unas preguntas sobre si deseaban pesar más, menos o lo mismo. Los resultados identificaron diferencias significativas entre las estudiantes norteamericanas y catalanas, siendo superiores las norteamericanas tanto en la sintomatología de TCA como en el grado en que manifestaron interés en perder peso.

Arrufat (2006) estudió la prevalencia TCA en 2280 adolescentes (1133 varones y 1147 mujeres) de 14 a 16 años en la comarca de Osona (Barcelona) mediante un estudio de doble fase. En la primera fase, fueron administrados el EAT-26 y el Contour Drawing Rating Scale (CDRS) (Thompson & Gray, 1995). El criterio de selección para entrevista fue puntuar 20 ó más en el EAT-26. El 64% de los posibles casos (n = 135) aceptaron participar y fueron entrevistados utilizando la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV (DICA-C; Ezpeleta, de la Osa, Domenech, Navarro & Losilla, 1997), y sus padres mediante la versión para padres de la entrevista DICA-IV (DICA-P). El resto (n = 75; 36%) fueron diagnosticados mediante un cuestionario de diseño propio. La tasa de prevalencia global de TCA fue 1,9%. En mujeres el 3,49% (AN: 0,35%; BN: 0,44%; TCANE: 2,7%) y en varones el 0,27% (AN: 0,0%; BN: 0,0%; TCANE: 0,18%).

Muro-Sans y Amador-Campos (2007) evaluaron la prevalencia de TCA en estudiantes de Barcelona de ambos sexos de 10 a 17 años utilizando un diseño de doble fase. El cuestionario de cribado fue el EDI-2. La entrevista utilizada en la segunda fase (sólo con los casos probables) fue la versión 12 de la EDE (Fairburn & Cooper, 1993). El 1,28% de los estudiantes cumplieron criterios TCA; el 2,31% de las mujeres y el 0,17% de los varones.

Sancho, Arija, Asorey y Canals (2007) evaluaron la prevalencia e incidencia de TCA en Tarragona en una muestra representativa de adolescentes (N = 1336) con un estudio de transversal y longitudinal de doble fase. El cuestionario de cribado fue el *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT; Maloney, Maguire & Daniels, 1988). Los posibles casos (n = 258) y sus padres fueron entrevistados inmediatamente después de la primera fase mediante la *Diagnostic*

Interview for Adolescents IV (DICA-A; Reich, 2000) y la *Diagnostic Interview for Parents IV* (DICA-P; Reich, 2000) respectivamente (Ezpeleta et al., 1997) y dos años después mediante la *Diagnostic Interview for Adolescents IV* (DICA-A; Reich, 2000). La tasa de prevalencia inicial fue de 3,44%, que subió 3,81% a los dos años. La tasa de incidencia fue 2,02%. El 52,17% de los participantes con TCA continuaban cumpliendo criterios TCA dos años después.

Navarra

Pérez-Gaspar et al. (2000) realizaron una investigación epidemiológica en la Comunidad de Navarra sobre una muestra de 2.862 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 21 años. Seleccionaron a los participantes mediante un procedimiento aleatorio trietápico. Se utilizó un procedimiento de dos fases. En la primera fase administraron el EAT-40 a todos los sujetos. Los posibles casos fueron entrevistados mediante una entrevista semiestructurada, siguiendo criterios DSM-IV-TR de TCA. La prevalencia global fue del 4,1%, siendo del 0,3% para AN, del 0,8% para BN y del 3,1% para TCANE.

Aragón

Ruiz-Lázaro et al., (1998) siguiendo una metodología similar a la que utilizaron Pérez-Gaspar et al. (2000), estudiaron la prevalencia de los TCA en una muestra amplia (N = 4.048) y representativa de la población adolescente y juvenil de 12 a 18 años de Zaragoza. Utilizaron el EAT-40 como instrumento de cribado con un punto de corte de 30; entrevistando en una segunda fase a los sujetos que puntuaron igual o por encima de esta puntuación. Los datos de prevalencia aportados fueron los siguientes: 4,52% de TCA; 0,14% de AN, 0,55% de BN y 3,83% de TCANE.

Andalucía

Rivas, Bersabé y Castro (2001) estudiaron la prevalencia de sintomatología específica de TCA en una muestra de 1.757 escolares en Málaga (varones y mujeres) de 12 a 21 años. Para ello utilizaron el

Cuestionario para Diagnóstico de los Trastornos de Alimentación de Mintz, O'Halloran, Mulholland y Schneider (1997) en la versión de autoinforme y la versión de padres. Los resultados indican que un 27,5% presentan síntomas de TCA y el 3,4% presentan criterios DSM-IV-TR de TCA. Las mujeres presentaron: 0,4% para AN; 0,6% para BN y 3,9% para TCANE; y los hombres: 0,5% para AN; 0,2% para BN y 0,5% para TCANE. Los informes de los padres indicaron una prevalencia de sintomatología TCA más baja que los cuestionarios de autoinforme. El hecho de que estos autores utilizaran un cuestionario como método diagnóstico no permite asegurar la prevalencia real del trastorno.

Rodríguez et al., (2001) estudiaron en Cádiz y Granada la población en riesgo de padecer TCA en una muestra de varones y mujeres matriculados en Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) utilizando un cuestionario auto cumplimentado de la Escuela de Nutrición de Granada. Encontraron que el 46,2% de los participantes presentaban una conducta alimentaria alterada: el 9% hacían dieta, el 42% presentaba episodios recurrentes de sobreingesta con sensación de pérdida de control y el 41% evitaban específicos tipos de alimentos.

Castilla y León

En la Comunidad de Castilla y León, Vega, Rasillo y Lozano (2001) estimaron asimismo la población en riesgo de padecer TCA en una amplia muestra (n = 2.482) de escolares (varones y mujeres) de 12 a 18 años matriculados en la E.S.O., mediante el cuestionario de autoinforme EAT-40.

Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde (2008) realizaron un estudio de doble fase en la provincia de Valladolid para estimar la prevalencia de TCA en adolescentes y jóvenes de ambos sexos de 12 a 18 años (N = 3434). Los cuestionarios de cribado fueron el General Health Questionnaire-28 (GHQ-28; Goldberg, 1972) y el EDI-2. En la segunda fase aplicaron la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (SCID, APA, 2000). Los autores informan de una prevalencia de 5,26% en mujeres (0,88% AN; 0,37% BN; 3,86% TCANE) y

de 1,7% en varones (0,11% AN; 1,59% TCANE).

Castilla – La Mancha

En Toledo, Moraleda et al. (2001) estudiaron la población en riesgo de padecer TCA con 503 estudiantes de la ESO empleando el EAT-40. La puntuación media en mujeres fue de 14,71 mientras que en varones fue de 11,82. Asimismo, un mayor porcentaje de mujeres (que de varones) puntuaron por encima del punto de corte del instrumento (20).

En Ciudad Real, Rodríguez-Cano y Beato-Fernández (2005) estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 1.766 estudiantes de ambos sexos (12 a 15 años) mediante un estudio de doble fase, utilizando los cuestionarios de cribado: EAT-40, GHQ-28, *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE; Henderson & Freeman, 1987) y BSQ (Cooper et al., 1987) en la primera fase, y la entrevista SCAN del DSM-IV-TR en la segunda. Fueron diagnosticados de TCA el 3,71%: Mujeres: 6,41% (AN: 0,17%; BN: 1,38%; TCANE: 4,86%) y varones: 0,6% (AN: 0,00%; BN: 0,00%; TCANE: 0,6%).

Galicia

Loureiro, Domínguez y Gestal (1996) estimaron en La Coruña la proporción de alumnas de 3º de BUP que presentaban actitudes inadecuadas en la ingesta y, que por tanto, constituían población en riesgo de padecer TCA. El análisis fue realizado con el cuestionario EAT-40. Detectaron que el 13% de las alumnas (de un total de 607) tenían actitudes desordenadas en su alimentación.

Valencia

Rojo et al., (2003) estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años, siguiendo una metodología de identificación de caso en dos etapas. El cuestionario de cribado fue el EAT-40. Los autores entrevistaron a 58 estudiantes que superaron el punto de corte del instrumento (30), así como a otros 58 que puntuaron por debajo. Cumplieron criterios DSM-IV-TR de TCA el 5,17% de las

mujeres (0,45% AN; 0,41% BN; 4,31% TCANE) y el 0,77% de los varones.

Asturias

Sáiz et al. (1999) hicieron un estudio transversal en Asturias para estudiar la prevalencia de actitudes distorsionadas hacia la alimentación mediante el EDI en una muestra de 835 jóvenes de 13 a 21 años de ambos sexos. La prevalencia de actitudes alteradas en mujeres fue del 7,7% (n = 63), mientras que en varones fue del 1,1% (n = 9).

Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez (2000) estudiaron la proporción de conductas de riesgo en escolares de Educación Secundaria en Gijón (Asturias) mediante un muestreo estratificado polietápico utilizando el EAT-26 y el *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (CIMEC-26; Toro, Salamero & Martínez, 1999) en una muestra de 860 alumnos. La prevalencia de actitudes anoréxicas en mujeres fue del 12,8% mientras que en varones fue de 1,8%. De las mujeres con actitudes

anoréxicas, el 94,5% presentaron asimismo alteración en el CIMEC-26.

Norte de España. Estudio comunitario multicéntrico.

Ruiz-Lázaro et al. (en prensa) estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra de 1831 alumnos de 1º de la ESO de ambos sexos de Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander, mediante un estudio de identificación de caso en dos etapas. El EAT-26 fue el cuestionario de cribado en la primera fase. Los posibles casos (n = 163) así como una muestra de 235 controles fueron entrevistados en la segunda fase mediante entrevista diagnóstica SCAN (DSM-IV-TR). La prevalencia TCA fue de 0,7% (todos los casos diagnosticados fueron TCANE): 0,7% en Zaragoza; 1,6% en Santiago de Compostela; 0,2% en Santander; 0,0% en Vigo y en Orense.

Tabla I. Estudios epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria en España.

Estudio	Lugar	Curso	Sexo	Edad	Muestra	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Morandé, (1990)	Madrid	Escolares	V y M	X = 15	636 M 86 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Toro et al., (1989)	Barcelona	7º y 8º EGB BUP y COU	V y M	12-19	706 M 848 V	EAT-40	sí	no	no
Canals et al., (1990)	Reus	Escolares	V y M	13-14	520	EAT-40	sí	no	no
Carbajo et al., (1995)	Reus	Escolares 290 V	V y M	13-15	225 M	EAT-40	sí	no	no
Raich et al., (1991)	8 ciudades catalanas	BUP, FP	V y M	14-17	1.263 M	EAT-40 1.155 V	sí	no	no
Raich et al., (1992)	5 ciudades catalanas, EEUU	EGB y BUP	V y M		1.373 EEUU 3.544 España	EAT-40	sí	no	no
Morandé & Casas, (1997)	Móstoles	1º y 2º BUP, FP	V y M	X = 15	725 M 520 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Loureiro et al., (1996)	La Coruña	3º BUP	M	X = 16,7	607 M	EAT-40	sí	no	no
Ruiz et al., (1998)	Zaragoza	7º y 8º EGB, ESO FP, BUP, COU	V y M	12-18	2.194 M 1.854 V	EAT-40, EDI, CIMEC	sí	sí	sí
Sáiz et al., (1999)	Asturias	ESO	V y M	13-21	415 V 401 M	EDI	sí	no	no
Pérez-Gaspar et al., (2000)	Navarra	Escolares	M	12-21	2.862	EAT-40	sí	sí	sí

Tabla I. Estudios epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria en España. Continuación.

Estudio	Lugar	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Martínez et al., (2000)	Gijón (Asturias)	ESO	V y M	14-22	430 M 430 V	EAT-26 CIMEC-26	sí	no	no
Raich et al., (2001)	España México	1º carrera	M	x = 18,7	826	EAT-40, EDI, EDE T-F Eating Q	sí	no	no
Moraleda et al., (2001)	Toledo	2º, 3º y 4º ESO	V y M	13-16	503	EAT-40	sí	no	no
Rodríguez et al., (2001)	Cádiz Granada	ESO	V y M	14-18	491	Cuestionario	sí	no	no
Rivas et al., (2001)	Málaga	Escolares	V y M	12-21	1.757	EDD-Q	sí	no	sí
Vega et al., (2001)	Castilla-León	ESO	V y M	12-18	1.260 M 1.220 V	EAT-40	sí	no	no
Ballester et al., (2002)	Gerona	ESO	V y M	14-19	1.025	EAT-40, BSQ	sí	no	no
Boletín CAM, (2002)	CAM	3º y 4º ESO 1º y 2º Bach. FP	M	15-18	1.534	EAT-26 EDI-1, EDE (12 ed)	sí	no	sí
García-Reyna et al., (2003)	Cataluña		V y M	12-16	98 Diabetes 575 controles	EAT-40, EDE	sí	sí	sí
Rojo et al., (2003)	Valencia	Escolares	V y M	12-18	544	EAT-40, SCAN	sí	sí	sí
Raich et al., (2004)	Barcelona	1º carrera	M	X = 18,7	334 M	T-F Eating Q	sí	no	no

Tabla I. Estudios epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria en España. Continuación.

Estudio	Lugar	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Rodríguez-Cano y Beato-Fdez. (2005)	Ciudad Real	4º ESO	V y M	12-15	1.766	GHQ-28, EAT-40 BITE, BSQ, SCAN	sí	sí	sí
Arrufat (2006)	Osona (Barcelona)	3º y 4º de ESO	V y M	14-16	1133 V 1147 M	EAT-26, CDRS, DICA-IV	sí	sí	sí
Muro y Amador (2007)	Barcelona	Escolares	V y M	10-17	1155	EDI-2, EDE-12	sí	sí	sí
Peláez, Labrador y Raich (2007)	Madrid (Comunidad)	ESO, Bachillerato Universidad	V y M	12-21	1543	EAT-40, EDE-Q EDE	sí	sí	sí
Sancho et al., (2007)	Tarragona	Escolares	V y M	X = 11,4	1336	ChEAT, DICA-C DICA-P, DICA-A	sí	sí	sí
Imaz et al., (2008)	Valladolid	Escolares	V y M	12-18	3434	GHQ-28, EDI-2 SCID	sí	sí	sí
Ruiz-Lázaro et al., (2010)	Zaragoza, Santander Vigo, Orense, Santiago	1º ESO	V y M	12-13	1831	EAT-26, SCAN	sí	sí	sí

V: Varones; M: mujeres; X: media; EGB: Educación General Básica; BUP: Bachillerato; FP: Formación Profesional; Bach.: Bachillerato; COU: Curso de Orientación Universitaria; Dg.: diagnóstico.

Instrumentos: BITE: *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (Henderson y Freeman, 1987); BSQ: *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987); CDRS: *Contour Drawing Rating Scale* (Thompson & Gray, 1995); CIMEC: *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (Toro, Salameo & Martínez, 1999); DICA-IV: Versión española (Ezpeleta et al., 1997) del *Diagnostic Interview for Children and Adolescents IV* (Reich, 2000) [DICA-C: Children Version; DICA-P: Parent Version; DICA: Adolescent Version]; EAT: *Eating Attitudes Test* (Garner & Garfinkel, 1979); EDDQ: *Eating Disorders Diagnostic Questionnaire* (Mintz, O'Halloran, Mulholland & Schneider, 1997); EDE: *Eating Disorder Examination (12ª edición)* (Fairburn & Cooper, 1993); EDE-Q: *Eating Disorder Examination - Questionnaire* (Fairburn & Beglin, 1994); EDI: *Eating Disorders Inventory* (Garner, Olmsted & Polivy, 1983); GHQ: *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972); SCAN: *Entrevista individual semiestructurada*; T-F Eating Q: *Three-Factor Eating Questionnaire* (Stunkard & Messick, 1985); SCID: *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV*.

Nota: Parte de los trabajos que aparecen en esta Tabla aparecen asimismo recogidos en el estudio de Ruiz-Lázaro (2003).

Análisis.

Análisis metodológico

Un análisis metodológico de los estudios anteriormente citados pone de manifiesto las siguientes características:

1.- La mayoría de los estudios realizados en la década de los 90 (así como en los tres primeros años del 2000) no son propiamente estudios de prevalencia de TCA.

Once de los trece estudios de una fase sólo pueden señalar la población en riesgo, ya que al no utilizar un instrumento diagnóstico adecuado, no es posible establecer el número real de casos con TCA (Toro et al, 1989; Canals et al, 1990; Raich et al, 1992; Carbajo et al, 1995; Sáiz et al., 1999; Gandarillas-Grande & Febrel, 2000; Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane & Suárez, 2000; Moraleda et al, 2001; de Gracia et al., 2001; Vega et al., 2001; Rodríguez et al., 2001). Por su parte, Rivas, Bersabé y Castro (2001) utilizaron un cuestionario en el que se recogieron los criterios DSM-IV-TR de TCA, pero no pueden considerarse los resultados como datos de prevalencia, dadas las limitaciones del formato de autoinforme.

2.- A partir del 2003 se han realizado estudios de prevalencia de TCA con entrevista.

La mayoría de los estudios realizados los últimos siete años han utilizado un procedimiento de identificación de caso en dos etapas. En la segunda fase han empleado una entrevista clínica como método diagnóstico.

3.- Posible subestimación de la prevalencia.

La mayoría de los estudios de prevalencia de doble fase (Morandé, 1990; Morandé & Casas, 1997; Ruiz et al., 1998; Pérez-Gaspar et al., 2000; Beato et al., 2001) realizaron entrevista diagnóstica únicamente a aquellos sujetos preseleccionados como posibles

casos en el cuestionario de cribado administrado en la primera fase. Únicamente, Rojo et al., (2003), Peláez-Fernández et al. (2007) y Ruiz-Lázaro et al. (en prensa) entrevistaron a una muestra aleatoria de controles, equivalente a la de probables-casos.

La falta de entrevista diagnóstica a una muestra de probables controles constituye una limitación a nivel metodológico, ya que de esta manera no es posible estimar el porcentaje de falsos negativos. Este dato resulta de suma importancia en los estudios epidemiológicos de los TCA, dada la tendencia de los sujetos afectados a falsear y ocultar su sintomatología. Es decir, es preciso ser cautos a la hora de confiar en la veracidad de las respuestas aportadas en un cuestionario como el EAT-40; y, muy probablemente, las cifras obtenidas en estos cuatro estudios que no utilizaron sujetos controles, deban incrementarse algo para describir con más exactitud la prevalencia real del trastorno.

4.- Utilización del EAT-40 con un punto de corte de 30.

En total, quince estudios utilizaron el EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979) como instrumento de cribado y determinación de población en riesgo. En todos ellos (con la excepción de Peláez-Fernández et al., 2007, que utilizaron un punto de corte de 20) se estableció el valor 30 como punto de corte, sin evaluar previamente la sensibilidad y especificidad del instrumento y siguiendo la recomendación del estudio original de Garner y Garfinkel (1979). Sin embargo, Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) en su validación española del EAT-40 encontraron una sensibilidad de tan sólo 67,9% tomando 30 como punto de corte. Utilizando un punto de corte de 20, la sensibilidad fue 91%. Asimismo, Peláez-Fernández et al. (2007) obtuvieron una sensibilidad de tan sólo 58,8% utilizando el EAT-40 con un punto de corte de 30; mientras que hallaron una sensibilidad de 90,2% con un punto de corte de 20. Teniendo en cuenta que los estudios de prevalencia de TCA en dos fases realizados en España han utilizado muestras con perfil similar al descrito por Castro et al (1991), población escolar con edad media inferior a 20 años, cabe es-

perar que un porcentaje importante de los casos TCA hayan puntuado por debajo de 30 y en consecuencia los datos estén subestimando los porcentajes de prevalencia de los TCA.

5.- Población comunitaria, escolar, adolescente y juvenil.

Todos los estudios han empleado muestras de estudiantes con edades comprendidas entre los 10 y los 22 años. Por lo tanto, es posible que los resultados no puedan generalizarse a población no escolarizada o de otros intervalos de edad. Sería, por tanto, recomendable estudiar la prevalencia de TCA en muestras comunitarias de población no escolarizada, así como emplear muestreos de población infantil y de mayores de 22 años.

Análisis de resultados.

1.- Tasas de prevalencia similares a otros países desarrollados.

Las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes).

2.- Amplio rango variación tasas prevalencia TCA.

Se detecta un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia TCA de unos estudios a otros, que puede atribuirse tanto a las dificultades metodológicas generales inherentes a este tipo de estudios (Peláez-Fernández, Labrador & Raich, 2005) como a los problemas metodológicos de los que adolecen algunos de los trabajos citados.

3.- Los TCANE son los cuadros más frecuentes en población comunitaria.

Los síndromes incompletos o no especificados (TCANE) son los cuadros más prevalentes en población comunitaria escolar adolescente y juvenil. Los

síndromes completos (AN y BN) son menos frecuentes en este tipo de población. Estos datos coinciden con los encontrados en otros países desarrollados.

Conclusiones

Pueden apuntarse algunas conclusiones generales como resultado de esta revisión bibliográfica:

1.- Mejora sistemática en los estudios sobre prevalencia de los TCA.

En la última década, especialmente desde el 2003 ha habido una mejora sistemática en los estudios epidemiológicos de TCA, con implantación progresiva de los diseños de doble fase con entrevista diagnóstica tanto a posibles casos como a grupos controles.

2.- Necesidad de estudios nacionales de prevalencia de TCA.

Sería preciso un estudio nacional con metodología adecuada (diseño de doble fase con entrevista a posibles casos y controles) para comprobar si las diferencias en prevalencia de TCA existentes entre las diferentes Comunidades Autónomas son reales o producto de los instrumentos y metodología utilizados.

3.- Necesidad de estudios de factores de riesgo de TCA.

Asimismo, es preciso realizar estudios empíricos dirigidos a identificar factores de riesgo y protección (i.e., familiares, psicosociales, culturales, hábitos de alimentación, etc.) asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arrufat, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñól, C. y Ferrer, M. (2002). *Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia*. (http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf).
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2000). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid, 8(10): 12-32*.
- Canals, J., Barceló, R. y Doménech, E. (1990). Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Revista de Psiquiatría Infantil, 4*, 265-268.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento. *Psiquis, 16*, 21-26.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica, 7*, 175-189.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1997). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating disorders, 6*, 485-494.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Domenech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents –DICA R-. *Psicothema, 9*, 599-569.
- Fairburn, C.G., y Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363–370.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Gandarillas-Grande, A. y Febrel, C. (2002). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Borh, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Garner, D.M., Olmsted, M.A. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34.
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire (GHQ-28; Maudsley Monograph No. 21). Oxford, U. K.: Oxford University Press.
- Halmi, K.A., Falk, J.R. y Schwartz, E. (1981). Binge eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine, 11*, 697-706.
- Hart, K.J. y Ollendick, T.H. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry, 142*, 851-854.
- Hawkins, R.C. y Clement, P.F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating techniques. *Addictive Behaviours, 5*, 219-226.
- Hay, P. (1998). The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community-Based Survey. *International Journal of Eating Disorders, 23*: 371-382.
- Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M. y Conde, V. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36(2)*, 75-81.
- Kendell, R.E., Hall, D.J., Hailey, A. y Babigan, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 3*, 200-203.
- Loureiro, V.E., Domínguez, M. y Gestal, J.J. (1996). Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría, 12*, 242-247.
- Lucas, A.R., Beard, M., O'Fallon, W.M. y Kurland, L.T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry, 148*, 917-922.
- Maloney, M.J., McGuire, J.B. y Daniels, S.R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27(5)*, 541–543.
- Martínez, A., Menéndez, D., Sánchez-Trapiello, M.J., Seoane, M. y Suárez, P. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria, 25(5)*, 313-319.
- Mintz, L.B., O'Halloran, M.S., Mulholland, A.M. y Schneider, P.A. (1997). Questionnaire for Eating Disorders Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Consulting Psychology, 44(2)*, 132.

- Moraleda, S., González, N., Casado, J.M., Carmona de la Morena, J., Gómez-Calcerrada, R., Aguilera, M. y Orueta, R. (2001). Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*, 28(7), 463-467.
- Morandé, G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En A. I., Romero y A. Fernández. *Salud mental. Formación continuada en atención primaria*. Madrid: IDEPSA.
- Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 243-260.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 215-219.
- Muro-Sans, P. y Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*, 12, 1-6.
- Patton, G.C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18, 947-951.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O. y Requena, A. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25-31.
- Rodríguez-Cano, T. y Beato-Fernández, L. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: Detección of false negatives. *European Psychiatry*, 20(2), 173-178.
- Rodríguez, A., Novalbos, J.P., Martínez, J.M., Ruiz, M.A., Fernández, J.R. y Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 338-45.
- Rojó, L., Livianos, L., Conesa, Ll., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, Ll. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291.
- Ruiz-Lázaro, P.M., Alonso, J.P., Velilla, J.M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo, A.I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 148-162.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (en prensa). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Bascarán, M.T., Fernández, J.M., Bousoño, M., y Pobes, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6), 367-74.
- Sancho, C., Arija, M. V., Asorey, O., y Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(8), 495-504.
- Stunkard, A.J. y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Thompson, M. A. y Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.

- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., y Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Vega, T., Rasillo, M.A. y Lozano, J.E. (2001). Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En Junta de Castilla y León. *Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León*. San Sebastián: Lovader, pp. 27-62