



Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria

Characterization, epidemiology and trends of eating disorders

Victoria Arijá Val¹, María José Santi Cano², José Pedro Novalbos Ruiz³, Josefa Canals⁴, Amelia Rodríguez-Martín⁵

¹Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Médicas Básicas. Facultad de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ²Alimentación, Dietética y Nutrición. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. Cádiz. ³Medicina Preventiva. Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. ⁴Cátedra de Psicopatología del Niño y el Adolescente. Departamento de Psicología. Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ⁵Cátedra de Salud Pública. Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. Cádiz

Resumen

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son un grupo de afecciones en las cuales las creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal se acompañan de conductas que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes. Pueden llegar a ser graves, repercutir sobre la calidad de vida y conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, incluso con desenlace fatal. El propósito de este capítulo es describir las características, la epidemiología y las tendencias de los TCA con información actualizada a partir de las publicaciones más recientes.

Métodos: se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura en Medline, EMBASE, Cochrane y Web of Science. Los términos de búsqueda fueron "anorexia nervosa", "bulimia nervosa", "binge eating disorders" and "epidemiology" en título y resumen.

Resultados: los TCA se presentan generalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Los mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). Los estudios de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y el sexo, muy superior en las mujeres jóvenes (AN: 0,1-2 %; BN: 0,37-2,98 %; TA: 0,62-4,45 %). La prevalencia de los TCA es del 2,2 % (0,2-13,1 %) en Europa, del 3,5 % (0,6-7,8 %) en Asia y del 4,6 % (2,0-13,5 %) en América. La comorbilidad es elevada con problemas psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el déficit de atención e hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad.

Palabras clave:

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Epidemiología. Prevalencia. Comorbilidad.

Abstract

Eating disorders are a group of conditions in which negative beliefs about food, body shape, and body weight together with behaviors such as restricted food intake, binge eating, excessive exercise, self-induced vomiting, and use of laxatives. They can become serious, affect quality of life, and lead to multiple physical and even psychiatric complications with a fatal outcome. The purpose of this chapter is to describe the characteristics, epidemiology, and trends of eating disorders with updated information based on the most recent publications.

Methods: we conducted a systematic literature search in Medline, EMBASE, Cochrane, and Web of Science. The search terms were "anorexia nervosa", "bulimia nervosa", "binge eating disorders" and "epidemiology" both in titles and in abstracts.

Results: EDs generally occur in adolescents and young adults. The best characterized TCAs are anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (TA). Prevalence studies indicate wide differences by age group and sex, much higher in young women (NA, 0.1-2 %; BN, 0.37-2.98 %; BED, 0.62-4.45 %). The prevalence of EDs is 2.2 % (0.2-13.1 %) in Europe, 3.5 % (0.6-7.8 %) in Asia, and 4.6 % (2.0-13.5 %) in America. Comorbidity is high with psychiatric problems such as depression, anxiety, attention deficit/hyperactivity disorder, obsessive-compulsive disorder, and personality disorders.

Keywords:

Keywords: Eating disorders. Epidemiology. Prevalence. Comorbidity.

Conflicts de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Arijá Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):8-15

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>

Correspondencia:

María José Santi Cano. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. Av. Ana de Viya, 52. 11009 Cádiz
e-mail: mariajose.santi@uca.es

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son un grupo de afecciones en las cuales las creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal se acompañan de conductas que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes (1).

Dichos TCA se presentan generalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Estas afecciones pueden llegar a ser graves al conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, además de tener impacto en la calidad de vida e incluso en la mortalidad (2,3).

En cuanto a las formas de presentación clínica, se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es el más ampliamente usado y cuya última clasificación se publicó en 2013 con la denominación de DSM-5 (4). En la clasificación DSM-5, los TCA mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), considerados como los tres TCA típicos. Otras formas "atípicas" de TCA son los TCA "especificados", caracterizados por la presentación de un cuadro clínico que cursa con angustia o deterioro en la vida social pero no cumple con los criterios completos de los TCA típicos. Estos serían la AN, la BN y el TA atípicos, las purgas y el síndrome de alimentación nocturna. Finalmente se describe una categoría residual, calificada como TCA "no especificados", que incluye todos los demás trastornos no incluidos en las demás categorías de TCA.

Los trastornos alimentarios a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento. Entre estas destacan los trastornos del ánimo y de ansiedad, los trastornos obsesivos-compulsivos, la fobia social, el déficit de atención/hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el abuso de sustancias y el consumo de alcohol (5-9). Respecto a las enfermedades físicas o somáticas, los TCA se asocian a sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad celíaca (10-12).

Aunque la evolución clínica de la AN parece ser favorable, con una recuperación del peso corporal alrededor de los 30 años de edad en el 88 % de los casos (13), también existe riesgo de autolesiones, comportamientos suicidas y mortalidad (14,15).

En Europa, la prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de un 1-4 %, la de la bulimia nerviosa es del 1-2 % y la del trastorno por atracón del 1-4 %. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3-0,7 % (16).

Actualmente se sabe que los TCA se distribuyen de forma global en los distintos países y que afectan a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos. No obstante, se dispone de pocos datos referidos a Asia, Latinoamérica y África. En estos países, por lo general, solo se estudia la prevalencia en la población considerada de alto riesgo: la de las mujeres jóvenes (17-19). En China se observan unas tasas de prevalencia de la AN, BN y TA del 1.05 %, 2.98 % y 3.58 %, respectivamente. En África, las cifras se sitúan en < 0,1 % para la AN, un 0,87 % para la BN y un 4,45 % para el TA. En Latinoamérica, las prevalencias de AN,

BN y TA son del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %, respectivamente. No obstante, la calidad de estos datos está cuestionada por la incierta validez del diagnóstico ya que, por ejemplo, la cifra media del índice de masa corporal (IMC) en el sur de Asia está entre las más bajas, con casi una cuarta parte de la población clasificada como desnutrida (IMC < 18,5 kg/m²). Por otra parte, los criterios diagnósticos del DSM-5 son sensibles a las cuestiones transculturales. Así, en África y Latinoamérica, la prevalencia de la AN es muy baja, aunque las prevalencias de la BN y el TA sí adquieren más importancia.

En el siglo pasado se observó un aumento en la incidencia de la AN en parte atribuido a una mejor detección y los mejores recursos, aunque es posible que también reflejara los efectos de los nuevos cánones de belleza impuestos, mientras que en lo que llevamos del siglo actual la incidencia de la anorexia nerviosa parece haberse estabilizado (20).

Aunque la etiología de los TCA es aún desconocida, hay evidencia de que tanto los genes como el ambiente contribuyen al riesgo. Es por ello que el período conocido de riesgo abarca desde la etapa prenatal temprana hasta la edad adulta (21,22).

El propósito de este capítulo es describir las características, la epidemiología y las tendencias de los TCA con información actualizada a partir de las publicaciones más recientes.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, Embase, Cochrane y Web of Science. Los términos de búsqueda fueron "anorexia nervosa", "bulimia nerviosa", "binge eating disorders" y "epidemiology" en título y resumen. La revisión se completó con referencias de los artículos seleccionados y revisiones narrativas que abordaran la temática.

En cuanto a la selección de estudios, se incluyeron estudios publicados en los últimos años que describieran la prevalencia de los TCA en el ámbito nacional, europeo e internacional. La búsqueda se limitó a artículos publicados en inglés y/o en español.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

CARACTERIZACIÓN

Los trastornos de la alimentación son alteraciones del comportamiento alimentario de origen multifactorial. Tanto la AN como la BN y también el TA tienen en común que las personas que los padecen tienen miedo a engordar y dificultad para aceptarse a sí mismas tanto física como psicológicamente, siendo la insatisfacción corporal una muestra de su profunda descalificación personal. Utilizando la metáfora del iceberg, los síntomas alimentarios son la parte visible de su malestar psicológico. El peso, la forma del cuerpo o la delgadez son los únicos o principales referentes que condicionan su autoestima y su valor personal.

Los TCA afectan tanto a la esfera biológica como a la psicosocial, siendo las mujeres adolescentes y jóvenes el principal grupo

de riesgo, aunque también se presenta en hombres y en otras edades. Estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada gravedad psiquiátrica y somática, pudiendo llegar a la muerte (1-3,14-16,23-25).

El concepto y la definición de los trastornos de la alimentación han ido evolucionado a lo largo del tiempo, desde los conceptos clásicos de AN y BN hasta la definición actual descrita en el DSM-5 (4) (Tabla I), que coincide con la clasificación propuesta por la CIE-11 (26), procedente de la CIE-10 (27).

En relación a las anteriores clasificaciones del DSM, el capítulo de trastornos alimentarios del DSM-5 ha sido uno de los que ha incorporado mayores cambios, tanto en lo referente a la agrupación de los trastornos, como en la definición de nuevas categorías y en los cambios de algunos de los criterios diagnósticos. La figura 1 describe la evolución de la clasificación de los TCA según el sistema DSM y la CIE.

En primer lugar, se han reunificado en un solo capítulo todos los trastornos referentes a las alteraciones del comportamiento

Tabla I. Criterios diagnósticos del DSM-5

ANOREXIA NERVIOSA (AN)
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
BULIMIA NERVIOSA (BN)
A. Episodios recurrentes de atracones. caracterizado por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
TRASTORNO POR ATRACÓN (TA)
A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizado por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
C. Malestar intenso respecto a los atracones.
D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Criterios diagnósticos del DSM-5

OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS ESPECIFICADO (OTAE)	
1.	Anorexia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios de AN, excepto que el peso, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal
2.	Bulimia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios de BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3.	Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4.	Trastorno de purgas. Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones.
5.	Síndrome de ingestión nocturna de alimentos
TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO (TANE)	
Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.	

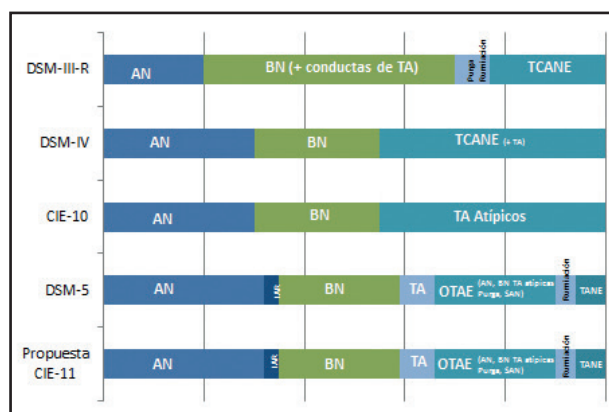


Figura 1. Evolución indicativa de la distribución de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria según las clasificaciones DSM y CIE (adaptado de Galmiche y cols., 2019. DSM: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; CIE: clasificación internacional de enfermedades. AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TA: trastorno por atracón; TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado; IAR: ingesta alimentaria restrictiva; OTAE: otro trastorno alimentario especificado; SAN: síndrome alimentario nocturno; TANE: trastorno alimentario no especificado).

alimentario. El TCANE se reemplazó por otro trastorno del comportamiento alimentario específico (OTAE), donde se incluyó: AN atípica, BN atípica y TA atípico, trastorno de purgas, síndrome de alimentación nocturna y trastorno de alimentación no especificado. También están en el grupo de los TCA las alteraciones de la pica, el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos y el trastorno de rumiación. Se definieron los criterios del TA como entidad diagnóstica específica (antes se encontraba dentro del trastorno del comportamiento alimentario no especificado, TCANE, del DSM-IV), no se consideraron los tipos de BN y, para la

AN, desapareció el criterio de amenorrea y se cambió el criterio A relacionado con el peso, permitiendo una mejor adaptación del mismo a los diferentes momentos evolutivos.

El DSM-5 ha incluido para estos trastornos especificaciones de tipo y severidad. Así, la AN puede ser de tipo restrictivo cuando en los últimos tres meses las conductas que conducen a perder peso consisten en dieta, ayuno y ejercicio intenso. Por otro lado, llamamos AN de tipo purgativo/con atracones al trastorno cuando en los últimos tres meses han existido episodios autoinducidos de vómitos o mal uso de laxantes, diuréticos o enemas. La severidad de la AN está basada en el IMC para adultos y en el percentil del IMC para niños y adolescentes. Según las categorías de delgadez del adulto derivadas de la OMS, se considera la AN leve cuando el IMC ≥ 17 kg/m², la AN moderada cuando el IMC se encuentra entre 16 y 16,99, la AN severa cuando está entre 15 y 15,99, y la AN extrema cuando se sitúa por debajo de los 15 kg/m².

La severidad de la BN está basada en la frecuencia de las conductas compensatorias inapropiadas por semana. En este sentido, hablamos de BN leve cuando se producen como media de 1 a 3 episodios compensatorios, de BN moderada cuando existe una media entre 4 y 7, de BN grave cuando se presentan entre 8 y 13, y de BN extrema cuando se producen 14 o más episodios semanales.

La severidad del TA se define en base a la frecuencia de los episodios de atracones a la semana. Se habla de TA leve cuando esta frecuencia es de 1 a 3, de TA moderado cuando es de 4 a 7, de TA grave cuando se producen de 8 a 13 atracones/semana y de TA extremo cuando hay 14 o más.

Recientemente se defiende el TCA como un proceso continuo a lo largo del cual existen diferentes trastornos que se diferencian únicamente por la gravedad de los síntomas (28,29). En este sentido, antes de llegar a un cuadro completo se encontrarían los trastornos de la conducta alimentaria atípicos o las conductas de riesgo de TCA (28,29).

PREVALENCIA

La prevalencia de los TCA en la población varía en función de diversos factores, como pueden ser las características de la población estudiada (edad, género, población clínica o comunitaria, el país, etc.), el tipo de trastorno descrito (AN, BN, TA), los criterios diagnósticos y su especificidad.

La mayoría de los estudios de prevalencia se han centrado en mujeres adolescentes y jóvenes por ser este el principal grupo de riesgo (Tabla II).

A nivel mundial, la reciente revisión realizada por Hoek y cols. (2016) sobre la epidemiología de los TCA incorpora diversos metaanálisis sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes de diferentes zonas geográficas e indica cifras de AN entre el 0,1 y el 1,05 %, de BN entre el 0,87 y el 2,98 % y de TA entre el 3,32 y el 4,45 % utilizando criterios tanto del DSM-IV como del DSM-5 (30) [HYPERLINK https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hoek%20HW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27608181](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hoek%20HW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27608181).

Otra reciente revisión sistemática de los trastornos alimentarios, publicada en 2017 y que incluyó 19 estudios utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5, complementa la revisión anterior al incluir datos de todas las edades en hombres y mujeres de estudios de países desarrollados (Australia, EE. UU. y Canadá, y varios países europeos: Reino Unido, Finlandia, Suecia, Alemania, Portugal, Suiza y Países Bajos). Observa una prevalencia de los TCA en el conjunto de la población del 2,4 %. Para la AN en las mujeres fue del 0,67 al 1,2 % y en los hombres del 0,1 %.

Tabla II. Prevalencia puntual de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón en las mujeres jóvenes

Continente o país	Anorexia	Bulimia	Trastorno de atracones
China ¹	1,05	2,98	3,58
Japón ¹	0,43	2,32	3,32*
África ¹	< 0,01	0,87	4,5*
Latinoamérica ¹	0,10	1,16	3,53
Australia ²	2,0	1,0	2,4
EE. UU. ²	1,37	2,6	3,0
Europa	0,69-1,20	0,59-0,60	0,62-1,60
España ³	0,14-0,88	0,37-1,24	2,1 y 4,35†

¹Hoek y cols., 2016; ²Dahlgren y cols., 2017 (Holanda, Portugal); ³Ruiz-Lázaro y cols., 2010; Peláez-Fernández y cols., 2008; Pérez-Gaspar y cols., 2000, Gandarillas-Grande & Ferrel., 2002, Rojo-Moreno y cols., 2015.

*Trastorno alimentario no especificado (TANE), que incluye el trastorno por atracón atípico, la anorexia atípica y la bulimia atípica. †Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

En las mujeres, la prevalencia de la BN fue del 0,59 al 0,6 % y la del TA en mujeres del 0,62 %; la de los trastornos alimentarios especificados en hombres del 0,0 % y la combinada en hombres y mujeres del 2,4 % (31).

De forma similar, el proyecto europeo ESEMeD, publicado en 2009, valoró en sujetos mayores de 18 años la prevalencia de los trastornos alimentarios en seis países europeos, incluida España (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España). Las prevalencias estimadas a lo largo de la vida fueron del 0,48 % para la AN, del 0,51 % para la BN y del 1,12 % para el TA, siendo 3-8 veces mayor en las mujeres que en los hombres para todos los TCA (32).

En 2019 se ha publicado una amplia revisión que incluía 121 estudios de todo el mundo, de los cuales 94 describen las medias ponderadas de la prevalencia puntual en un momento específico, incluyendo hombres y mujeres de todas las edades y utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5. Describen una prevalencia de los TCA del 5,7 % (0,9-13,5 %) en las mujeres y del 2,2 % (0,2-7,3 %) en los hombres. Por continentes, la menor prevalencia de los TCA se observa en Europa: 2,2 % (0,2-13,1 %), seguida de Asia: 3,5 % (0,6-7,8 %) y de América: 4,6 % (2,0-13,5 %) (33).

En España, los primeros estudios sobre la prevalencia de los TCA se recogen en una publicación de Ruiz-Lázaro y cols. (2010) (34) que revisa los estudios realizados en adolescentes de ambos sexos entre 1986 y 2007 en diferentes áreas geográficas de España (Barcelona, Tarragona, Valencia, Navarra, Zaragoza, Valladolid, Madrid y Castilla la Mancha). Se describe una prevalencia de los TCA superior en las mujeres que en los hombres, siendo entre las mujeres del 3,4 % al 6,4 % y entre los hombres del 0,27 al 1,7 %. Por categorías, entre las mujeres, entre un 0,14 y un 0,88 % tenían AN, entre un 0,37 y un 1,24 % tenía BN y entre un 2,1 y un 4,35 % tenían TCANE; entre los hombres presentaban AN el 0-0,11 %, BN entre el 0 y el 0,36 % y TCANE entre el 0,17 y el 1,59 %.

Posteriormente, Peláez-Fernández y cols. (2008) (35) realizan un estudio en doble fase y hallan una prevalencia de los TCA de entre el 3 y el 6,2 %. Pérez-Gaspar y cols. (2000) (36) valoraron a mujeres de 12 a 21 años de la Comunidad de Navarra siguiendo los criterios del DSM-IV-TR y encontraron una prevalencia global de los TCA del 4,1 %, siendo del 0,3 % para la AN, del 0,8 % para la BN y del 3,1 % para el TCANE. Gandarillas-Grande y Ferrel (2002) (37) hallaron un 3,4 % de prevalencia de los TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid (0,6 % para la AN, 0,6 % para la BN, 2,1 % para el TCANE). En la provincia de Tarragona se halló una prevalencia de los TCA (criterios del DSM-IV) cercana al 4 % en escolares al inicio de la adolescencia, teniendo la mayoría de ellos cuadros que no cumplían todos los criterios del trastorno típico (TCANE) (28). Estos autores hallaron que, a los dos años de seguimiento, la incidencia de los TCA era del 2,0 % y la persistencia del 52,7 % (38).

Más recientemente, Rojo-Moreno y cols. (2015) (24) observaron una prevalencia del 3,6 % (de los 35 casos, 1 era de AN, 15 de AN parcial, 15 de AN subclínica y 3 de BN), siendo esta prevalencia del 6,3 % en las niñas y del 1,20 % en los niños. Álvarez-Malé y cols. (2015) (39) estudiaron 1342 escolares

canarios de entre 12 y 20 años, y encontraron una prevalencia del diagnóstico de TCA del 4,1 % (5,46 % en el sexo femenino y 2,55 % en el masculino), similar a la hallada por Rojo-Moreno y cols. (24), habiendo utilizado ambos los criterios diagnósticos del DSM-5. Para ambos estudios, la prevalencia de la anorexia y la bulimia fue menor del 1 % (0,19 % y 0,57 %) y la de los TCA no especificados, superior al 3 %. A los dos años de seguimiento, la incidencia en la adolescencia de nuevos casos fue del 2,7 % (24).

PREVALENCIA DEL RIESGO DE TCA

Las conductas de riesgo de TCA se valoran a través de cuestionarios autoevaluados, administrados a los propios adolescentes. Estas conductas son importantes a tener en cuenta porque pueden, en algunos casos, evolucionar a un trastorno alimentario y también pueden asociarse a malestar psicológico y condicionar la ingesta, el desarrollo somático y la calidad de vida del adolescente (40). En España, la mayoría de los estudios han administrado el cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT) para el conocimiento de estas manifestaciones, siendo este un instrumento internacionalmente utilizado y que ha demostrado buenas propiedades psicométricas. Así, el estudio de 2002 en la Comunidad de Madrid mostró un riesgo de TCA del 9,2 % (usando el EAT-40 con el punto de corte de riesgo en 20 puntos) (37). En 2009, Babio y cols. (38) hallaron un 14,32 % de conductas de riesgo en adolescentes de ambos sexos de Tarragona (EAT-40, punto de corte en 20 puntos). Posteriormente, el estudio realizado en adolescentes de 12 años de Alicante (EAT-40, punto de corte en 30 puntos) describió unas prevalencias del 11,2 % (41). Por otra parte, el estudio más reciente, publicado en 2015 por Álvarez-Malé y cols. (39), encontró en jóvenes canarios cifras de riesgo significativamente superiores a las de los estudios previos: un 27,4 % según el mismo cuestionario (EAT-40, punto de corte en 20 puntos).

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS TCA

En los últimos años, la prevalencia de los TCA ha aumentado, posiblemente en relación con el cambio acertado en los criterios diagnósticos del DSM-5 y la mejora de su detección (16,30,31) [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hoek%20HW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27608181"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hoek%20HW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27608181)). Las revisiones sistemáticas actualizadas apoyan estos dos motivos ya que han observado un aumento de la prevalencia de AN, BN y TA, junto a una disminución de los otros trastornos, OTAE y TANE, en estudios en los que se había utilizado el mismo criterio diagnóstico del DSM-5 (31,33).

Este incremento se ha valorado en la más reciente revisión sistemática, publicada en 2019 (33), que describe la evolución de los TCA, procedente de 25 estudios que han estimado la prevalencia puntual mediante diagnósticos precisos. Observaron un incremento del 3,5 % en el periodo de 2000-2006 al 7,8 % en el periodo de 2013-2018 (Fig. 2).

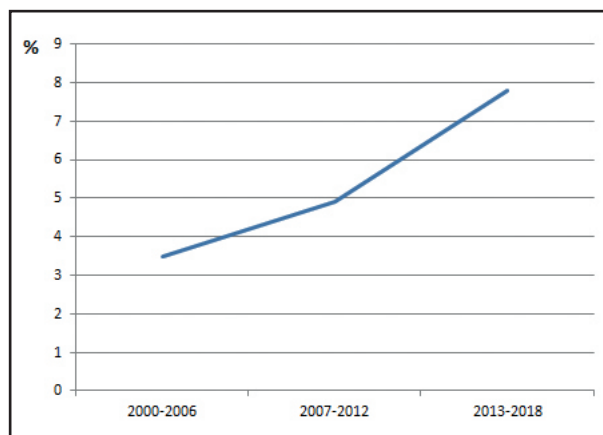


Figura 2. Evolución de la prevalencia de los TCA (Galmiche y cols., 2019. Medias ponderadas de la prevalencia).

COMORBILIDAD DE LOS TCA

Los TCA a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento (5-12). Los trastornos psicológicos se asocian casi en $\frac{3}{4}$ partes de los casos de TCA y esto comporta una mayor severidad y un peor pronóstico en el curso de los TCA. Si bien entre los trastornos comórbidos más frecuentes se encuentran la ansiedad y la depresión, también encontramos una asociación significativa con el trastorno obsesivo-compulsivo, la existencia de autolesiones, la conducta suicida y, a partir de la adolescencia, los trastornos de la personalidad y por consumo de tóxicos (16,24,42,43). Específicamente, la revisión narrativa de Keski-Rahkonen y Mustelin de 2016 (16) sobre los estudios europeos indica que la depresión mayor se encuentra asociada a un 33 % de los TCA, el trastorno de ansiedad generalizada a un 31 % y ciertas fobias específicas a un 17 %, sin observarse diferencias significativas entre los géneros. Para otros autores, en el sexo femenino, la presencia de depresión mayor se ha encontrado en el 44 al 61 % de los casos de manera concurrente con la AN o con la BN, y esta asociación es más alta (75-80 %) cuando la depresión se ha padecido en cualquier momento a lo largo de la vida (44). En el ámbito español, el estudio de Rojo-Moreno (24), realizado en jóvenes adolescentes de Valencia, observó una tasa de comorbilidad psiquiátrica del 62,9 %. La ansiedad fue el principal problema mental, pero también fue importante la asociación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (31,4 %) y el trastorno negativista desafiante (11,4 %) (24). También otros autores han observado una alta comorbilidad entre el TDAH y los TCA en las mujeres, siendo esta más frecuente entre las pacientes con AN de tipo compulsivo-purgativo (45).

El suicidio es una causa importante de mortalidad entre las personas con trastornos alimentarios y, específicamente, la AN tiene una de las tasas más altas de suicidio entre los trastornos psiquiátricos. Ahn y cols. (2019) (43) estudiaron los factores de

riesgo de conducta suicida en 899 pacientes con TCA. Estos autores hallaron intentos suicidas en el 20,8 % de los casos, siendo la ansiedad y la depresión, junto con el bajo IMC, los predictores de estos intentos en la AN, y el historial de hospitalización, las conductas autolesivas, la depresión comórbida, la duración de la enfermedad y la dificultad para regular los impulsos los predictores en la BN. Otros estudios han encontrado que, independientemente de la depresión asociada, la conducta suicida en las personas que padecen TCA es secundaria a la alta insatisfacción corporal y al deterioro psicológico que conlleva (46).

RECOMENDACIONES

Existen escasos estudios de la prevalencia de los TCA con los criterios diagnósticos actuales (DSM-5) en los varones y en los países en vías de desarrollo, principalmente en Asia y África.

Las diferencias metodológicas de los estudios de prevalencia impiden realizar una comparación de los datos por grupos de edad y sexo, y de diferentes características socioculturales y geográficas con exactitud.

Son necesarios estudios a largo plazo que permitan valorar la evolución de la prevalencia de los cuadros clínicos según los criterios de diagnóstico vigentes.

CONCLUSIONES

- Los trastornos de la alimentación son alteraciones del comportamiento alimentario que afectan tanto a la esfera biológica como a la psicosocial. Actualmente, la clasificación de los tipos de TCA y sus características para el diagnóstico quedan definidas en los criterios del DSM-5 y en la propuesta CIE-11.
- Los estudios de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo, siendo muy superior en las mujeres jóvenes (AN del 0,1 al 2 %; BN del 0,37 al 2,98 %; TA del 0,62 al 4,45 %). La prevalencia de los TCA por continentes es del 2,2 % (0,2-13,1 %) en Europa, del 3,5 % (0,6-7,8 %) en Asia y del 4,6 % (2,0-13,5 %) en América.
- La comorbilidad de los TCA es elevada con problemas psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, y también con el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, con el trastorno obsesivo compulsivo y con los trastornos de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bould H, Newbegin C, Stewart A, Fazel M. Eating disorders in children and young people. *BMJ* 2017;359:j5245. DOI: 10.1136/bmj.j5245
2. Pasold TL, McCracken A, Ward-Begnoche WL. Binge eating in obese adolescents: emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;19:299-312. DOI: 10.1177/1359104513488605
3. Crowell MD, Murphy TB, Levy RL, Langer SL, Kunin-Batson A, Seburg EM, et al. Eating behaviors and quality of life in pre-adolescents at risk for obesity with and without abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:217-23. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000585
4. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
5. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res* 2015;230:294-9. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.09.008
6. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdureau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord* 2015;185:115-22. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.039
7. Mustelin L, Latvala A, Raevuori A, Rose RJ, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Risky drinking behaviors among women with eating disorders - a longitudinal community-based study. *Int J Eat Disord* 2016;49:563-71. DOI: 10.1002/eat.22526
8. Meier SM, Bulik CM, Thornton LM, Mattheisen M, Mortensen PB, Petersen L. Diagnosed anxiety disorders and the risk of subsequent anorexia nervosa: a Danish population register study. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23:524-30. DOI: 10.1002/erv.2402
9. Cederlöf M, Thornton LM, Baker J, Cederlöf M, Thornton LM, Baker J, et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry* 2015;14:333-8. DOI: 10.1002/wps.20251
10. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, Klasen F, Ravens-Sieberer U; BELLA study group. Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:675-84. DOI: 10.1007/s00787-014-0610-3
11. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, et al. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015;48:555-62. DOI: 10.1002/eat.22334
12. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry* 2015;15:45. DOI: 10.1186/s12888-015-0419-8
13. Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, Rissanen A, Hoek HW, Kaprio J, et al. Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord* 2015;48:851-9. DOI: 10.1002/eat.22415
14. Islam MA, Steiger H, Jimenez-Murcia S, Israel M, Granero R, Agüera Z, et al. Nonsuicidal self-injury in different eating disorder types: relevance of personality traits and gender. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23:553-60. DOI: 10.1002/erv.2374
15. Yao S, Kujala-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, et al. Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry* 2016;73:284-91. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2737
16. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):340-5. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000278
17. Thomas JJ, Lee S, Becker AE. Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29:354-62. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000288
18. Kolar DR, Mejía Rodríguez DM, Mebarak Chams M, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29:363-71. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000279
19. van Hoeken D, Burns JK, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Africa. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29:372-7. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000274
20. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):336-9. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000282
21. Bulik CM, Kleiman SC, Zeynep Y. Genetic epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29:383-8. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000275
22. Bould H, Sovio U, Koupil I, Dalman C, Micali N, Lewis G, et al. Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:51-9. DOI: 10.1111/acps.12389
23. Rosling AM, Sparén P, Norring C, von Knorring AL. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44:304-10. DOI: 10.1002/eat.20827
24. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F, et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Res* 2015;227:52-7. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.02.015

25. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol* 2017;51:205-18. DOI: 10.12740/PP/64580
26. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision); 2018. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
27. CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades – 10.ª Revisión Modificación Clínica. 2.ª ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid; 2018.
28. Sancho C, Arija V, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:495-504. DOI: 10.1007/s00787-007-0625-0
29. Aparicio E, Canals J, Voltas N, Valenzano A, Arija V. Emotional Symptoms and Dietary Patterns in Early Adolescence: A School-Based Follow-up Study. *J Nutr Educ Behav* 2017;49:405-14. DOI: 10.1016/j.jneb.2017.01.015
30. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):336-9. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000282
31. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* 2017;5:56-66. DOI: 10.1186/s40337-017-0186-7
32. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMEd-WMH project. *J Psychiatr Research* 2009;43:1125-32. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
33. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019;109:1402-13. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342
34. Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38:204-11.
35. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Comparison of Single- and Double-Stage Designs in the Prevalence Estimation of Eating Disorders in Community Samples. *Span J Psychol* 2008;11:542-50. DOI: 10.1017/S1138741600004546
36. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga, F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Med Clín* 2000;114:481-6.
37. Gandarillas-Grande A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2002.
38. Babio N, Canals J, Pietrobelli A, Perez S, Arija V. A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutr Hosp* 2009;24:485-91.
39. Álvarez-Malé ML, Bautista I, Serra Majem L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp* 2015;31:2283-8.
40. Arija V, Ferrer-Barcala M, Aranda N, Canals J. BDNF Val66Met polymorphism, energy intake and BMI: a follow-up study in schoolchildren at risk of eating disorders. *BMC Public Health* 2010;23;10:363. DOI: 10.1186/1471-2458-10-363
41. Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castano MB. Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents. *Med Clin* 2011;136:139-43. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.05.023
42. Bahji A, Mazhar MN, Hudson CC, Nadkarni P, MacNeil BA, Hawken E. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2019;73:58-66. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.007
43. Ahn J, Lee J-H, Jung Y-C. Predictors of Suicide Attempts in Individuals with Eating Disorders. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49:789-97. DOI: 10.1111/sltb.12477
44. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord* 2015;185:115-22. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.039
45. Sala L, Martinotti G, Carenti ML, Romo L, Oumaya M, Pham-Scottez A, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and psychological comorbidity in eating disorder patients. *Eat Weight Disord* 2018;23:513-9. DOI: 10.1007/s40519-017-0395-8
46. Rufino KA, Viswanath H, Wagner R, Patriquin MA. Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders. *Compr Psychiatry* 2018;84:22-5. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.03.013