

Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España

P. M. Ruiz-Lázaro

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. D. G. A. Teruel. Grupo ZARIMA.
Unidad Mixta de Investigación. Hospital Clínico. Universidad de Zaragoza

Epidemiology of eating behavior disorders in Spain

Resumen

Se han llevado a cabo considerables avances en la investigación de la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España. Este artículo resume estudios recientes. Esta revisión sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones clínicas y no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados. El amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de TCA publicadas en adultos y adolescentes puede relacionarse con los problemas metodológicos inherentes a este tipo de investigación. La anorexia nerviosa y los TCA relacionados son más frecuentemente investigados en chicas adolescentes y mujeres jóvenes y un buen número de investigadores se han ocupado de la prevalencia en este grupo de alto riesgo. No se han efectuado buenos estudios epidemiológicos con poblaciones infantiles o masculinas.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Epidemiología. Prevalencia.

Summary

Considerable advances have been made in research of epidemiology of eating behavior disorders in Spain. This report summarizes recent studies. This review suggests that the prevalence of abnormal eating attitudes and behaviors in Spanish clinical and non-clinical populations is not markedly different from that already reported for other developed countries. The wide range of variation in published prevalence rates for eating disorders in adults and adolescents can be understood in the face of the many methodological problems inherent to this type of research. Anorexia nervosa and related eating disorders are most commonly investigated in adolescent girls and young women and a number of researchers have investigated prevalence rates in this «high risk» group. No good epidemiological research has been carried out with child populations and male populations.

Key words: Eating disorder. Anorexia. Bulimia. Epidemiology. Prevalence.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no son un problema nuevo, tienen una larga historia. Pero es ahora cuando su virulencia en la sociedad actual causa preocupación¹. Es preciso conocer con la mayor exactitud posible la frecuencia de los trastornos alimentarios en nuestro país. Desde la democracia la sociedad española ha experimentado un importante cambio que la convierte en un interesante lugar donde investigar el problema de los TCA. Además, la información acerca de este problema en España es necesaria para guiar la investigación y programación de la salud mental. La epidemiología en población general es imprescindible para la planificación y provisión de recursos sanitarios. La importancia de la precisión en los estudios epidemiológicos reside en que son precisa-

mente en estas cifras en las que deben fundamentarse los planes de estimación de servicios sanitarios apoyados en datos empíricos (medicina basada en pruebas)^{2,4}.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de los TCA en España no se aleja en exceso de la del resto de los países occidentales. Existen trabajos españoles de investigación epidemiológica sobre estos trastornos suficientemente rigurosos en población adolescente.

OBJETIVOS

Conocer el estado de la investigación epidemiológica y la epidemiología de los TCA en España a través de la revisión crítica de los estudios españoles.

MÉTODOS

Recopilación y revisión de artículos sobre estudios epidemiológicos de prevalencia de los TCA en España

Correspondencia:

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro
P.º Echegaray y Caballero, 26, 3.º C
50003 Zaragoza
Correo electrónico: pmruiz@aragob.es/pruizl@intersep.org

publicados en los últimos años utilizando un rastreo informatizado (Medline, Psycinfo) completado con una búsqueda manual en diversas fuentes: revistas, libros, libros de resúmenes de congresos, entre otras, así como Internet.

Incluimos estudios:

- Realizados en España en la comunidad o en el ámbito sanitario.
- Que aportaban datos de frecuencia de TCA.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Hasta la fecha el número de estudios sobre trastornos alimentarios en los países mediterráneos es todavía limitado⁵. Se ha publicado, hace muy pocos años, que los trabajos epidemiológicos realizados en España eran escasísimos⁶. Incluso, más recientemente, que en España no se han realizado muchos estudios sobre la prevalencia de los TCA⁷. En la década de 1990 existían escasos estudios epidemiológicos rigurosos y referidos a la población general⁸. La situación ha cambiado y coloca a España a la cabeza de la investigación epidemiológica sobre los trastornos alimentarios. Hasta hace poco la determinación

de la prevalencia de los TCA no pasaba de simples especulaciones mediáticas. Con el cambio de milenio la situación ha variado significativamente. En la actualidad en España contamos con algunos estudios epidemiológicos suficientemente rigurosos para hacer fiables los datos que han suministrado^{9,10}.

Los primeros estudios epidemiológicos se realizaron sobre poblaciones clínicas, pero posteriormente la investigación se ha dirigido a detectar los casos que existen en la población general.

Fuentes secundarias

Si atendemos a las fuentes secundarias de epidemiología psiquiátrica en las muestras clínicas publicadas en España se puede apreciar, en una primera aproximación, la frecuencia por sexo de estos trastornos¹¹ (tabla 1).

En Barcelona, Tomás et al. en 1990 encuentran cinco varones y 48 mujeres de 53 casos de centros hospitalarios y consultas privadas de 1968 a 1988¹².

En Madrid, San Sebastián et al. en 1990 en una muestra de nueve pacientes prepúberes diagnosticados de anorexia nerviosa (AN) cuentan con dos varones y siete mujeres¹³.

TABLA 1. Estudios en muestras clínicas españolas

Autor	Ciudad	Fecha	Edad	Diagnóstico	Mujeres	Varones
Tomás et al.	Barcelona	1968-1988	10-21	AN DSM-III-R	48/53	5/53
San Sebastián et al.	Madrid	1987-1989	12-15	AN DSM-III	7/9	2/9
de la Serna	Madrid	1978-1988	12-38	AN DSM-III-R	53/63	10/63
Gómez et al.	Madrid	1990	Media: 18 ± 5	AN DSM-III	19/23	4/23
Turón et al.	Barcelona	1975-1990	12-33	AN DSM-III-R	103/107	4/107
Toro et al.	Barcelona	1985-1991	11-26	AN DSM-III-R	204/221	17/221
Lázaro et al.	Barcelona	1984-1993	Media: 15	AN DSM-III-R	98/108	10/108
			10-17	AN DSM-III-R		
Velilla et al.	Zaragoza	1975-1994	Adolescentes	AN OMS	12/118	106/118
Quintanilla et al.	Zaragoza	1981-1985	Media: 15,19	AN CIE-10	28/30	2/30
		1991-1995	Media: 15,57	AN CIE-10	70/76	6/76
			Media: 15,62	BN CIE-10	13/14	1/14
Cervera y Quintanilla	Pamplona	1995	Media: 19,17	AN Feighner	48/50	2/50
Mirón et al.	Salamanca	1994-1997	Media: 17	AN CIE-10	20/23	3/23
Bueno et al.	Zaragoza	1976-1997	Adolescentes	AN CIE-10	286/313	27/313
				BN CIE-10		
de la Serna	Madrid	1998	17-32	BN CIE-10	40/45	5/45
Vázquez et al.	Castellón	1997-1998	12-58	TCA DSM-IV	117/122	5/122
Pérez del Yerro	Algeciras	1992-1997	Media: 16,1	AN	35/40	5/40
				BN		
				TCANE		
Menéndez y Pedreira	Avilés	1997-1998	11-17	TCA CIE-10	25/29	4/29
	Coruña	1990-1997	< 15	AN CIE-10	16/18	2/18
Padierna et al.	Vizcaya	1999	14-65	AN DSM-IV	137/141	4/141
				BN DSM-IV		
				Binge eating		
Padierna et al.	Vizcaya	2000	14-65	AN DSM-IV	129/131	2/131
			Media: 22,3	BN DSM-IV		
Vega y Rasillo	Castilla y León	1999	Media: 21	Registros nuevos	184/205	21/205
			Media: 19,6	TCA		

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCA: trastorno de la conducta alimentaria; TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado; OMS: Organización Mundial de la Salud; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Asimismo, en Madrid, el mismo año, publican de la Serna una serie de 10 varones y 53 mujeres¹⁴ y Gómez et al. otra con cuatro varones y 19 mujeres de 23 pacientes con AN¹⁵.

En Barcelona, Turón et al. en 1992 estudian las características demográficas y clínicas de 107 casos de AN ingresados durante 15 años de los que cuatro son hombres (el 3,7%) y 103 mujeres, con una proporción 1:25¹⁶.

En Zaragoza, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Velilla, recogen 118 casos (12 varones y 106 mujeres) de 1975 a 1994¹⁷.

Igualmente en Barcelona, Toro et al. en 1995 realizan un estudio descriptivo de 221 pacientes con AN, de los que 17 (el 7,7%) eran varones y 204 mujeres¹⁸.

En la Clínica Universitaria de Navarra, Cervera y Quintanilla en 1995 estudian 50 casos diagnosticados de AN con los criterios de Feighner (48 mujeres y dos varones)¹⁹.

También en Barcelona, Lázaro et al. en 1996 refieren que en un grupo de 108 pacientes adolescentes con AN, 10 de 108 eran varones (el 9,3%) y 98 mujeres²⁰.

De nuevo en Zaragoza en 1998 otros integrantes del mismo grupo del Hospital Clínico comparan los pacientes atendidos entre los años 1981 a 1985 (30 casos) con los de 1991 a 1995 (90 casos). La proporción por sexos se mantiene estable en el tiempo y para los diferentes diagnósticos (10:1 en favor de las mujeres)²¹.

En el Hospital Clínico de Salamanca de 1994 a 1997 se codificaron como AN 23 ingresos: un 13% varones y el 86% mujeres, publicados por Mirón et al. en 1998²².

De la Serna publica en 1998 una muestra clínica de 45 pacientes ambulatorios madrileños con bulimia nerviosa (BN) en la que el 11,1% son varones (n=5)²³.

Durante 1976 a 1997 se han estudiado 313 casos de TCA en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Un 8,6% son varones y un 91,3% mujeres. Son datos publicados en 1999²⁴.

En la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Provincial de Castellón de la Plana, Vázquez et al., atienden en el período que abarca del 1 de junio de 1997 al 31 de agosto de 1998 a 117 mujeres (96%) y cinco varones (4%) con TCA²⁵.

En Algeciras, Pérez del Yerro et al. en 1999 analizan los enfermos tratados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Comarcal Punta de Europa entre 1992 y 1997 mediante un estudio transversal retrospectivo con 40 historias: 35 mujeres (82%) y cinco varones (18%)²⁶.

En un mismo trabajo de 1999 se presentan datos de Asturias y Galicia. Pedreira en Avilés, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, recoge los pacientes remitidos en 2 años por TCA con edades entre los 11 y 17 años a través del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Son un total de 29, de los que 22 cumplen criterios CIE-10. La proporción mujeres/varones es 6:1. En la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Coruña Menéndez atiende de 1990 a 1997 34 casos de hasta 15 años, con una prevalencia del 1%, aproximadamente. Se diagnosticó AN en 18 casos (tasa de prevalencia atendida del 0,6%) y la relación chicas/chicos fue de 8:1²⁷.

Padierna et al., en el Hospital de Galdakao de la comarca interior de Vizcaya, estudian 141 sujetos en tratamiento ambulatorio diagnosticados de trastorno alimentario con criterios DSM-IV: con una edad media de 23,5 ± 6,2 años (137 mujeres [97%] y cuatro varones [3%])²⁸. El mismo grupo en una muestra de 131 sujetos en tratamiento por anorexia restrictiva, purgativa o bulimia nerviosa, con una edad media de 22,3 años, encuentra un 98,5% de mujeres (n=129)²⁹.

Tomás y Rasillo, en equipos seleccionados de salud mental de Castilla y León, registran 205 nuevos casos (184 mujeres y 21 varones) diagnosticados con un TCA durante 1999. La tasa de incidencia de nuevos diagnósticos se sitúa en 37,8 por cada 100.000 habitantes³⁰.

Fuentes primarias

Si revisamos las fuentes primarias constatamos que en España se han realizado numerosos estudios epidemiológicos comunitarios con adolescentes (tablas 2 y 3).

En Barcelona, Toro et al., en un trabajo pionero, encuentran en 1989 que entre 1.264 adolescentes de 12 a 19 años de edad superan el punto de corte «patológico», igual o mayor a 30 del *Eating Attitudes Test* (EAT), el 1,2% (n=8) de los varones y el 9,8% (n=56) de las mujeres^{31,32}.

En Reus, en 520 escolares de 14 años los varones y 13 años las mujeres, con el EAT, Canals et al. en 1990 encuentran puntuaciones medias diferentes, de 15,3 en las chicas y de 13,6 en los chicos³³.

En ocho ciudades de Cataluña, Raich et al. en 1991, en 1.263 mujeres y 1.155 varones, entre 14 y 17 años, estudiantes de 1.º, 2.º de BUP y FP, hallan un 2,6% (n=40) de varones con EAT igual o mayor que 34 y un 7,3% de mujeres (n=110)³⁴. El mismo grupo en 1992, en un estudio transcultural con Estados Unidos, encuentra mediante la aplicación del EAT, en 3.544 adolescentes estudiantes en centros catalanes de BUP y FP, que un 0,1% de los varones y un 0,9% de las mujeres tiene síntomas bulímicos³.

En un estudio de Carbajo et al. de 1995, continuación del publicado por Canals et al., hallan que entre 515 adolescentes, un 8,3% de los varones y un 12,4% de las mujeres supera el punto de corte del EAT (igual o mayor de 30)³⁵. Mediante los cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN) cuando la muestra tenía 18 años (y sólo 304 sujetos pueden reclutarse, rellenan cuestionarios de autoinforme y 290 son entrevistados) cumplen criterios CIE-10 de TCA un 0% de los varones y un 5,2% de las mujeres (un 2,6% con criterios DSM-III-R)³⁶.

Morandé et al. en 1985, 1986 y 1987 en población escolar adolescente de Madrid encuentran cifras de un 11,6% de mujeres y un 1,2% de varones pertenecientes al grupo de riesgo^{37,38}.

En 1993-1994 para Morandé et al., con similar metodología en dos estadios, serían el 17,36% de las mujeres y los porcentajes registrados en varones seguirían siendo minoritarios (un 1,96%). Han podido demostrar un aumento de prevalencia de anorexia en chicas del 0,31 al 0,69%

TABLA 2. Estudios en muestras comunitarias españolas

Autor	Ciudad	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1.ª fase	2.ª fase	Dg
Morandé et al.	Madrid	1985, 1986, 1987	Escolares	V y M	X = 15	636 M 86 V	EAT, GHQ	Sí	Sí	Sí
Toro et al.	Barcelona	1989	COU, BUP 7.º EGB, 8.º EGB	V y M	12-19	848 V 706 M	EAT	Sí	No	No
Canals et al.	Reus	1990	Escolares	V y M	13-14	520	EAT	Sí	No	No
Carbajo et al.	Reus	1990 1991	Escolares	V y M	13-15	290 V 225 M	EAT	Sí	No	No
Raich et al.	Ocho ciudades catalanas	1991	BUP, FP	V y M	14-17	1.263 M 1.144 V	EAT, EAV, BSQ	Sí	No	No
Raich et al.	Cinco ciudades catalanas, Estados Unidos	1992	BUP, FP	V y M	14-17	1.041 M 935 V en España	EAT	Sí	No	Sí
Morandé et al.	Móstoles	1993, 1994	1.º BUP 2.º BUP FP	V y M	X = 15	725 M 520 V	EDI, GHQ	Sí	Sí	Sí
Loureiro et al.	Coruña	1996	3.º BUP	M	X = 16,7	607 M	EAT-40	Sí	No	Sí
Canals et al.	Reus	1997	Estudiantes	V y M	17-18	152 M 138 V	EAT SCAN	Sí	Sí	Sí

V: varones; M: mujeres; Dg: diagnóstico; EAT: *Eating Attitudes Test*; GHQ: *General Health Questionnaire*; EAV: *Escala Analógica Visual*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; EDI: *Eating Disorder Inventory*; SCAN: Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría.

y del 0,9% al 1,24% en el caso de la bulimia. Si se suman cuadros completos y parciales, un 4,69% de chicas y un 0,9% de chicos padecen TCA (frente al 1,55% de mujeres y el 0% de varones en la década de 1980). Entre los estudiantes de Madrid, el 49% de las mujeres y el 7% de los varones estarían preocupados por adelgazar³⁹⁻⁴³.

En Coruña, Loureiro et al. en 1996 detectan entre 607 alumnas de 3.º de BUP un 13% con actitudes desordenadas en el comer (con EAT superior a 30) y un 0,25% (un caso) de AN⁴⁴.

La prevalencia de TCA entre las mujeres adolescentes escolarizadas de Zaragoza encontrada por nosotros, Ruiz et al., Grupo ZARIMA, en 1997 en nuestro estudio epidemiológico transversal «en dos fases», en una muestra representativa de 4.047 adolescentes escolarizados en 61 centros de enseñanza secundaria (30 públicos y 31 privados) de 12 a 18 años (2.193 mujeres y 1.854 varones), es similar a las halladas en otros países europeos y occidentales, con las dificultades de comparar trabajos epidemiológicos por las diferentes metodologías empleadas.

La prevalencia estimada de TCA entre las mujeres adolescentes escolarizadas de Zaragoza es del 4,51% (IC 95% método exacto Mid-P: 3,7 al 5,4%).

En el segundo estadio tras la entrevista clínica (realizada sólo en mujeres) con criterios diagnósticos estrictos del DSM-IV, CIE-10 presentan F50.0 anorexia nerviosa un 0,14% (IC 95% método exacto Mid-P: 0,0 al 0,4%) (n = 3), F50.2 bulimia nerviosa un 0,55% (IC 95% método exacto Mid-P: 0,3 al 0,9%) (n = 12) y F50.9 trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TACNE) un 3,83% (IC 95% método exacto Mid-P: 3,1 al 4,7%) (n = 84).

La población con riesgo para TCA en mujeres y varones adolescentes escolarizados zaragozanos, determina

mediante autocuestionarios, es semejante a la encontrada en otros países desarrollados y en otras poblaciones españolas. Una minoría significativa de una muestra comunitaria de los adolescentes zaragozanos tiene conductas y actitudes alimentarias desadaptativas, valoradas con los cuestionarios autoaplicados. En efecto, la población con riesgo para TCA, definida por una puntuación igual o mayor al punto de corte 30 del EAT-40, estimada en las adolescentes escolarizadas zaragozanas mujeres es del 16,32% (IC 95%: 14,8-17,9%) y del 3,3% (IC 95%: 2,6-4,2%) en los adolescentes varones. Existen diferencias significativas genéricas respecto a la prevalencia de la población «con riesgo» entre las mujeres y los varones adolescentes zaragozanos (casi cinco veces más en el caso de las mujeres)^{4,8,11,45-52}.

En Navarra, en la tesis doctoral de Pérez-Gaspar en una muestra de 2.862 mujeres, de 12 a 21 años, en 39 centros académicos, asimismo en 1997, con un procedimiento de doble fase, la prevalencia total de TCA fue del 4,1% (IC 95%: 3,45-4,95%). La prevalencia de AN del 0,31% (IC 95%: 0,14-0,59%), de BN del 0,76% (IC 95%: 0,48-1,16%) y un 3,07% de cuadros incompletos o TCANE (IC95%: 2,47-3,77%)⁵³⁻⁵⁵.

En Asturias, durante el curso 1997-1998, se estudió a 835 jóvenes de 13 a 21 años, alumnos de secundaria (415 hombres y 401 mujeres). De los 72 posibles casos (punto de corte 13/14 en Escala impulso a la delgadez [ID] del *Eating Disorder Inventory* [EDI]) 63 son mujeres (7,7%) y nueve hombres (1,1%)⁵⁶.

En Cádiz, un estudio transversal con 630 escolares de 14-18 años de edad (media: 15,9), con un cuestionario de autoinforme, detectó conducta alimentaria anómala en el 43,6% (n=292), con predominio femenino con una ratio 2:1⁵⁷.

TABLA 3. Estudios en muestras comunitarias españolas

Autor	Ciudad	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1.ª fase	2.ª fase	Dg
Ruiz et al.	Zaragoza	1997	Secundaria	V y M	12-18	2.193 M 1.854 V	EAT-40, EDI, CIMEC, SCAN	Sí	Sí	Sí
Gual	Navarra	1997	Secundaria, Universidad	M	12-21	2.862	EAT-40	Sí	Sí	Sí
Saiz et al.	Asturias	1997- 1998	Secundaria	V y M	13-21	415 V 401 M	EDI	Sí	No	No
Martín et al.	Cádiz	1999	Escolares	V y M	14-18	630	Autoinforme	Sí	No	No
Ferrero et al.	Comunidad Valenciana	1999	BUP, COU, FPI, FPII	V y M	14-21	1.227 M 731 V	EAT-40 BITE	Sí	No	Sí
Romay	Madrid	1999	6.º primaria 1.º y 2.º ESO	V y M	11-16	75 V 59 M	Cuestionario propio	Sí	No	No
Rojo et al.	Valencia	1999	Secundaria	V y M	16-18	474	EAT, SCAN	Sí	Sí	Sí
Gandarillas y Febrel	Comunidad de Madrid	2000	Secundaria	V y M	15-20	2.259 M 1.776 V	EDI GHQ-28	Sí	No	No
Martínez et al.	Gijón	2000	Secundaria	V y M	14-22	430 M 430 V	EAT-26 CIMEC	Sí	No	No
del Río et al.	Sevilla	2000	Secundaria	V y M	Media: 16,32	205 V	BSQ			
del Río et al.	Sevilla	2001	Secundaria	V y M	Media: 16,16 M 16,12 V	374 M 477 V	EAT, BSQ	Sí	No	No
Vega et al.	Castilla y León	2001	Secundaria	V y M	12-18	1.260 M 1.220 V	EAT-40	Sí	No	No
Rodríguez et al.	Cádiz	2001	Secundaria	V y M	14-18	491	Cuestionario Granada	Sí	No	No
Ruiz-Lázaro et al.	Teruel	2001	Secundaria	V y M	12-15	104 V 96 M	EAT-26	Sí	No	No
de Gracia et al.	Girona	2001	Secundaria	V y M	14-19	479 M 476 V	EAT-40 BSQ	Sí	No	No
Beato et al.	Castilla- La Mancha	2001	4.º ESO	V y M	16	1.076	GHQ-28, EAT-40, BITE, BSQ, SCAN	Sí	Sí	Sí

EAT: *Eating Attitudes Test*; EDI: *Eating Disorder Inventory*; CIMEC: Cuestionario de influencias modelo estético corporal; SCAN: Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría; BITE: Test de bulimia de Edimburgo; GHQ: *General Health Questionnaire*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*. Dg: diagnóstico.

En la Comunidad Valenciana, Ferrero et al. en 1999 en una muestra urbana de 1.962 estudiantes de enseñanza media de 14 a 21 años, con el EAT y el Test de bulimia de Edimburgo (BITE) como medidas de autoinforme (con puntos de corte de 26 en EAT y 20 en BITE para discriminar entre caso y no caso), consideran caso de AN al 3,3% de varones y al 16,21% de mujeres y de BN al 0,82% de varones y al 2,93% de mujeres⁵⁸.

Romay en 1999 en Madrid encuentra un 15% de niños con «perfil de riesgo» entre 75 varones y 59 mujeres de 6.º de primaria y 1.º y 2.º de ESO⁵⁹.

Rojo et al., en un estudio en doble fase, que replica la metodología del nuestro, con 544 jóvenes de 12 a 18 años, escolarizados en la provincia de Valencia, hallan que el 16,9% de las chicas y el 5,12% de los chicos puntúan por encima del punto de corte en el EAT-26. Con criterios estrictos DSM-IV la prevalencia total es del 5,89% en mujeres (0,74% AN, 0,37% BN, 4,04% TCANE, 0,74% trastorno por atracón) y el 0,37% en hombres (IV Congreso Nacional de Psiquiatría, Oviedo, 1999).

En la Comunidad de Madrid, en un estudio transversal, en una fase con el EDI y el *General Health Questionnaire* (GHQ-28), de Gandarillas y Febrel, publicado en 2000, en una muestra de adolescentes escolarizados de 4.334 alumnos de 15 a 20 años, un 15,3% (13,8-16,9%) de las mujeres y un 2,2% (1,6-2,8%) de los varones pertenecen al grupo con riesgo⁶⁰.

En Gijón, en 860 adolescentes de secundaria de 14 a 22 años, Martínez et al. encuentran que el 12,8% de las mujeres (IC 95%: 9-16,5%) y el 1,8% de los varones (IC 95%: 0,8-2,8%) tienen actitudes alimentarias alteradas (puntúan igual o más de 20 en el EAT-26)⁶¹.

En Valladolid, Imaz, en su tesis doctoral por publicar, encuentra cifras que no se alejan en exceso de los estudios más rigurosos (en dos fases) de Madrid, Navarra y el nuestro de Zaragoza (ponencia III Congreso de AETCA, Sevilla, 2001).

En Sevilla, del Río et al. estudian con el EAT y el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) una muestra de 851 adolescentes (chicos y chicas). Encuentran conductas purgati-

vas entre las chicas, que son prácticamente inexistentes en los varones. Con vómitos en el 9,9% y uso de laxantes en el 4,8% de las mujeres (póster III Congreso de AETCA, Sevilla, 2001).

En la Comunidad de Castilla y León, en una amplia muestra de enseñanza secundaria, Vega, Rasillo y Lozano, en un estudio realizado en 1999, estiman un porcentaje de mujeres del 12,3% (IC 95%: 10,4-14,3%) en el riesgo elevado (EAT-40 mayor de 30), mientras que los varones sólo suponen el 3,2% (IC 95%: 2,1-4,2%)⁶².

En Girona, de Gracia et al. realizan un estudio epidemiológico en una muestra de 1.025 adolescentes (14-19 años) de secundaria con el EAT-40, BSQ e índice de masa corporal (IMC), e identifican 86 posibles casos, de los cuales el 96% eran mujeres (n=83). Un 17,3% de las mujeres y un 0,6% de los varones puntúan igual o más de 30 en el EAT-40 (comunicación II Congreso Virtual de Psiquiatría, 2001).

En Castilla-La Mancha, Beato, en una muestra de 1.076 estudiantes de la ESO, mediante un estudio en dos fases, con el EAT y el BITE y entrevista con SCAN, diagnostica un 4,05% de mujeres con TCA y un 0,45% de varones (ponencia III Jornadas ADANER Cantabria, 2001).

Petit et al., el Ayuntamiento de Getafe, el Servicio de Salud Pública del Área 10 y la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y el Insalud de forma coordinada desde la Mesa de Educación para la Salud, están llevando a cabo un proyecto de prevención de TCA desarrollado durante 5 años consecutivos, atendiendo a 3.836 chicos/as y sus familias, 13 departamentos de orientación y 35 tutores/as por curso académico de los IES públicos de Getafe. Un 90% de los adolescentes de ambos sexos escolarizados en los primeros cursos de la ESO en Getafe no presentan riesgo de sufrir un TCA. El 10% tiene alguno de los factores de riesgo que si no se corrigen pueden desarrollar un problema de este tipo. El 0,5% de esta población (12-14 años) presenta TCA (anorexia-bulimia) (ponencia Encuentro de Vigilancia Epidemiológica de los TCA en la Escola d'Estiu de Salut Pública, mayo, 2001).

Rodríguez et al., de la Universidad de Cádiz, estudian 491 escolares de 14 a 18 años con el cuestionario auto-cumplimentado de la Escuela de nutrición de Granada. El 16,3% tienen conductas alimentarias anormales relacionadas con la anorexia y el 17,1% con la bulimia. Y un 33% conductas compensatorias, con claro predominio femenino⁶³.

Finalmente, nosotros, Ruiz-Lázaro et al., en Teruel en población adolescente rural escolarizada en secundaria, 1.º y 2.º de ESO, encontramos 13:96, un 13,5% (IC 95%: 7,42-22,0%) de las mujeres, y 4:104, un 3,85% (IC 95%: 1,06-9,55%) de los varones, que se pueden considerar con riesgo de TCA (puntúan igual o más de 20 en el EAT-26)⁶⁴.

DISCUSIÓN

La epidemiología de los trastornos alimentarios en España es un área de investigación que ha avanzado en pocos años del cero al infinito. Se han llevado a cabo con-

siderables avances. De no poseer apenas datos fiables hemos pasado en una década a ser probablemente la nación europea con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos en población general adolescente y juvenil. Más que repetir estudios similares en todas las comunidades autónomas, el camino futuro que se diría más adecuado será avanzar en las zonas más oscuras: infancia, adultos, varones y en el estudio de los factores de riesgo¹⁰.

Los trabajos de mayor calidad metodológica publicados por grupos españoles son los de Morandé et al. en Móstoles, Pérez-Gaspar et al. en Navarra y Ruiz et al. en Zaragoza^{4,43,45,54}. Son estudios transversales en dos fases, de la tercera generación de la investigación epidemiológica psiquiátrica de Dohrenwed y Dohrenwed, la metodología más aceptada, el diseño más acertado para la detección de casos en la comunidad, y un medio eficiente para estimar la prevalencia de psicopatología⁴.

El de Morandé et al. fue el pionero. Los autores sólo estudian población de 15 años de edad y la muestra aleatoria únicamente abarca cuatro centros de los 17 de Móstoles. Parte de las entrevistas (137) se hicieron por teléfono, pero diagnostican varones, en la segunda fase, lo que dota al trabajo de especial relevancia. Y además se pueden comparar los datos entre 1985-1986 y 1993-1994, lo que permite ver la evolución de la prevalencia de estos trastornos en Madrid⁴³.

El de Pérez-Gaspar et al. es de los pocos que supera los 2.000 sujetos estudiados. Se trata de una muestra amplia y representativa de la población navarra escolarizada de 12 a 21 años. Es una excelente aportación al conocimiento epidemiológico de estas enfermedades, que es digna de destacar. El diagnóstico mediante cuestionario de 22 casos, frente a los 97 diagnosticados mediante entrevista, resta algo de rigor a un trabajo por lo demás impecable. También se recurrió al teléfono, como en el trabajo madrileño, en 23 casos. No está publicado el análisis de los datos referentes a los varones, que también se estudiaron, por la baja prevalencia de estos trastornos en chicos^{47,54}.

El estudio ZARIMA de Zaragoza, del mismo año que el anterior, supera los 4.000 adolescentes estudiados en una muestra representativa de la población zaragozana escolarizada de 12 a 18 años de ambos sexos. El alto porcentaje de participación en la segunda fase del 93,6% es destacable. Es el único en que se diagnostica con los criterios del DSM-IV y de la CIE-10, con las dos clasificaciones internacionales en vigor. Las entrevistas estructuradas realizadas por el psiquiatra son siempre cara a cara, sin emplear en ningún caso el teléfono, pero sólo se realizó la entrevista diagnóstica estructurada en las mujeres por la baja prevalencia esperada en varones. Falta información acerca de los diagnósticos en los adolescentes chicos, aunque sí hay datos de la población masculina con riesgo^{4,45}.

El trabajo de Canals et al., que busca el diagnóstico de otros trastornos psiquiátricos, no sólo de trastornos alimentarios, con sus limitaciones por las pérdidas en el seguimiento, el escaso tamaño de la muestra y el centrarse sólo en los 18 años, también es interesante subrayar³⁶.

Otros, con similar metodología en dos estadios, pero por publicar, son los de Beato en Castilla-La Mancha, Rojo en Valencia e Imaz en Valladolid.

En todos los trabajos en doble fase españoles, como en la mayoría de los internacionales, se echa en falta el estudio de la existencia de falsos negativos. No es de extrañar porque supone un importante esfuerzo personal, organizativo y económico. Por ello los datos de prevalencia pueden estar algo infraestimados.

Los demás, al realizarse únicamente mediante cuestionarios de criba autocumplimentados, aunque valiosos, resultan limitados, pues sólo permiten conocer poblaciones con riesgo y no las prevalencias de enfermedad. Les falta la segunda fase con una entrevista diagnóstica estandarizada que permita realizar el diagnóstico definitivo.

Los cuestionarios autoadministrados o de autoinforme sirven ante todo para detectar conductas alimentarias desviadas menores. Sólo la entrevista clínica permite el diagnóstico de verdaderas anorexias o bulimias⁴⁷.

Esta revisión sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones clínicas y no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados⁴. El amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de TCA publicadas en adultos y adolescentes puede relacionarse con los problemas metodológicos inherentes a este tipo de investigación. La AN y los TCA relacionados son más frecuentemente investigados en las chicas adolescentes y las mujeres jóvenes y un buen número de los investigadores se han ocupado de la prevalencia en este grupo de alto riesgo. No se han efectuado tan buenos estudios epidemiológicos con las poblaciones infantiles o masculinas.

Se ha hecho patente la necesidad de nuevos estudios epidemiológicos en muestras representativas de población general. El campo de la epidemiología es todavía un área en la que se hace necesario un mayor número de investigaciones controladas, en las que se definan los criterios diagnósticos, se realicen estudios longitudinales y se tenga en cuenta los llamados síndromes parciales, que aparecen cada vez con mayor frecuencia en todos los grupos de población y que pueden ser de gran ayuda en el conocimiento de los factores causales de los trastornos de la alimentación⁶⁵. Se precisan nuevos estudios sobre los TCA que se caractericen por una mayor amplitud de foco y un gran rigor en su metodología⁶⁶.

Una polémica por dilucidar es si ha aumentado la frecuencia de estos trastornos, si constituyen una epidemia como la de la gripe en invierno⁵².

Hasta hace poco tiempo la AN era contemplada como un trastorno poco frecuente en nuestro medio. Sin embargo, en las dos últimas décadas se ha producido un notable incremento de su morbilidad. El aumento de la incidencia de los trastornos de la alimentación ha sorprendido y alarmado a los profesionales de la salud y sensibilizado a la población en general. En la década de 1970 las pruebas de que la AN era cada vez más frecuente hicieron que aumentara el interés médico y público por el trastorno⁶⁷.

Si la AN en otro tiempo un trastorno raro, ha aumentado su prevalencia hasta el punto de ser considerada no poco común, el repentino aumento de los síndromes bulímicos desde mediados de la década de 1970 parece como mínimo espectacular^{68,69}.

En los últimos años se están produciendo cambios muy rápidos en los hábitos alimentarios españoles que siguen la misma evolución observada en el resto de los países industrializados⁷⁰. Se ha producido un incremento de las conductas alimentarias alteradas en los jóvenes, principalmente anorexia y bulimia, así como un aumento significativo de comportamientos, actitudes y creencias relacionadas con estas alteraciones, tales como la sobrevaloración y preocupación excesiva por el peso, insatisfacción con el volumen y peso del cuerpo y comportamientos dirigidos a reducir el peso, bien realizando dietas restrictivas y/o ejercicio físico⁷¹.

Algunas actitudes y conductas relacionadas con el cuerpo y la alimentación de los adolescentes españoles, indudables factores de riesgo para la AN y la BN, son muy semejantes a las de sus coetáneos occidentales^{18,55}. La AN en España, como en otros países de nuestro entorno socioeconómico, parece estar alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años⁴.

En la década de 1980 irrumpe en la consulta una verdadera invasión anoréxica. La casuística aumenta en España significativamente 15 ó 20 años más tarde que en Norteamérica o en la Europa no meridional, y se difumina desde los sectores medios-altos hacia los otros grupos sociales en un plazo inferior a 10 años, con un crecimiento más acelerado del observado por los estudios ingleses, escandinavos y norteamericanos³⁷.

De un caso clínico nuevo anual, en una unidad especializada madrileña (la de Morandé) en la década de 1970 se pasa a uno quincenal a finales de 1980 y a uno semanal a principios de 1990. Un fenómeno similar ha sido observado en otros hospitales de grandes ciudades. En la actualidad se reciben tres pacientes nuevos a la semana^{37,39,41}.

En Zaragoza, la experiencia del equipo de Velilla, del Hospital Clínico Universitario, que en 1976 diagnosticó dos pacientes frente a los 33 nuevos casos de 1996 o los 63 de 1997, confirma claramente esta alarmante tendencia al aumento de afectados en nuestro entorno próximo^{4,24}.

Aunque parece que hemos llegado a una meseta y su frecuencia se ha estabilizado, si atendemos a la demanda en las consultas como, por otra parte, ya sucedió en Canadá o Estados Unidos.

No puede decirse por los datos disponibles que los TCA representen una epidemia²⁷, pero sí que son un problema de salud relevante en un sector de edad concreto (adolescencia y juventud), especialmente en el género femenino.

CONCLUSIONES

El análisis de nuestros datos parece indicar que las noticias que llegan al público a través de los medios de comunicación acerca de la frecuencia de estos trastornos

en nuestro medio pudieran ser desproporcionadas, aunque su prevalencia no es despreciable, pues más de un 4% de las adolescentes los padecen⁴.

Los estudios epidemiológicos realizados en España en los últimos años nos permiten saber cuál es la prevalencia de estos trastornos en nuestro medio y nos confirman que es semejante a la de otras sociedades desarrolladas (Europa occidental y Norteamérica)^{49,72-77}.

La revisión de los estudios publicados hasta la fecha en España indica que la magnitud del impacto de los TCA está claramente establecida y constituye en la población adolescente y joven femenina un problema de salud relevante. Los casos no especificados o atípicos parecen ser los más frecuentes. Los estudios de prevalencia muestran invariablemente que hay más casos en las poblaciones escolares que los revelados por las investigaciones clínicas⁷⁵.

Por ello sería aconsejable desarrollar dispositivos de vigilancia de la población con riesgo y de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz-Lázaro PM. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. *An Psiquiatría (Madrid)* 1999;15(8):361-5.
- Ruiz Lázaro PM. Anorexia nerviosa, sociedad y cultura. *Trabajo Social Salud* 1997;27:187-94.
- Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A, Gross J. Eating disorder symptoms among adolescent in the United States and Spain: a comparative study. *Int J Eat Disord* 1992;11(1):63-72.
- Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2000.
- Santonastaso P, Zanetti T, Sala A, Favaretto G, Vidotto G, Favaro A. Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychother Psychosom* 1996;65(3):158-62.
- Cervera S, Gual P. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; p. 389-405.
- García-Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson, 2001.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An Esp Pediatr* 1998;49(4):435-6.
- Toro J. Detección de la anorexia nerviosa en Atención Primaria. *Psiquiatr Atenc Primaria* 2001;2(4):18-22.
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Bar)* 2000;114(14):543-4.
- Ruiz-Lázaro PM. Trastornos alimentarios en varones. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1999;3:160-6.
- Tomás J, Bassas N, Henrich J. Anorexia mental: revisión casuística. *Pediatrics* 1990;10:103-7.
- San Sebastián J, Moreno I, Del Río J. Anorexia nerviosa en la edad prepuberal: rasgos clínicos, manejo terapéutico y evolución a plazo medio. *Rev Esp Pediatr* 1990;46(2):141-6.
- De la Serna I. Estudio comparativo de la anorexia nerviosa entre un grupo de varones y hembras. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1990;18(5):332-8.
- Gómez C, García P, Sierra T, Herranz L, Luna R, Megía A, et al. Nuestra experiencia en el estudio y tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa. *Nutrición Clin* 1990;10(3):27-35.
- Turón VJ, Fernández F, Vallejo J. Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1992;19(1):9-15.
- Velilla JM, Abadía T, Tappe J. La anorexia nerviosa en el varón. En: Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Trastornos Psicopatológicos de la Adolescencia*. Ponencias y Conferencia de Clausura del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 16-18 de junio 1994. Madrid: Imprenta de la Comunidad de Madrid, 1994; p. 107-18.
- Toro J, Castro J, Nicolau R, Cervera M, Toro A, Zaragoza M, et al. Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiat Biol* 1995;2(5):181-7.
- Cervera S, Quintanilla B. Anorexia nerviosa: manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona: EUNSA, 1995.
- Lázaro L, Toro J, Canalda G, Castro J, Martínez E, Puig J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Med Clin (Bar)* 1996;107(5):169-74.
- Quintanilla MA, Velilla JM, Quetglas B, Olza I, Bonals A. Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil tras un intervalo de 10 años. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1998;1:13-9.
- Mirón JA, De Dios S, Fernández LC, Sáenz MC. Valoración epidemiológica y clínica de la anorexia nerviosa. *Centro Salud* 1998;6(9):555-9.
- De la Serna I. Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis* 1998;19(5):201-7.
- Bueno M, Velilla M, Sarría A, Guillén C, Jiménez A. Anorexia nerviosa. En: Bueno A, Sarría A, Pérez-González JM, editores. *Nutrición en Pediatría*. Madrid: Ediciones Ergón, 1999; p. 311-9.
- Vázquez ML, Estrada C, Claramonte RM, Maiques P. Estudio epidemiológico y propuesta de programa de una unidad de trastornos de la alimentación. *Psiquiatr Publ* 1999;11(4):72-9.
- Pérez del Yerro E, Ruiz R, Lozano V, Velasco A, Marín F, Valero J. Trastornos alimentarios: análisis de datos. *Enfermería Científica* 1999;208-209:14-8.
- Menéndez F, Pedreira JL. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1999;XIX(69):7-22.
- Padierna A, Quintana JM, Aróstegui I, González N, Horcajo MJ. Funcionamiento y bienestar de los pacientes con trastornos alimentarios comparados con otros trastornos mentales. *An Psiquiatría (Madrid)* 1999;15(7):278-83.
- Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, González N, Horcajo MJ, Etxebarria Y. Evolución clínica y percepción de bienestar en los trastornos alimentarios. *An Psiquiatría* 2000;16(10):407-14.
- Tomás, Rasillo MA. Estudio de los casos diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria en los equipos de salud mental de Castilla y León. En: Junta de Castilla y León. *Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León*. España: Lovader, 2001; p. 81-95.
- Castro J, Toro J. Anorexia mental. Aproximación psicossocial. *C Med Psicossom Sex* 1989;9:37-42.
- Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *B J Med Psychol* 1989;62(Pt 1):61-70.
- Canals J, Barceló R, Domènech E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad prepuberal. Resultados. *Rev Psiquiatr Inf* 1990;4:265-8.

34. Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiat Fac Med Barna* 1991;18(7):305-15.
35. Carbajo G, Canals J, Fernández J, Domènech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: 2 años de seguimiento. *Psiquis* 1995;16(4):21-6.
36. Canals J, Domènech E, Carbajo G, Bladé J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-years-old. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(4):287-94.
37. Morandé G. Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: Romero AI, Fernández A, editores. *Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA, 1990; p. 121-30.
38. Morandé G. Trastornos de la adolescencia. En: Romero AI, Fernández A, editores. *Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA, 1990; p. 183-92.
39. Morandé G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de Hoy, 1995.
40. Morandé G. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998;48(3):229-32.
41. Morandé G. La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1999.
42. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997;2(3):243-60.
43. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health* 1999;24(3):212-9.
44. Loureiro V, Domínguez M, Gestal JJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *An Psiquiatría (Madrid)* 1996;12(6):242-7.
45. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1998;3:148-62.
46. Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Trastornos de la conducta alimentaria: ¿un problema de nuestra sociedad? *Red Salud* 2000;3:19-22.
47. Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115(7):278.
48. Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2000;1:18-31.
49. Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia, 2.ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada, 2001.
50. Velilla JM, Ruiz-Lázaro P, Labay M, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. Actitud del pediatra. Bases para su diagnóstico temprano. Necesidad de colaboración institucional. *Bol Soc de Pediatr Aragón, la Rioja y Soria* 2001; 31(3):72-82.
51. Ruiz-Lázaro PM. Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En: *El rostro de la Violencia*. Barcelona: Icaria Editorial, 2002; p. 155-91.
52. Ruiz-Lázaro PM. Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Certeza, 2002.
53. Gual P. Epidemiología de la bulimia nerviosa en la población juvenil navarra. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1999; 26(4):97.
54. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Bar)* 2000;114(14):481-6.
55. Gual P. ¿Anoréxica...Yo? ¿Anoréxica...Mi hija? Saber para prevenir. Bilbao: Descleé de Brouwer, 2000.
56. Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M, Bobes J. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(6):367-74.
57. Rodríguez A, Martínez JM, Ruiz MA, Novalbos JP, Díaz MC, Chocrón Y, et al. Unhealthy eating behaviour in adolescents. *Eur J Epidemiol* 1999;15(7):643-8.
58. Ferrero J, Toledo M, Tormo E, Loño FJ, Donet E, Roger MD, et al. Anorexia y bulimia nerviosas. Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia. Valencia: Promolibro, 1999.
59. Informe de la ponencia sobre condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia, designada en el seno de la Comisión de Educación y Cultura. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 25 de noviembre de 1999. Senado.
60. Gandarillas A, Febrel C. Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública 67. Madrid: BOCM. Comunidad de Madrid, 2000.
61. Martínez A, Menéndez D, Sánchez MJ, Seoane M, Suárez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atenc Primaria* 2000;525(5): 313-9.
62. Tomás, Rasillo MA, Lozano JE. 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*. España: Lovader, 2001; p. 27-62.
63. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Ruiz MA, Fernández JR, Jiménez D. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *J Adolesc Health* 2001;28(4):338-45.
64. Ruiz-Lázaro, PM, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2001;2:7-13.
65. Rodríguez MC, Riquelme A, Buendía J. Epidemiología de la anorexia nerviosa: una revisión. *An Psiquiatría (Madrid)* 1996;12(6):262-9.
66. Hoberman HM, Kroll-Mensig D. Adolescent eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 1995;5:523-34.
67. Kanarek RB, Marks-Kaufman R. *Nutrición y Comportamiento*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 1994.
68. Gordon RA. Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social. Barcelona: Ariel, 1994.
69. Gordon RA. *Eating Disorders: Anatomy of a social epidemic*, 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers, 2000.
70. Montero P, Bernis C, Varea C, Arias S. Hábitos alimentarios en mujeres: frecuencia de consumo de alimentos y valoración del cambio en el comportamiento alimentario. *Atenc Primaria* 1999;23(3):127-31.
71. Rodríguez A, Martínez JM, Novalbos JP, Ruiz MA, Jiménez D. Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73(2):81-7.
72. American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). *Am J Psychiatry* 2000;157(1 Suppl):1-39.

73. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoeck HW. Epidemiology. En: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editores. Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1998; p. 97-126.
74. Turón VJ. Epidemiología de la anorexia nerviosa. En: Turón VJ, editor. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997; p. 51-8.
75. Lázaro L. Epidemiología y factores socioculturales. Trastornos del comportamiento alimentario. Jano 1999;LVI (1298):49-55.
76. Abraham S, Llewellyn-Jones D. Eating disorders. The facts. 5th edition. New York: Oxford University Press, 2001.
77. Guerro-Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión de la literatura. Actas Esp Psiquiatr 2001;29(6):403-10.