



COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE TCA ENTRE LOS PAÍSES DEL NORTE Y EL SUR DE EUROPA

Alumno: Ana Pilar Sánchez López

Director: Francisco Javier Moliner Lahoz.
Médico de medicina preventiva. Hospital
Clínico Universitario Lozano Blesa.
Servicio de Medicina Preventiva.

ÍNDICE

1. Índice.....	Pág.2
2. Glosario de abreviaturas.....	Pág.4
3. Resumen.....	Pág.5
4. Introducción.....	Pág.6
- Breve introducción histórica.....	Pág.6
- Criterios diagnósticos de TCA.....	Pág.8
- Antecedentes.....	Pág.11
-Objetivo.....	Pág.11
5. Metodología.....	Pág.12
- Fuentes de información.....	Pág.12
- Estrategia de búsqueda.....	Pág.12
- Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág.12
- Clasificación de los estudios.....	Pág.13
-Tratamiento de las referencias bibliográficas.....	Pág.13
6. Resultados.....	Pág.14
- Número de artículos incluidos y excluidos.....	Pág.14
- Descripción de los estudios obtenidos.....	Pág.14
- Prevalencia en España.....	Pág.15
- Prevalencia en Italia.....	Pág.19
- Prevalencia en Portugal.....	Pág.21
- Prevalencia en Finlandia.....	Pág.22
- Prevalencia en Suiza.....	Pág.23
- Prevalencia en Reino Unido.....	Pág.24
7. Tablas.....	Pág.26
- Descripción de los artículos obtenidos según la evidencia.....	Pág.26
- Resultados: España.....	Pág.27
- Resultados: Italia.....	Pág.31
- Resultados: Portugal.....	Pág.32
- Resultados: Finlandia.....	Pág.34
- Resultados: Suiza.....	Pág.36
- Resultados: Reino Unido.....	Pág.38
8. Discusión.....	Pág.39
9. Anexos.....	Pág.44
- Anexo 1.....	Pág.44
- Anexo 2.....	Pág.46
- Anexo 3.....	Pág.49
- Anexo 4.....	Pág.51
- Anexo 5.....	Pág.55
- Anexo 6.....	Pág.58
- Anexo 7.....	Pág.65
10. Referencias bibliográficas.....	Pág.68
- Bibliografía usada para la introducción.....	Pág.68
- Referencias de estudios incluidos en esta revisión que se han podido obtener siguiendo el procedimiento explicado en el apartado de metodología.....	Pág.69

- Referencias de estudios incluidos en esta revisión que no se han podido obtener siguiendo el procedimiento explicado en el apartado de metodología.....Pág.74
- Referencias bibliográficas adicionales.....Pág.76

GLOSARIO DE ABREVIATURAS:

AN: anorexia nerviosa

BN: bulimia nerviosa

TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

DT: obsesión por la delgadez.

EAT: eating attitudes test (test de actitudes alimentarias).

DICA: diagnosis interview for children and adolescents (entrevista diagnóstica para niños y adolescentes).

TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

CIE -10: clasificación internacional de las enfermedades, décima edición.

DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, tomo revisado.

DSM-V: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.

SCID: Entrevista clínica estructurada

EDI: eating disorders inventory (cuestionario de los TCA)

EDE -Q: eating disorders questionnaire (cuestionario de trastornos alimentarios).

SALT: Screening across the lifespan of twins (cribado a través de la vida útil de los gemelos).

EPQ-J : cuestionario de personalidad.

BITE: bulimic Investigatory test of Edinburg (test de Edimburgo para la investigación de la bulimia).

CDRS: Contour Drawing Rating Scale (escala de dibujo).

BSQ: Body Shape Questionnaire (cuestionario sobre la forma corporal).

SCL-90-R: Symptom check List 90 R (lista de comprobación de síntomas 90R)

RSE: Self-Esteem Scale (escala de autoestima).

IMC: Índice de masa corporal.

RAB-T : Rating of anorexia and bulimia teenager version (clasificación de la anorexia y la bulimia, versión adolescente).

WHO-CIDI: Composite Internacional Diagnostic Interview de la OMS

RESUMEN

Objetivos: Los trastornos de la alimentación, son una verdadera emergencia de salud en los países occidentales industrializados, ya que en los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria han ido aumentando progresivamente en las sociedades desarrolladas, e incluso han ido apareciendo algunos trastornos nuevos debido a los nuevos hábitos y estilos de vida , dentro de los cuales cabe destacar la vigorexia o anorexia atlética (trastorno de la conducta alimentaria que, al igual que la anorexia, aparece como consecuencia de una imagen corporal distorsionada, normalmente afecta a varones que se perciben como "demasiado delgados" y con insuficiente masa muscular, y como consecuencia realizan ejercicio físico de manera continuada y exagerada, rechazan alimentos grasos e incorporan a su dieta gran cantidad de proteínas e hidratos de carbono) y la ortorexia (trastorno alimentario caracterizado por la obsesión patológica por comer comida considerada saludable). Estos trastornos, son clasificados en la mayoría de los estudios existentes como TCANE o trastornos de la conducta no especificados. Incluyendo en ellos a todos los que no son AN y BN, ya que al ser de reciente aparición, no existen estudios sobre cada uno de ellos por separado. El objetivo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios epidemiológicos que se han realizado con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, en 3 países de la zona Norte de Europa (Finlandia, Suiza y Reino Unido) y en 3 países de la zona Sur de Europa (España, Portugal y Francia) en los últimos 10 años, y analizar tanto su metodología como los resultados obtenidos, con el fin de conocer cuáles son los datos de prevalencia en cada uno de estos países, para posteriormente, comparar si existen diferencias en la prevalencia de TCA entre algunos de los ellos. Y si existen diferencias, comparar si las diferencias existentes son entre países situados en la zona Norte y países en la zona Sur.

Métodos: revisión bibliográfica de los artículos publicados en los 10 últimos años sobre las diferentes prevalencias de TCA entre la población Europea de entre 12 años (edad a la que se suelen iniciar los TCA) y 30 años de 3 países de la zona Norte de Europa (Finlandia, Suiza y Reino Unido) y otros 3 de la zona Sur de Europa (España, Portugal e Italia) para comprobar si existen diferencias en la prevalencia de este trastornos en los diferentes países. Con este objetivo se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, The Cochrane Library, Uptodate y EMBASE, completando posteriormente la búsqueda en Internet y revistas. También se examinaron las referencias bibliográficas de los artículos incluidos en la revisión.

Resultados: Se incluyeron 53 artículos sobre la prevalencia de TCA en los 6 países de Europa que se incluyeron en el estudio (España, Italia, Portugal, Finlandia, Suiza y Reino Unido). Obteniendo resultados de prevalencia muy dispares entre los diferentes países y grupos de edad, encontrando como característica común en todos ellos, que los TCA son más frecuentes en mujeres que en hombres en todos los países y edades y que dentro de los TCA, el grupo más prevalente es el de TCANE.

Palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria y prevalencia.

INTRODUCCIÓN

1. BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA:

Los trastornos de la alimentación conocidos desde hace tiempo son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ya que a partir del siglo XX han ido apareciendo numerosas formas de TCA que hasta ese momento no eran conocidas, y que incluso en la actualidad seguimos teniendo muy poca información al respecto, y por ello, en gran cantidad de estudios, en vez de hablar de ellas como bulimarexia, ortorexia, vigorexia, etc. Se engloban todas dentro de un mismo término; TCANE.

La anorexia se considera una enfermedad del "mundo industrializado", a pesar de que los primeros casos detectados y reconocidos se refieren a períodos anteriores y es muy probable que en la antigüedad ya existiese este trastorno. En la Edad Media, una época en que los valores religiosos estaban muy arraigados en las personas, la anorexia era vista como una meta espiritual a alcanzar, de hecho, se habló de la "santa anorexia" y "el ayuno ascético" en un período histórico en el cual se perseguía con frecuencia la búsqueda de las virtudes espirituales mediante la mortificación del cuerpo (1). Las víctimas ilustres de la enfermedad eran en ese momento mujeres santas que, buscando un "matrimonio con Cristo" se negaban a comer, entre estas mujeres estaban santa Catalina de Siena y la beata Ángela de Foligno (2).

Aunque fue un médico genovés en 1500, Simone Porta, el primero en estudiar y describir el cuadro clínico de la anorexia nerviosa, es tradición generalizada trazar el primer descubrimiento de la enfermedad en 1689, cuando fue publicado por el médico británico Richard Morton el primer informe de dos pacientes que, en ausencia de enfermedad manifiesta, se negaban a comer. Morton llamó a este trastorno "consumición nerviosa" (3). En 1860, Louis-Victor Marcé describió por primera vez un "desorden del estómago", con un predominio en el sexo femenino, un concepto que fue recuperado e identificado casi simultáneamente en 1870 por Charles Lasègue como "anorexia histérica" en París, utilizando esta expresión para resaltar el origen psíquico de las alteración alimentaria (4) y William Gull como anorexia nerviosa en Londres, utilizando este término por primera vez en una conferencia en Oxford y describiéndola como una enfermedad de origen psicológico (5). Fue el mismo Lasègue el que proporcionó la primera descripción detallada del núcleo psicopatológico central del disturbio, por lo que a él se debe el mérito de haber prestado atención al origen no orgánico de este trastorno y haber considerado el importante rol que tiene la familia en el desarrollo de la anorexia. Entre los años 1889 y 1911 se puede encontrar en la obra de neurólogos como Jean-Martin Charcot y Gilles de la Tourette (6). Durante el año 1903, el psicólogo francés Pierre Janet Marie Félix, en su ensayo "Les Obsessions et la Psychasthénie", describió las características de la enfermedad al dar otra definición: psicoastenia. El psicólogo pensó que era debido a la negativa por parte de la mujer de su sexualidad (1). En 1914, el fisiólogo Morris Simmonds sugirió la hipótesis de la insuficiencia pituitaria grave, es decir, una insuficiencia de la hipófisis, como la base de la patología, estableciendo así para los años sucesivos un enfoque endocrinológico a la anorexia nerviosa.

La categoría de diagnóstico de anorexia nerviosa apareció en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desde su segunda edición (DSM-II) en 1968, y desde entonces la enfermedad sigue presente en el DSM a través de todas las ediciones y revisiones hasta el actual DSM-V.

Por otro lado, la historia de la bulimia también es antigua. Incluso en Roma solían vomitar comida cuando comían en el período del agasajo y tenían lugares especiales para ello llamado "vomitorium". Los emperadores romanos Claudio y Vitelo eran bulímicos. Algunas otras culturas como el antiguo Egipto se purgaban cada mes durante tres días consecutivos, con eméticos y laxantes o enemas ya que pensaban que las enfermedades humanas provenían de alimentos. Mientras que en Europa en la Edad Media el purgamiento fue utilizado como un remedio para muchas enfermedades y fue defendido por los médicos de la Edad Media. Pero todas estas prácticas antiguas no son lo mismo que lo que llamamos bulimia ahora. De las pruebas que se han divulgado es obvio bulimia nerviosa como se presenta ahora, era una enfermedad desconocida hasta finales del siglo XX (7).

La bulimia no se define oficialmente hasta los años setenta. Pero no es un trastorno nuevo, pese a las creencias populares, siendo usada por vez primera por Trevisa en 1398, y posteriormente por otros muchos autores:

- En 1743 James describe un conjunto de síntomas que define como "boulimus" y "caninus appetitus"; se trataba de ataques repetidos de apetito insaciable con exagerada ingesta de alimentos y crisis lipotímicas tras el atracón.

- En 1831 Hooper, distingue tres tipos de bulimia: puro exceso alimentario, atracón seguido del vómito, y crisis alimentaria asociada con fenómenos de pérdida de conciencia.

- En el S. XIX existen escritos describiendo "epidemias" de comidas copiosas y vómitos histéricos en las escuelas para pensionistas femeninas.

- En la década de los treinta se encuentran los primeros casos que se aproximan a los modernos criterios diagnósticos de bulimia nerviosa, principalmente en fuentes germanas y siendo más frecuentes tras la Segunda Guerra Mundial.

- En la década de los setenta aparecen descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones o hiperfagia.

- Y finalmente en 1979 el profesor Gerard Russell publica su artículo ya clásico "Bulimia nerviosa: An ominous variant of anorexia nervosa" y la bulimia es reconocida como una entidad clínica con ese nombre universalmente aceptado.

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación), los vigoréticos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce pudiendo ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorético consume esteroides (8). Este trastorno aparece en el siglo XX.

La ortorexia es un término acuñado por Steven Bratman en 1997 para calificar como trastorno alimentario la obsesión patológica por comer comida considerada saludable por la persona, lo que este doctor estadounidense sostiene que puede llevar a la desnutrición, incluso a la muerte (10). Bratman describe la *ortorexia* como una obsesión perjudicial para la salud, como el trastorno obsesivo-compulsivo, con lo que el paciente considera alimentación saludable. El sujeto puede evitar ciertos alimentos, como los que contienen grasas, conservantes, colorantes artificiales, y tener una mala alimentación. Bratman afirma que "la desnutrición es común entre los seguidores de las dietas de comida saludable" (12).

Otros trastornos (8): Todos ellos acuñados como tales trastornos en el siglo XX.

- Pica: ingestión de alimentos no comestibles.
- Diabulimia: el enfermo de bulimia, también diabético, manipula las dosis de insulina que debe inyectarse, para adelgazar o compensar los atracones. Aparte de las complicaciones de la bulimia, se añaden las complicaciones mortales a medio plazo, de no inyectarse las dosis correspondientes.
- Hiperfagia: Exceso de comida, llegar a consumir grandes cantidades de alimentos seguido de haberse alimentado adecuadamente.
- Megarexia es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa. Descubierta y denominado por el Dr. Jaime Brugos, en su libro *Dieta isoproteica* (editado en 1992) y ampliado en su libro *Isodieta* (en 2009). Suelen ser personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta; por eso se atiborran de comida basura (calorías vacías). Ellos se perciben sanos.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TCA:

En el año 2013 se publicó la nueva versión del DSM (DSM-V), en la que se realizaban algunas modificaciones con respecto a los criterios para el diagnóstico de TCA del manual anterior, no obstante, como todos los artículos que he encontrado usaban como referencia la versión IV y la versión IV revisada, voy a describir en primer lugar los criterios que se usaban en la versión IV y posteriormente comentaré cuales son las modificaciones que se han realizado en la versión V de dicho manual:

Criterios DSM IV para el diagnóstico de Anorexia nerviosa (9)

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente al uso de atracones o a purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios DSM IV para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (9)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, como por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos y el ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo

emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (8).

Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM-V

La sección cambia su nombre por: "Feeding and eating disorders" (Trastornos de la nutrición y la Alimentación). Se incluirán dentro de los TCA:

- Trastorno por atracón (deja de situarse entre los TCA no especificados para convertirse en un diagnóstico principal y la frecuencia de los atracones para que se diagnostique este trastorno debe ser de al menos un atracón por semana durante al menos 3 meses).
- Pica
- Rumiación
- Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia.

Los 3 últimos cobran sentido al cambiar el nombre de la sección. Con respecto a los criterios diagnósticos en la AN: La amenorrea no será criterio diagnóstico. Por último, en la BN, la frecuencia de los atracones y conductas purgativas necesarias para el diagnóstico pasa a ser de al menos una vez por semana.

Otra forma de clasificar los TCA, es según el manual CIE, del cual también existen múltiples versiones, siendo la más reciente la 10, y por lo tanto, la que he usado:

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Anorexia nerviosa (9)

- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan"
- C. Distorsión de la imagen corporal
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea, y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (9)

- A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión por comer.
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos de la comida por uno o más de los siguientes:
 1. Vómitos autoinducidos
 2. Purgas autoinducidas

3. Periodos de ayuno alternantes

4. Consumo de sustancias anorexigemas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina

D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso).

3. ANTECEDENTES:

A pesar de que los TCA son enfermedades conocidas desde la antigüedad, y especialmente, la anorexia y la bulimia, los primeros estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA fueron publicados a partir de los años 70 en el centro y norte de Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, desde aproximaciones teóricas y metodológicas diferentes. Poniendo de manifiesto la mayoría de ellos un aumento en la prevalencia de estos trastornos, especialmente desde finales de los años 60 hasta finales de los 70 (Halmi, Falk & Scchawartz 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 en la actualidad, como una epidemia en las sociedades desarrolladas.

Sin embargo, en España no se realizaron estudio epidemiológicos de TCA hasta mediados de los 90.

4. OBJETIVO:

Realizar una revisión bibliográfica de los estudios epidemiológicos que se han realizado con respecto a TCA, en 3 países de la zona Norte de Europa (Finlandia, Suiza y Reino Unido) y en 3 países de la zona Sur de Europa (España, Portugal e Italia) en los estudios publicados en los últimos 10 años, y analizar tanto su metodología como los resultados obtenidos, con el fin de conocer cuáles son los datos de prevalencia en cada uno de estos países, para posteriormente, comparar si existen diferencias en la prevalencia de TCA entre algunos de los ellos. Y si existen diferencias, comparar si las diferencias existentes son entre países situados en la zona Norte y países en la zona Sur.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los estudios publicados en España, Italia, Portugal, Finlandia, Suiza y Reino Unido en los últimos 10 años sobre la prevalencia de los TCA.

Fuentes de información:

Los estudios se identificaron realizando una primera búsqueda en las siguientes bases de datos bibliográficas:

- PubMed
- Cochrane Library
- Google Scholar
- Uptodate

Se revisaron las siguientes revistas por ser consideradas de gran impacto científico, excluyéndose todas aquellas referencias identificadas en la búsqueda inicial en las bases de datos:

- The Lancet
- British Medical Journal
- SciELO
- The New England Journal of Medicine
- Revistas de Elsevier - España
- Fisterra

Estrategia de búsqueda utilizada

En la estrategia de búsqueda utilizada en las bases de datos PubMed, Google Scholar, Uptodate y Cochrane Library se plantearon los siguientes términos "anorexia nervosa" AND "bulimia nervosa" AND "eating disorders" combinándolos con "epidemiology" y "statistics and numeral data". En las revistas científicas citadas anteriormente, se identificaron estudios a través de los motores de búsqueda de cada una de las revistas.

Finalmente, para completar la búsqueda se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos obtenidos, añadiendo aquellos artículos citados en las mismas y considerados relevantes para el objetivo de esta revisión.

Criterios de inclusión

Se analizaron los resúmenes de todas las referencias obtenidas en la búsqueda y se incluyeron los que cumplían los siguientes criterios:

1. Escritos en inglés, portugués o español.
2. Relacionados con el tema de esta revisión: prevalencia de TCA en personas de entre 12 y 30 años de España, Italia, Portugal, Reino Unido, Finlandia y Suiza.
3. Publicados entre los años 2004 y 2014.

Posteriormente se obtuvieron los artículos completos de los resúmenes incluidos.

Clasificación de los estudios

Los estudios obtenidos se clasificaron según los países de realización de los estudios y siguiendo los criterios utilizados por la Canadian Task Force on Preventive Health Care (2003). (Anexo I).

Tratamiento de las referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas han sido tratadas siguiendo las normas de Vancouver, y clasificadas según la fecha de publicación.

RESULTADOS

Se obtuvieron 1965 resúmenes de los que se excluyeron 1893 por no cumplir los criterios de inclusión: 6 por no estar escritos en inglés, portugués o español, 1535 no relacionados con la prevalencia de TCA y 352 por estar duplicados. El número definitivo de resúmenes incluidos fue 71 de los que se pudo obtener el texto completo de 53 artículos.

Descripción de los estudios obtenidos:

La calidad de los estudios obtenidos en la revisión se detalla en la tabla 1:

- Nivel de evidencia 1: No se obtuvo ningún ensayo clínico aleatorio controlado, ni ningún estudio de metaanálisis.
- Nivel de evidencia 2:
 - II- 1: No se obtuvo ningún ensayo clínico con grupo control sin distribución aleatoria.
 - II-2: Se han obtenido 2 artículos analíticos de cohortes.
 - III-3: Se han obtenido 10 artículos en los cuales la evidencia ha sido obtenida por múltiples series temporales, todas ellas sin intervención por parte de los investigadores.
- Nivel de evidencia 3: En este grupo es en el que se han encontrado mayor número de artículos, en total 41 estudios de tipo descriptivo, opiniones de expertos, basados en la experiencia clínica o informes de comités de expertos.

Los resultados se los estudios obtenidos según países:

* España: Se han encontrado 28 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 24 y no he conseguido 5 de ellos. De los 24 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia de la mayoría de ellos es de nivel 3 (estudios descriptivos) habiendo encontrado algunos de nivel II-3 (series de casos temporales).

* Italia: Se han encontrado 5 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 4 y no he conseguido 1 de ellos. De los 4 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia es de nivel 3 (estudios descriptivos) en 2 de ellos, habiendo encontrado uno de nivel II-3 (series de casos temporales) y uno de nivel II-2 (evidencia obtenido de un estudio con un grupo control).

* Portugal: Se han encontrado 5 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 4 y no he conseguido 1 de ellos. De los 4 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia es de nivel 3 (estudios descriptivos) en todos ellos.

* Finlandia: Se han encontrado 7 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 4 y no he conseguido 3 de ellos. De los 4 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia es de nivel II-3 (estudios de series de casos temporales) en todos ellos.

* Suiza: Se han encontrado 6 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 4 y no he conseguido 2 de ellos. De los 4 artículos

obtenidos, la calidad de la evidencia es de niveles II-2 (estudios analíticos de cohortes) en uno de ellos, II-3 (estudios de series de casos temporales) en 2 de ellos y nivel 3 (estudios descriptivos) en uno de ellos.

* Reino Unido: Se han encontrado 7 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 4 y no he conseguido 3 de ellos. De los 4 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia es de nivel 3 (estudios descriptivos) en todos ellos.

* Varios países: Se han encontrado 13 artículos relacionados con el objetivo y la población del estudio, de los cuales he obtenido 9 y no he conseguido 4 de ellos. De los 9 artículos obtenidos, la calidad de la evidencia es de nivel 3 (estudios descriptivos) en todos ellos.

Prevalencia en España:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en España están realizados en comunidades, provincias o localidades concretas, no en la población española en su conjunto. Aunque existen datos de que la prevalencia de AN en España está entre 0.5 y 1.5% y la de BN entre 0,5% y 1,5%, así como la de TCANE es aproximadamente de entre 1,7% y 3,8% (10). En la bibliografía revisada se han obtenido 24 trabajos, y 5 no se han podido obtener. Algunos de ellos, son revisiones bibliográficas de otros artículos, por lo que no se han incluido en la tabla 2. Los trabajos incluidos en la tabla 2 se describen a continuación por Comunidades Autónomas:

- Andalucía: Respecto a la comunidad de Andalucía, Rodríguez Marín N. (2004) desarrolló en Jaén y algunos pueblos de la provincia un estudio descriptivo en alumnos de la ESO de entre 12 y 16 años matriculados durante el curso 2003/2004 tanto en centros públicos como privados. La muestra tomada contenía 1468 alumnos (753 varones y 715 mujeres), usando como elementos de cribado el EAT-40, el cuestionario de hábitos alimentarios y de ejercicio físico, una báscula ergonómica digital y un tallímetro móvil con plataforma. Los resultados obtenidos fueron que un 4,38% de los varones y un 12,44% de las mujeres estaban en riesgo de padecer desordenes alimentarios. La prevalencia de la población de riesgo para padecer anorexia nerviosa en ambos sexos es de 8,31% en los alumnos de entre 12 y 16 años de las escuelas públicas y privadas del curso 2003/2004 de Jaén.

Tres años más tarde, Gil García E. et al (2007) llevó a cabo un estudio transversal comunitario, a través de una muestra estratificada por conglomerados en los centros educativos públicos y privados de las ciudades andaluzas de más de 100.00 habitantes (Sevilla, Málaga, Granada, Córdoba, Cádiz, Huelva, Almería, Jaén, Algeciras y Jerez), con 1.667 alumnos (836 mujeres y 8065 hombres) de entre 12 y 16 años, escolarizados en el curso académico de 2002-2003, utilizando el cuestionario EAT-26 con punto de corte en 20 ítems o más. Las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron de 1,67% (0,83% AN, 0,48% BN y 0,36% AN y BN).

Garrote Rojas D. (2009) realizó un estudio descriptivo en el que se pasaron 2 cuestionarios y después se llevó a cabo la interpretación estadística mediante el empleo de entrevistas, que permitieron contextualizar la realidad de los trastornos en los centros de Granada. La muestra del estudio estaba conformada por 700 alumnos

de educación secundaria de los institutos de educación secundaria Juan XXIII de Granada capital, de entre 12 y 17 años. Los cuestionarios utilizados para el análisis fueron el EDI-2 y el EPQ-J. Las tasas obtenidas fueron para la obsesión por adelgazar: 24% en varones y 12,46% en mujeres, para la bulimia 16,53% para los varones y 11,21% en mujeres.

Ladines A. y Marín A. (2012) realizó un estudio descriptivo en Málaga en 1555 participantes, tanto hombres como mujeres de entre 12 y 21 años, utilizando como instrumento el EDD-Q. Las tasas de prevalencia de TCA obtenidas fueron de 3,4% (1,1% en hombres y 4,9% en mujeres), 0,5% AN (0,5% hombres y 0,4% en mujeres), 0,5% BN (0,2% hombres y 0,6% mujeres) y 2,5% TCANE (0,5% en hombres y 3,9% en mujeres).

- Aragón: Respecto a la comunidad de Aragón, Ruíz-Lázaro PM et al (2010) llevaron a cabo un estudio de corte en dos fases de una muestra representativa de 701 estudiantes entre 12 y 13 años en los colegios de Zaragoza. Usando los cuestionarios EAT-26 con punto de corte de 20 y entrevista individual semiestructurada (SCAN) de individuos con criba de individuos tanto positiva como negativa. Las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron de 0,7% de TCANE con IC95% (0,3% -1,7%).

- Castilla La Mancha: En Castilla La Mancha en el año 2005 se publicó una guía de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, en la que el diseño corresponde a un estudio epidemiológico descriptivo transversal, con estructura de dos fases para la recogida de información y detección de casos. En la fase de cribado se utilizaron dos cuestionarios específicos de validez reconocida y en la fase de confirmación diagnóstica se realizó entrevista clínica semiestructurada con técnica de doble ciego y grupo control. La población diana objeto del estudio está constituida por jóvenes y preadolescentes matriculados en 6º curso de Enseñanza Primaria, cursos de Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato en la comunidad autónoma de Castilla La Mancha, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Se obtuvo una muestra de 4.373 de chicos y chicas matriculados en centros públicos y concertados de Enseñanza Primaria, Secundaria y Bachillerato. La muestra se extrajo mediante un procedimiento aleatorio y fue estratificada por edad, sexo y localización geográfica. Se usaron como instrumentos de cribado: EAT-40, Escala "Obsesión por la Delgadez" (DT) del EDI-2 y como instrumentos de confirmación diagnóstica se usaron el EDE en su versión 12.5, tallímetro y báscula calibrados para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). Así como algunos instrumentos adicionales: Ficha de datos sociodemográficos, cuestionario de hábitos alimentarios y de ejercicio físico y la escala "Imagen Corporal" (BD) de la segunda versión del EDI-2. La prevalencia global de TCA entre los jóvenes escolarizados de Castilla-La Mancha fue de 5,75% (4,29-7,21%), siendo para las chicas de 8,58% (7,12-10,04%) y para los chicos de 2,43% (0,97-3,89%). No se detectaron casos de anorexia nerviosa en la muestra seleccionada (debido a la gravedad de las formas completas suelen estar de baja o ingresadas). La prevalencia de bulimia nerviosa entre las chicas es de 0,43% y entre los chicos de 0,05%, resultando una prevalencia global de bulimia nerviosa del 0,26% (0- 1,72 %). Los TCANE constituyen la mayor parte de los TCA, afectando al 5,49% (4,03-6,95%) del total de la población adolescente de Castilla-La Mancha.

En Ciudad Real, un año después, Rodríguez-Cano T. y Beato-Fernández L. (2005) estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 1.766 estudiantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años por medio de un estudio de doble fase, en la que se utilizaron como instrumento los cuestionarios: EAT-40, GHQ-28, BITE, y el BSQ en la primera fase, y la entrevista SCAN del DSM-IV-TR en la segunda. Las tasas de prevalencia de TCA generales obtenidas fueron de 3,71%, 6,41% en mujeres (0,17% AN, 1,38% BN y 4,86% TCANE) y 0,6% en hombres (0% AN, 0% BN y 0,6% TCANE).

- Castilla y León: En Castilla y León, Vega Alonso AT., et al (2005) realizaron un estudio trasversal en una muestra de estudiantes de 12 a 18 años de ambos sexos, de 374 centros por medio de un estudio de doble fase, en la que se utilizaron como instrumento el cuestionario EAT-40 con punto de corte en 30 ítems. Las tasas obtenidas de TCA en el estudio, mostraron que un 7,8% de los alumnos de secundaria tenían un alto riesgo de desarrollar TCA, siendo este porcentaje mayor en mujeres: 12,3%, con IC95% (10,4-14,3%) e inferior en hombres: 3,2%, con IC 95% (2,1%-4,2%).

Tres años más tarde, se publicó un estudio de Imaz Roncero C. et al (2008) en el que se realizaba un análisis de los datos de varios estudios epidemiológicos en relación con TCA coincidentes en el tiempo (año 1999), y realizados en población adolescente de entre 12 y 18 años de centros escolares y adolescentes atendidos en los diferentes servicios o niveles asistenciales del sistema sanitario como por ejemplo; atención primaria, servicios ambulatorios de psiquiatría infantojuvenil y hospitalización psiquiátrica. Los datos obtenidos en el estudio mostraron prevalencias totales de vida de 7,235% con un error estándar de 0,0120 y una desviación típica de 0,2593 (0,598% AN, 1,518% BN y 4,962% TCANE). La prevalencia puntual presentó unos datos globales de TCA de 3,851% (error estándar de 0,0089 y desviación típica de 0,1794), de AN de 0,558%, de BN de 0,352%, de TCANE de 2,831% y de trastorno del atracón de 0,110%. Si estos datos se diferenciaban por sexo, los datos obtenidos de prevalencia en hombres eran de 1,705% de TCA, (error estándar de 0,0081 y desviación típica de 0,1297), 0,114% AN, 1,590% TCANE y en mujeres: 6,429% de TCA (error estándar de 0,0168 y desviación típica de 0,2459), 1,092% AN, 0,775% BN, 4,322% TCANE y 0,241% trastorno del atracón.

- Cataluña: En Cataluña en los últimos 10 años se han realizado 3 estudios que coinciden con el objetivo del estudio y la población incluida en el mismo:

Arrufat (2006) estudió la prevalencia de TCA en 2280 adolescentes (1133 hombres y 1147 mujeres) de 14 a 16 años de la comarca de Osona (Barcelona) mediante un estudio de doble fase. En la primera fase, los cuestionarios utilizados fueron el EAT-26 con punto de corte en 20 puntos o más y el CDRS. El 64% de los posibles casos aceptaron participar y fueron entrevistados utilizando el DICA-IV y sus padres con la versión para padres del DICA-IV (DICA-P). El resto fueron entrevistados mediante un cuestionario de diseño propio. La tasa de prevalencia global de TCA fue de 1,9%. En mujeres: 3,49% (0,35% AN, 0,44% BN y 2,7% TCANE) y el varones el 0,27% (0% AN, 0% BN y 0,18% TCANE).

Muro-Sans y Amador-Campos (2007) evaluaron la prevalencia de TCA en estudiantes de ambos sexos de Barcelona con una media de edad de 13,5 años utilizando un diseño de doble fase en la que el cuestionario utilizado para el cribado fue el EDI-2 y la entrevista utilizada en la segunda fase fue la de EDE en su versión número 12. Las tasas de prevalencia obtenidas de estudiantes con criterios de TCA fueron de 1,28%. En mujeres 2,31% y en hombres 0,17%.

Finalmente, Olistegui Baiges M., et al (2008) realizaron un estudio observacional transversal en una muestra aleatoria de adolescentes femeninas de entre 12 y 21 años de Reus (Tarragona). Se incluyeron en el estudio un total de 551 adolescentes y los instrumentos usados en el estudio fueron los test EAT 40, BAT y CIMEC. Se obtuvieron unas tasas de prevalencia de AN el 0,9% de ellas con un IC 95% de 0,4% - 2,4%, de BN del 2,9% con un IC del 95% de entre 1,7% y 4,7%, y de otros TCA del 5,3% con un IC de entre 3,6% y 7,5%.

- Galicia: Larrañaga A., Docet MF. y García-Mayor RV. (2012) realizaron un estudio prospectivo con una población base del estudio en el cual se calcularon las tasas de incidencia y prevalencia de 20 años. Se incluyó en el estudio a todos los nuevos casos de TCA diagnosticados de ≥ 15 años entre enero de 2005 y diciembre de 2009 para calcular la incidencia y todos los pacientes con TCA en diciembre de 2009 fueron incluidos en el estudio de prevalencia. Usando como medio de diagnóstico los criterios del DSM-IV-TR e incluyendo en el estudio sólo los casos que fueron diagnosticados por profesionales de salud mental. Las tasas de prevalencia de TCA obtenidas fueron de 0,0828% con IC95% (0,0694%- 0,0945%), y 0,0186% AN, 0,0257% BN y 0,0383% TCANE.

- Madrid: En la comunidad de Madrid, en los últimos 10 años se han realizado 2 estudios de prevalencia sobre TCA que se corresponden con la población a estudio y con el objetivo de estudio:

En primer lugar, Peláez- Fernández, Labrador y Raich (2007) estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra representativa de 1.545 alumnos de ambos sexos de entre 12 y 21 años matriculados en los colegios, institutos y universidades de la Comunidad autónoma de Madrid. Se llevó a cabo un procedimiento de selección aleatorio en 3 etapas y se utilizó un diseño de identificación de los casos en 2 etapas. En la primera de ellas se usó el cuestionario EAT-40 con punto de corte en 20 puntos o más, el EDE-Q y se pesó y midió a todos los alumnos, mientras que en la segunda fase se entrevistó a 602 estudiantes. De los posibles casos, en la segunda fase participaron el 95%. La tasa de prevalencia de TCA global obtenida fue del 3,43% y separando por sexos, la tasa de prevalencia en mujeres fue de 5,34% (0,33% AN, 2,29% BN y 2,72% TCANE) y en hombres fue de 0,64% (0% AN, 0,16% BN y 0,48% TCANE).

Peláez- Fernández, Labrador y Raich (2008) realizaron un estudio con el fin de comparar la adecuación de dos protocolos en la estimación de prevalencia de TCA. El primero de ellos, un protocolo de una fase, anónimo, usando como instrumento de diagnóstico el EDE-Q y el segundo de ellos un protocolo de doble fase, no anónimo, usando como instrumentos de cribado el EAT y el EDE-Q y como instrumento de diagnóstico el EDE. Ambos fueron comparados en una muestra de 559 adolescentes de ambos sexos de entre 14 y 18 años escolarizados en la Comunidad de Madrid. La

tasa de prevalencia de TCA con el protocolo de una fase fue del 6,2% y con el protocolo de dos fases del 3%, aunque las diferencias no fueron significativas ($p=0,067$).

- Murcia: Gómez Sánchez R. et al (2010) consideraron que la conformidad con la imagen del cuerpo llegaba a ser obsesiva en la sociedad, siendo el tema de la comida especialmente preocupante, y realizaron un estudio para comprobar si esto ocurría también en una población de estudiantes de enfermería, ya que en principio, éstos deberían poseer una información más correcta. Para ello realizaron un estudio descriptivo en un grupo de 128 estudiantes de 1º de enfermería de ambos sexos de la universidad católica San Antonio de Murcia del curso 2007/2008 seleccionados por muestreo de conveniencia y se usaron como instrumentos los cuestionarios STAI (mide las variables edad, sexo, peso, altura y rasgo de ansiedad) y el EAT-26. Las tasas de prevalencia de TCA obtenidas en la muestra fueron del 18,8%.

- Tenerife: Herrero M. y Viña CM. (2005) realizaron un estudio trasversal con el objetivo de determinar la frecuencia de las actitudes y conductas auto-informadas asociadas con los TCA y estimar el porcentaje en situación de riesgo. Para ello se utilizó como instrumento el EDI-2 a una muestra aleatoria y representativa de 1190 estudiantes de ambos sexos de educación secundaria, primero de bachillerato y primero de ciclo formativo de entre 12 y 25 años. Los porcentajes obtenidos en el estudio de adolescentes en situación de riesgo según los diferentes criterios basados en la subescala de obsesión por la delgadez (EDI), si valoramos como riesgo una puntuación de EDI > 50 y DT > 10, el porcentaje total obtenido es de 10,4%, mientras que en mujeres es de 14,9% y en hombres de 6,2%. Mientras que si el criterio es una puntuación DT > 11 el porcentaje total es de 11,5%, 18,1% en mujeres y 5,4% en hombres, disminuyendo estos porcentajes, si el punto de corte usado en el cuestionario DT es mayor, como por ejemplo, DT > 17, encontrando entonces un porcentaje total de 2,5% (4,4% en mujeres y 0,7% en hombres).

Además de estos estudios realizados en diferentes comunidades o provincias de España, Sepulveda AR, Carroble JA y Gandarillas AM (2008) realizaron un estudio trasversal para detectar los estudiantes universitarios con alto riesgo de TCA. La población de estudio estaba formada por 2551 estudiantes universitarios de 13 escuelas diferentes de entre 18 y 26 años de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron EDI, BSQ, SCL-90-R y RSE. La prevalencia se calculó controlando el año académico y la escuela. Las tasas de prevalencia de alto riesgo de padecer TCA fue de 14,9% en hombres, con IC95% 11,6%-18% y de 20,8% para mujeres con IC95% de entre 18,7% y 22,8%. Existiendo diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$ por sexo pero no por escuela ni por curso académico.

Prevalencia en Italia:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en Italia están incluidos en la tabla 3 y se describen a continuación por año de publicación:

- Año 2004: Favaro A, Ferrara S y Santonasmoro P. realizaron un estudio sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres de entre 18 y 25 años que residían tanto en el área urbana como en el área suburbana de la ciudad de Pavoda, en el noreste de Italia. El número de mujeres incluidas en el estudio fue de

934 y el instrumento de cribado utilizado en el estudio fue una entrevista clínica estructurada que incluía la entrevista clínica estructurada del DSM-IV. Los resultados obtenidos en el estudio fueron, 2% de prevalencia de anorexia nerviosa, 4,6% de prevalencia de bulimia nerviosa, 4,7% de TCA atípicos y el 0,6% sufría atracones.

En el mismo año, lafusco D., et al realizaron un estudio de prevalencia de los TCA en pacientes jóvenes con diabetes tipo I de 2 ciudades diferentes de Italia (Parma y Nápoles). Para ello, se realizó un estudio comparativo sobre la prevalencia de TCA en pacientes con diabetes tipo 1 y otro grupo control de pacientes sin diabetes. En el estudio se incluyeron 193 pacientes con diabetes tipo I (92 mujeres y 101 hombres) que fueron reclutados de las unidades pediátricas de diabetes de Nápoles y 75 pacientes (36 mujeres y 39 hombres) de la universidad de Parma con una media de edad de 13 años. EL instrumento de cribado utilizado fue el cuestionario EDE-Q. Los resultados obtenidos fueron que los trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosa eran similares en pacientes con diabetes tipo I que en los pacientes sanos del grupo control. Sin embargo, otros como los atracones (con o sin pérdida de control) y los comportamientos compensatorios inapropiados fueron más frecuentes en pacientes con diabetes que en personas sanas. Los atracones, tenían una prevalencia del 49,7% en diabéticos, frente a un 24% en los sujetos sanos. Las conductas compensatorias inapropiadas de compensación (vómitos autoinducidos, diuréticos, laxantes y ejercicio físico) eran mayores en pacientes con diabetes, que en pacientes que no la padecían (4,97% de diabéticos y 0,76% en pacientes no diabéticos).

- Año 2005: Faravelli C., et al realizaron un estudio de triple fase en Sesto Fiorentino en el que se evaluó a 2355 personas de ambos sexos de una muestra representativa de mayores de 14 años. Éstos fueron evaluados por sus enfermeros habituales usando la entrevista "Mini International Neuropsychiatric Interview" y 6 preguntas adicionales. Todos los que tuvieron resultados positivos fueron entrevistados de nuevo por psiquiatras usando la entrevista psiquiátrica de Florencia y a los que nuevamente mostraron síntomas de TCA se les administró las EDE en su duodécima edición. Los resultados obtenidos en el estudio fueron que la prevalencia de TCA era del 1,21% (AN: 0,42%; BN: 0,32%; atracones: 0,32% y 0,32% presentaban trastornos de la conducta alimentaria no especificados). Además, los pacientes afectados por TCA fueron reentrevistados pasados 7 años y el 50% de ellos estaban totalmente curados, el 26,9% estaba todavía afectado por algún TCA y el 23,1% continuaba teniendo una imagen corporal distorsionada y/o comportamientos compensatorios.

- Año 2010: Gigantesco A., et al realizaron un estudio para conocer las tasas de hospitalización por anorexia nerviosa en Italia en el periodo del 2004-2005. Para esto, se usaron los registro hospitalarios de 9863 hospitales de pacientes entre 10 y 59 años diagnosticados de AN (a pesar de que las edades de los grupos incluidos en el estudio es mayor que la del objetivo de mi estudio, como lo han dividido por grupos de edades, sólo me centraré en los resultados de los pacientes entre 15 y 29 años). Los resultados obtenidos fueron una prevalencia de ingresos por AN en mujeres entre los 15 y 19 años de 14%, entre 20 y 24 años 9,54% y entre los 25 y 29 de 6,91% y los resultados obtenidos en hombres fueron de: 12,1% entre los 15 y los 19 años; 9,12% entre los 20 y los 24 años y 4,74% entre los 25 y 29 años.

Prevalencia en Portugal:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en Portugal están incluidos en la tabla 4 y se describen a continuación por año de publicación:

- Año 2004: Santo Fachada VC realizó un estudio sobre los trastornos de la conducta alimentaria en el cual realizó una revisión bibliográfica de los datos obtenidos sobre prevalencia de anorexia en Portugal y causas de la anorexia, realizados hasta ese momento. Debido a que se trata de una revisión bibliográfica, no está incluida en la tabla 6.

En el mismo año, Machado PP et al., realizaron un estudio sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres de 15 a 29 años de Portugal (Lisboa, Oporto y Coímbra). El número de mujeres incluidas en el estudio fue de 170 y los instrumentos de cribado utilizados en el estudio fueron un cuestionario personal, el cuestionario EDI y el cuestionario Symptom Checklist 90-R. Los resultados obtenidos en el estudio fueron: 41,7% padecían AN (21,1% en Lisboa, 17,2% en Oporto y 3,4% en Coímbra), el 48,3% tenían BN (32,35% en Lisboa, 14% en Oporto y 1,95% en Coímbra), y el 4,7% presentaban TCA no especificados (3,52% en Oporto y 1,18% en Coímbra). De los casos diagnosticados con AN, el 32,8% eran de subtipo restrictivo, el 8% de subtipo ingesta compulsiva purga y de los diagnosticados de Bulimia Nervosa, el 43.3% eran de subtipo purgativo y el 5% de subtipo no purgativo.

- Año 2007: Dos Anjos Dixe M. realizó un estudio no experimental, transversal tipo cuantitativo con el fin de identificar la población en riesgo de desarrollar TCA. Para ello, se incluyó en el estudio una muestra de 1388 estudiantes de enseñanza secundaria y superior de la zona centro de Portugal, en la cual se incluyeron estudiantes de ambos sexos de entre 14 y 25 años, que posteriormente se dividieron en 2 grupos (14 a 17 años y de 18 a 25 años) y por sexo. Identificando en el grupo de 14 a 17 años a 285 hombres y 349 mujeres y en el grupo de 18 a 25 años 164 hombres y 590 mujeres. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron un cuestionario anónimo compuesto por datos socio-demográficos (edad y sexo), historia reciente de peso, los criterios del DSM-IV para AN y BN y el cuestionario EDI 1. Los resultados obtenidos en el estudio con respecto a la prevalencia de TCA fueron en mujeres de 14 a 17 años: 3,4% AN (2,3% anorexia restrictiva y 1,1% de anorexia purgativa) y 6,3% de BN. En mujeres de 18 a 25 años: 1,4% AN (0,7% anorexia restrictiva y 0,7% de anorexia purgativa) y 3,4% de BN. En hombres de 14 a 17 años: 1,1% AN y 3,5% BN y en hombres de 18 a 25 años: 0% AN y 0,6% BN.

Este mismo año, Machado PP realizó un estudio transversal con el fin de conocer la prevalencia de TCANE en Portugal. En el estudio participaron una muestra de 2028 estudiantes femeninas de entre 12 y 23 años de las escuelas públicas de Portugal. El estudio se desarrolló en 2 fases; en la primera de ellas los participantes completaron el cuestionario EDE-Q y en la segunda fase, fueron incluidos los participantes que cumplieron una serie de criterios ($IMC \leq 17,5$, puntuación ≥ 4 en alguna de las 4 subescalas del EDE-Q, puntuación total en el EDE-Q ≥ 4 o la presencia de comportamientos alimentarios anormales). En la segunda fase, se entrevistó a 901 participantes usando el EDE. Los resultados obtenidos fueron una prevalencia de TCA de 3,06% (0,39% AN, 0,30% BN y 2,37 TCANE).

- Año 2010: Bernardo Fucks B. y Porto Campos TS. realizaron una nueva revisión bibliográfica sobre los TCA en Portugal hasta ese momento, sus causas y su prevalencia.

Prevalencia en Finlandia:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en Finlandia están incluidos en la tabla 5 y se describen a continuación por año de publicación:

- Año 2007: Keski-Rahkonen A. et al realizaron un estudio para conocer la prevalencia y la incidencia de AN a lo largo de 5 años. Para ello, se cogió una muestra de 2881 mujeres de nacimientos producidos entre 1975 y 1979 en Finlandia. Los instrumentos usados para el estudio fueron el cuestionario EDI y la entrevista SCAN. Los resultados obtenidos fueron una prevalencia de 4,2% para AN en general (IC95% 3,4 - 5,0), y de 2,2% para AN que cumple los criterios del DSM-IV (IC95% 1,6 - 2,7).

- Año 2009: Isomaa R. et al realizaron un estudio con el fin de investigar la prevalencia, la incidencia y el desarrollo de trastornos alimentarios y otras patologías alimentarias subclínicas. El estudio consistió en 2 fases, a lo largo de 3 años de estudio en una muestra de 595 adolescentes de ambos sexos de entre 15 y 18 años en el oeste de Finlandia. El cuestionario de cribado consistió en una entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos en el estudio fueron una prevalencia para mujeres de 18 años del 2,6% para AN, 0,4% BN 7,7% AN atípica, 1,3% BN atípica y 8,5% para TCA subclínicos y no se encontraron casos prevalentes de TCA entre los hombres participantes.

Ese mismo año, Keski-Rahkonen A. et al realizaron un estudio con el fin de investigar la prevalencia, la incidencia y los resultados de la BN realizando por primera vez en Finlandia un estudio a nivel nacional. Para ello, se seleccionó una muestra de 2881 mujeres nacidas entre 1975 y 1979 y se llevó a cabo un proceso de 2 fases consistente en un cuestionario y en la entrevista clínica estructurada del DSM-IV (SCID). Los resultados obtenidos en el estudio fueron una prevalencia de BN de 2,3%, de las cuales el 76% sufría bulimia de tipo purgativo y el 24% del tipo no purgativo.

Ese mismo año, Raevuori A. et al realizaron un estudio con el fin de analizar la epidemiología de anorexia nerviosa en hombres nacidos en Finlandia entre 1975 y 1979. La muestra del estudio, estaba formada por 2122 hombres, a los cuales se les realizó un cuestionario (SCID). El resultado del estudio fue una prevalencia de AN en hombres del 0,24% (IC 95% 0,03-0,44%).

- Año 2010: Isomaa A. et al realizaron un estudio de doble fase para conocer la prevalencia de TCA en la población del oeste de Finlandia. Para ello se observó una muestra de 606 participantes de ambos sexos, con una edad de 15 años. En la primera fase se les realizó un cuestionario, y en la segunda fase se realizó una entrevista (RAB-T) a 128 de los participantes (en función de los resultados obtenidos en el cuestionario). El resultado de prevalencia obtenido en chicas de 15 años fue de 0,7% (prevalencia de punto) y no se detectaron casos en los chicos.

- Año 2013: Lähteenmäki S. et al realizaron un estudio para identificar la epidemiología de los TCA en una población de adultos jóvenes, en la cual se

incluyeron 1863 finlandeses de ambos sexos de entre 20 y 30 años. Se realizó el estudio en dos fases, en la primera se les envió un cuestionario y todos los que cumplieron los criterios para ser diagnosticados como positivos se incluyeron en el estudio, así como una muestra de los que obtuvieron resultados negativos. A estos se les realizó la entrevista SCID-I. Los resultados obtenidos en el estudio fueron para mujeres de 2,1% de prevalencia de AN, 2,3% de BN, 2% de TCANE y para los hombres la prevalencia de TCA fue de 0% para todos ellos.

Prevalencia en Suiza:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en Suiza están incluidos en la tabla 6 y se describen a continuación por año de publicación:

- Año 2005: Milos G. et al realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar el curso de los TCA en un cantón de Zúrich, con una media de edad de 28,6 años. Para ello, se seleccionó una muestra de 192 mujeres con criterios de TCA según el DSM-IV a las cuales se asesoró durante 30 meses en un proceso de 3 fases. Al inicio del estudio, los porcentajes de TCA eran 28,4% AN, 47,3% BN y 24,4% TCANE (del 100% total de pacientes enfermas). A los 12 meses de tratamiento, 22,4% AN, 37% BN, 18,8% TCANE y 20,8% no padecían ningún tipo de TCA. Finalmente a los 30 meses de tratamiento la prevalencia de TCA es 19,3% AN, 24% BN, 25,5% TCANE y 31,3% no padecían ningún tipo de TCA.

- Año 2006: Bulik P. et al realizaron un estudio con el fin de conocer la prevalencia, la heredabilidad y los factores de riesgo prospectivos de la AN en una cohorte de gemelos suizos. Para ello, durante un periodo de 4 años que finalizó en 2002, es decir, desde 1998 al 2002, todos los gemelos nacidos entre el 1 de Enero de 1935 y el 31 de Diciembre de 1958 inscritos en el registro Suizo que vivían, se podía contactar con ellos, eran entrevistables y consintieron, fueron incluidos en el estudio sobre detección de TCA, incluyendo la AN. La información fue recopilada sistemáticamente en 1972 a 1973, antes de la aparición de AN, se utilizó para examinar los factores de riesgo potenciales para la AN. Finalmente se incluyó en el estudio una muestra de 31406 personas. Los casos de AN fueron identificados como los individuos que cumplieron el total de los criterios del DSM-IV mediante una entrevista clínica, que tenían un diagnóstico de alta hospitalaria de la AN, o que tenían un certificado de las causas de muerte que incluye un diagnóstico de AN. La prevalencia global de la AN fue 1.20% en mujeres y 0.29% en hombres. La prevalencia de AN en ambos sexos fue mayor entre los nacidos después de 1945.

- Año 2009: Wentz E. et al realizaron un estudio prospectivo a lo largo de 18 años subdividiéndolo en 4 fases o estudios. La primera parte del estudio se realizó en 1985 en 4291 individuos nacidos en 1970 y que cursaban secundaria, en la ciudad de Göteborg usando exámenes individuales físicos en todos los casos, el análisis de las curvas de crecimiento y un cuestionario de desordenes alimenticios. El grupo de anorexia nerviosa total analizada consistió en 51 casos (48 niñas, 3 niños) quienes cumplieron o habían satisfecho los criterios DSM-IV para la anorexia nerviosa DSM-III-R. Posteriormente se seleccionó un grupo control en el que la enfermera de la escuela selecciona el compañero del mismo sexo más cercano en edad a ese niño o niña. Los únicos criterios de exclusión de los individuos en el grupo de comparación fueron los

antecedentes de trastornos alimentarios de acuerdo con informes de las enfermeras de la escuela y de las desviaciones del diagrama de crecimiento de 7 años de edad y en adelante. En el estudio original los 102 individuos (51 individuos en el grupo de anorexia nerviosa y 51 individuos en el grupo de comparación) y sus madres fueron vistos por un psiquiatra. En el año de la evaluación en el estudio original los 51 individuos en el grupo de anorexia nerviosa cumplieron los criterios del DSM-IV para la anorexia nerviosa y, aunque en el momento preciso de examen 6 individuos en el grupo de anorexia tenían bulimia nerviosa y 6 personas más en ese momento sólo cumplen parcialmente los criterios de la anorexia nerviosa y fueron diagnosticados con trastorno alimentario no especificado (TCANE). Las personas que habían cruzado la frontera desde la anorexia nerviosa a otros trastornos de la alimentación no fueron excluidos del estudio original o los posteriores estudios de seguimiento. En la segunda fase del estudio, los 102 individuos fueron examinados a los 21 años (6 años después de la aparición de AN) y de nuevo en la tercera fase del estudio a los 24 años (10 años después de la aparición de AN). Los 51 casos de anorexia nerviosa fueron seguidos en el Estudio 4. Cuarenta y cinco personas accedieron a una entrevista personal y cinco fueron entrevistados por teléfono. En un caso la madre no quiere que veamos a su hija, en la que persiste la anorexia nerviosa, pero accedió a una entrevista con los instrumentos semiestructurados utilizados con los otros participantes. Los 51 individuos en el grupo de comparación todos participaron en la fase 4. Todos menos tres fueron entrevistados en persona, esos tres fueron entrevistados por teléfono. En el estudio 4, seis mujeres (12%) aún cumplen los criterios para un trastorno alimenticio. En total, tres mujeres (6%) tenían anorexia nerviosa, todos con un subtipo restrictivo.

- Año 2012: Schnyde U. et al realizaron un estudio para estimar la prevalencia de los trastornos alimentarios en Suiza usando los criterios del DSM-IV. El estudio consistió en una encuesta transversal que incluyó una muestra representativa nacional de 10038 residentes, en las tres regiones lingüísticas de Suiza. Una entrevista telefónica asistida por ordenador se llevó a cabo entre abril y octubre de 2010. Los trastornos alimentarios se evaluaron mediante la entrevista WHO-CIDI y aplicaron los criterios del DSM-IV. La ortorexia nerviosa, otros problemas de salud mental, y la calidad de vida también se evaluaron. Se encontró que las tasas de prevalencia de vida y de 12 meses para cualquier trastorno de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de atracones) en 3,5% y 1,1%, respectivamente. La prevalencia de vida de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y cualquier otro trastorno de la alimentación fueron 1,2%, 2,4% y 7,7%, respectivamente, para las mujeres, y el 0,2%, 0,9%, 3,6% respectivamente, para los hombres.

Prevalencia en Reino Unido:

Los trabajos existentes sobre prevalencia de TCA en Reino Unido están incluidos en la tabla 7 y se describen a continuación por año de publicación:

-Año 2005: Currin L. et al realizaron un estudio con el fin de conocer si la prevalencia de la anorexia permanecía estable y la de la BN estaba incrementándose. Para ello se usó el registro de datos de los médicos de Reino Unido entre 1994 y el año 2000 y se compararon los datos con los registros de los 5 años anteriores. Se incluyeron en la muestra las mujeres con una media de edad de 24,5 años. Para la

anorexia, la tasa de prevalencia en el periodo de estudio fue del 2%, siendo ésta mucho mayor en mujeres que en hombres, ya que la prevalencia en mujeres era del 0,9% y en hombres del 0,07% siendo el riesgo relativo mujer-hombre de 12:1. Esta tasa era similar a la del año 1988 en la que la prevalencia de AN era de 1,9%. Por otro lado, la prevalencia de BN en el periodo de estudio era de 2,9%, siendo la prevalencia en mujeres del 1,2% y en hombres del 0,07% siendo el riesgo relativo mujer-hombre de 18:1. Esta tasa resultó ser inferior a la del periodo de 1996 en la que era de 5,7%.

- Año 2007: Varias organizaciones de Reino Unido realizaron una serie de estadísticas con la que llegaron a las siguientes conclusiones; al menos 1,1 millones de personas, se ven afectados por TCA en Reino Unido, siendo los jóvenes de entre 14 y 25 años los que más riesgo tienen de desarrollar TCA. La anorexia nerviosa es más frecuente en más mujeres que hombres, pero al igual que todos los TCA, puede afectar a ambos grupos. Se estimó que en Inglaterra 1 de cada 100 mujeres de entre 15 y 30 años padecía AN. Sin embargo, según el Real Colegio de Psiquiatras, 1 de cada 150 mujeres de 15 años y 1 de cada 1000 varones de 15 años padecen anorexia, siendo la prevalencia de anorexia entre los adolescentes de 16 y 18 años del 1% aproximadamente.

La BN al igual que la BN es más frecuente en mujeres que en hombres, pudiendo afectar a ambos sexos. Según las estadísticas del año 2007 entre el 1 y el 2% de las mujeres en Reino Unido padecen BN, siendo rara la aparición de BN en menores de 13 años. Según el Real Colegio de Psiquiatras, aproximadamente el 4% de las mujeres sufren BN a lo largo de su vida, comenzando generalmente a mediados de la adolescencia. Sin embargo, según los datos del SNS de UK, la edad media de aparición de la BN es de 18 a 19 años, afectando principalmente a mujeres de entre 16 y 40 años. Además, consideran que las personas con familiares cercanos de bulimia, son 4 veces más propensos a padecer bulimia que los que no los tienen.

- Año 2013: Micali N. et al realizaron un estudio en Reino Unido entre 2000 y el 2009 para conocer la presencia de TCA (AN, BN y TCANE) usando los registros de la base de datos de los médicos de Reino Unido, en los cuales se estimaba que se poseían datos de un 5% de la población de Reino Unido. La media de edad de la muestra era de 29,5 años y los resultados obtenidos en el estudio fueron 3,7% TCA, 2,3% AN, 3,8% BN y 3,9% TCANE durante el periodo de estudio.

TABLAS:

Tabla 1: Descripción de los estudios obtenidos según la calidad de la evidencia.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS
I	0
II-1	0
II-2	2
II-3	10
III	41

Tabla 2: Resultados: España

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Villena Iniesta J., Castillo Carballo m. (2004)	Castilla La Mancha	4.373 participantes.	EAT-40 y escala DT del EDI-2.	12-18 años	M y F	<u>TCA</u> : 5,75% (2,43% H y 8,58% M) <u>BN</u> : 0,26% (0,05% H y 0,43% M) <u>TCANE</u> : 5,49%	III
Rodríguez Marín I. (2004)	Jaén	1468 alumnos (753 hombres y 715 mujeres).	EAT-40 y cuestionario sobre hábitos alimentarios y práctica de ejercicio físico.	12-16 años	M y F	<u>Riesgo TCA</u> : Total: 8,31% M: 12,44% H:4,38%	III
Vega Alonso AT, et al (2005)	Castilla y León.	374 centros	EAT-40	12 -18 años	M y F	<u>Riesgo TCA</u> : Total: 7,8% F: 12,3% M:3,2%	III
Rodríguez -Cano T., Beato-Fernández L. (2005)	Ciudad Real	1766 participantes	GHQ-28, Eat-40, BITE, BSQ,SCAN.	12-15 años	M y F	<u>TCA total</u> : 3,7% <u>M</u> : 6,4% (0,17% AN, 1,38 BN y 4,86% TCANE) <u>H</u> : 0,6% <u>TCANE</u>	III
Herrero M., Viña CM. (2005)	La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)	1190 participantes	EDI-2	12-25 años	M y F	<u>Riesgo TCA</u> : 10,4% F:14,9% M: 6,2% (% cambian según criterio)	III

Arrufat FJ (2006)	Osona (Barcelona)	1133 varones y 1147 mujeres	EAT-26, CDRS, DICA-IV	14-16 años	M y F	<u>TCA global:</u> 1,9%. F: 3,49% (0,35% AN, 0,44% BN y 2,7% TCANE) H:0,27% (0% AN, 0% BN y 0,18% TCANE).	III
Peláez- Fernández MA, Labrados FJ, Raich RM (2007)	Madrid	918 mujeres y 627 hombres	EAT - 40, EDE y EDE- Q.	12-21 años	M y F	<u>TCA</u> <u>global:3,43%</u> F: 5,34% (0,33% AN, 2,29% BN y 2,72% TCANE) M: 0,64% (0% AN, 0,16% BN y 0,48% TCANE).	III
Gil García E, Ortiz Gómez T, Fernández Soto ML. (2007)	Andalucía	836 mujeres y 805 hombres	EAT-26	12-16 años	M y F	<u>TCA:1,67%</u> <u>AN:0,83%</u> <u>BN:0,48%</u> <u>AN+BN:</u> 0,37%	III
Muro- Sans P., Amador Campos JA. (2007)	Barcelona	1155 participante s (51,3% hombres y 48,7% mujeres)	EDI-2 y EDE- 12	X= 13,5 años	M y F	<u>TCA global:</u> 1,28%. F: 2,31% M: 0,17%.	III

Imaz et al. (2008)	Valladolid	3434 participantes	GHQ-28, EDI-2 y SCID	12 y 18 años	M y F	<u>TCA total:</u> 3,851% H: 1,705% M:6,429% <u>AN:</u> 0,558% H: 0,114% M:1,092% <u>BN:</u> 0,352% H:0% M: 0,775% <u>TCANE:</u> 2,831% H: 1,590% M:4,322%	II-3
Olesti Baigues M., et al. (2008)	Reus (Tarragona)	551 mujeres.	Eat-40, BAT y CIMEC.	12-21 años	F	<u>AN:</u> 0,9% <u>BN:</u> 2,9% <u>TCANE:</u> 5,3%	III
Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. (2008)	Madrid	559 participantes.	EDE-Q y EAT.	14-18 años	M y F	<u>TCA:</u> entre 3% y 6,2%	III
Sepulveda AR, Carroble JA, Gandarillas AM. (2008)	Universidad	2551 participantes	EDI, BSQ, SCL-90-R y RSE.	18-26 años	M y F	<u>Riesgo TCA:</u> F: 20,8% M: 14,9%	II-3
Garrote Rojas D. (2009)	Granada	700 alumnos (53,57% mujeres y 45,86% hombres).	EDI-2 y EPQJ.	12-17 años	M y F	<u>Obsesión por adelgazar:</u> H: 24% M: 12,46% <u>Bulimia:</u> H: 16,53% M:11,21%	III

Ruíz-Lázaro PM, et al. (2010).	Zaragoza	1831 participantes	EAT-26 y SCAN	12-13 años	M y F	TCANE: 0,7%	III
Gómez Sánchez R., et al (2010)	Universidad Murcia	128 participantes.	STAI y EAT-26.	18-19 años	M y F	<u>TCA</u> : 18,8%	III
Ladines A., Marín A. (2012)	Málaga	1555 participantes (625 hombres y 930 mujeres)	EDD-Q.	12-21 años	M y F	<u>TCA</u> : 3,4% H:1,1% M:4,9% <u>AN</u> :0,5% H: 0,5% M:0,4% <u>BN</u> : 0,5% H: 0,2% M:0,6% <u>TCANE</u> : 2,5% H: 0,5% M: 3,9%	III
Larrañaga A., Docet MF., García-Mayor RV. (2012)	Galicia	187.959 en 2005 a 198.004 en 2009.	DSM-IV-TR.	≥15 años	M y F	<u>TCA global</u> : 0,0828% <u>AN</u> : 0,0186% <u>BN</u> : 0,0257% <u>TCANE</u> : 0,0383%	II-3

Tabla 3: Resultados: Italia

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Favaro A, et al. (2004)	Padova (noreste de Italia)	1306 mujeres	SCID	18-25 años	F	AN: 2% BN: 4,6% TCANE: 5,3%	III
Iafusco I., et al. (2004)	Nápoles y Parma	268 participantes.	EDE-Q.	X= 13 años	F y M	TCANE: - Diabéticos: 49,7% - No diabéticos: 24% <u>Conductas compensatorias:</u> - Diabéticos: 4,97% - No diabéticos: 0,76%	II-2
Faravelli C., et al. (2006)	Sesto Fiorentino	2355 participantes.	EDE	> 14 años	F y M	TCA total: 1,21 AN: 0,42% BN: 0,32% TCANE: 0,64%	II-3
Gigantesco A., et al. (2010)	Italia	9863 hospitales.	Registros hospitalarios.	15-29 años	F y M	<u>Hospitalización AN mujeres:</u> - 15 a 19 años: 14% - 20 a 24 años: 9,54% - 25 a 29 años: 6,91% <u>Hospitalización en hombres:</u> - 15 a 19 años: 12,1% - 20 a 24 años: 9,12% - 25 a 29 años: 4,74%	III

Tabla 4: Resultados: Portugal

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Machado P., et al. (2004)	Lisboa, Oporto y Coímbra.	170 mujeres	EDI	15-29 años.	F	<p><u>AN</u>: 21,1% en Lisboa, 17,2% en Oporto y 3,4% en Coímbra.</p> <p><u>BN</u>: 32,35% en Lisboa, 14% en Oporto y 1,95% en Coímbra.</p> <p><u>TCANE</u>: 4,7% (3,52% en Oporto y 1,18% en Coímbra)</p>	III
Dos Anjos Dixe M. (2007)	Zona centro de Portugal	1388 participantes	EDI	14-25 años.	F y M	<p><u>AN</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres de 14 a 17 años: 3,4% - Mujeres de 18 a 25 años: 1,4% - Hombres de 14 a 17 años: 1,1% - Hombres de 18 a 25 años: 0%. <p><u>BN</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres de 14 a 17 años: 6,3% - Mujeres de 18 a 25 años: 3,4% - Hombres de 14 a 17 años: 3,5% - Hombres de 18 a 25 años: 0,6%. 	III

Machado PP., et al. (2007)	Escuelas públicas de Portugal	2028 participantes	EDE-Q y EDE.	12-23 años	F	<u>TCA total:</u> 3,06% <u>AN:</u> 0,39% <u>BN:</u> 0,30% <u>TCANE:</u> 2,37%	III
----------------------------	-------------------------------	--------------------	--------------	------------	---	--	-----

Tabla 5: Resultados: Finlandia

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Keski-Rahkonen A., et al (2007)	Finlandia	2881 mujeres	EDI y SCID	16-28 años	F	<u>AN en general:</u> 4,2% <u>AN que cumple los criterios del DSM-IV:</u> 2,2%	II-3
Isomaa R., et al (2009)	Oeste de Finlandia	595 mujeres.	SCID	15-18 años	F y M	<u>Mujeres:</u> 2,6% AN, 0,4% BN, 7,7% AN atípica, 1,3% BN atípica y 8,5% TCA subclínicos. <u>Hombres:</u> 0% de todos los TCA.	II-3
Keski-Rahkonen A., et al (2009)	Finlandia	2881 mujeres	SCID	16-28 años	F	<u>BN total:</u> 2,3%	
Raevouri A., et al. (2009)	Finlandia	2122 hombres	SCID	16-28 años.	M	<u>AN:</u> 0,24%	II-3
Isomaa R., et al (2010)	Oeste de Finlandia	606 estudiantes.	Entrevista y RAB-T.	15 años.	F y M	<u>Mujeres:</u> 0,7% AN. <u>Hombres:</u> 0% AN.	II-3

Lähteenmäki S., et al. (2013)	Finlandia	1863 participantes	SCID	20-30 años	F y M	<u>Mujeres:</u> 2,1% AN, 2,3% BN, 2% TCANE. <u>Hombres:</u> 0% de todos los TCA.	
-------------------------------	-----------	--------------------	------	------------	-------	---	--

Tabla 6: Resultados: Suiza

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Milos G., et al. (2004)	Cantón de Zurich		Registros médicos hospitalarios.				
Angst J., et al. (2005)	Zurich		Entrevistas.				
Milos G., et al. (2005)	Cantón de Zurich	192 mujeres.	Criterios del DSM-IV.	X= 28,6 años	F	<p><u>Inicio:</u> 28,4% AN, 47,3% BN y 24,4% TCANE</p> <p><u>12 meses:</u> 22,4% AN, 37% BN, 18,8% TCANE y 20,8% no TCA.</p> <p><u>30 meses:</u> 19,3% AN, 24% BN, 25,5% TCANE y 31,3% no TCA.</p>	II-2
Bulik CM., et al. (2006)	Suiza	160.000 participantes.	SALT, entrevistas y registros de datos, registros hospitalarios de los casos, registros de mortalidad.	29- 30 años.	F y M.	<p><u>AN:</u> 1.20% en mujeres y 0.29% en hombres</p>	III-2

Wentz E. et al. (2009)	Göteborg	102 participantes	SCID-1	14-32 años.	F y M.	<u>Mujeres:</u> TCA: 12% AN: 6% <u>Hombres:</u> 0%	III
Schnyder U., et al. (2012)	Tres regiones lingüísticas de Suiza	10038 participantes	WHO-CIDI aplicando los criterios del DSM-IV.	Inicio a los 15 años.	F y M.	<u>Mujeres:</u> AN: 1,2% BN: 2,4% TCANE: 7,7% <u>Hombres:</u> AN: 0,2% BN: 0,9% TCANE: 3,6%	II-3

Tabla 7: Resultados: Reino Unido

ESTUDIO	LUGAR	NÚMERO	INSTRUMENTO	EDAD	SEXO	PREVALENCIA	EVIDENCIA
Currin L., et al. (2005)	Inglaterra	3 millones de pacientes (5% de la población de Reino Unido)	The general Practice Reseach Database	X= 24,5 años.	F y M.	<u>AN</u> : 2% Mujeres: 0,9% Hombres: 0,07% <u>BN</u> : 2,9% Mujeres: 1,2% Hombres: 0,07%	III
2007	Inglaterra		Estadísticas del gobierno del servicio nacional de salud de nº de camas y diagnósticos.	13- 30 años.	F y M.	<u>TCA</u> : 1.7% <u>AN</u> : Mujeres: 1% Hombres: 0,1% <u>BN</u> : Mujeres: 1-2% Hombres: 0%	III
Micali N., et al. (2013).	Inglaterra	9120 pacientes.	The general Practice Reseach Database	X= 29,5 años.	F y M.	<u>TCA</u> : 3.7% <u>AN</u> : 2,3% <u>BN</u> : 3,8% <u>TCANE</u> : 3,9%.	III

DISCUSIÓN:

El nivel de evidencia obtenido en la revisión se puede considerar limitado, ya que no se han obtenido artículos de calidad I ni II-1, es decir, no se ha obtenido evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorios controlados ni de estudios de metaanálisis, así como tampoco se ha obtenido evidencia procedente de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria. Las conclusiones por tanto, están basadas en 2 estudios de cohortes, en los cuales se mide la prevalencia en un punto concreto del estudio, 10 artículos basados en series temporales y 41 artículos sobre estudios descriptivos. Por otro lado, al estar estudiando prevalencia (número de casos de enfermedad en un momento concreto del tiempo) era de esperar que la mayor parte de los artículos encontrados al respecto fueran de tipo descriptivo, ya que son los que fundamentalmente se usan para medir prevalencias.

En España, existen datos acerca de la prevalencia de TCA, siendo estas cifras 0,5%-1,5% para AN, 0,5%-1,5%BN y 1,7%-3,8% TCANE (10), sin embargo, según los estudios realizados a lo largo de los últimos años en las diferentes comunidades de España, estos datos varían, encontrando datos en Andalucía acerca de esto en los que el riesgo de desarrollar TCA en una población de ambos sexos de entre 12-16 años era del 8,31% siendo mayor este riesgo en mujeres: 12,44% que en hombres 4,38%. Por otro lado, la prevalencia de la obsesión por adelgazar sería de 24% en hombres y 12,46% en mujeres y con respecto a la prevalencia de TCA los datos oscilan entre 1,67% y 3,4%, siendo la de AN de entre 0,5% y 0,83%, la de BN en torno al 0,5%, y la de TCANE del 2,5%. En Aragón sólo existen datos de la prevalencia de TCANE, siendo la prevalencia de éstos de 0,7%. En los estudios realizados en Castilla La Mancho la cifras de TCA oscilan entre el 3,7% y el 5,75%, siendo las cifras de AN del 0,17% (sólo en mujeres, en hombres del 0%), las de BN de entre 0,26% y 1,38% fundamentalmente en mujeres y las de TCANE entre 4,9% y 5,5%. En Castilla León, por otro lado, existen estudios en los que se estima que el riesgo de desarrollar TCA es del 7,8%, mientras que las cifras de prevalencia de TCA son del 3,851%, 0,56% de AN, 0,35% de BN y 2,83% de TCANE. En Cataluña, por otro lado, la prevalencia de TCA según los estudios realizados oscila entre el 1,28% y el 1,9% siendo esta prevalencia de TCA principalmente dentro del grupo de las mujeres y concretamente por trastornos, la prevalencia de AN es del 0,9%, la de BN del 2,9% y la de TCANE del 5,3%. Según el estudio realizado en Galicia, la prevalencia de TCA es del 0,08%, siendo del 0,02% en el caso de AN, 0,026% en el caso de BN y de 0,038% para los TCANE. En los estudios realizados en Madrid la prevalencia de TCA oscila entre el 3 y el 6,2%, siendo estos datos de entre 0% (en hombres) y 0,33% (en mujeres) para la AN, de entre 0,16% y 2,29% para la BN y de entre 0,48% y 2,72% para TCANE. En Murcia, fue dónde se encontraron las cifras de TCA más elevadas, con una prevalencia del 18,8% y por último, en los estudios realizados tanto en Tenerife como en las diferentes universidades españolas, se encontró que el riesgo de padecer TCA era del 10,4% en el estudio realizado en Tenerife, siendo este riesgo del 14,9% en mujeres y del 6,2% en hombres, mientras que en la población universitaria el riesgo de TCA era del 20,8% en mujeres y del 14,9% en hombres.

En Italia, de acuerdo con los estudios realizados en los últimos 10 años, la prevalencia de TCA es aproximadamente del 1,21%, oscilando los datos de AN entre el 0,42% y el 2%, los de BN entre el 0,32% y el 4,6% y los TCANE entre el 0,64% y el 5,3%.

Además, de acuerdo con un estudio realizado sobre la diferencia de prevalencia de TCANE y conductas compensatorias entre la población diabética y la no diabética, en ambos casos, se demostró que la prevalencia era mayor entre la población diabética. Así como en otro estudio realizado sobre la prevalencia de AN y BN entre la población hospitalizada, observándose que la prevalencia era mayor en el caso de la población hospitalizada.

En Portugal, de acuerdo con los estudios realizados en los últimos 10 años, la prevalencia de TCA es aproximadamente del 3,06%, mientras que si nos centramos en cada uno de los trastornos, la prevalencia de AN se encuentra entre el 0,39% y el 21,1% dependiendo del estudio realizado, la prevalencia de BN oscila entre el 0,3% y el 48,3% y la de TCANE entre 2,37% y 4,7%.

En Finlandia, de acuerdo con los estudios que se han realizado sobre prevalencia de TCA en los últimos 10 años, no tenemos datos sobre la prevalencia de TCA de forma general en Finlandia, pero sí sobre los diferentes tipos de trastornos, siendo la prevalencia de AN de entre el 0% en hombres y el 2,6% en mujeres que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV, mientras que si se incluyesen en estos datos a mujeres anoréxicas pero que no cumplen los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa formulados en el DSM-IV, esta cifra aumentaría hasta el 4,2%. Por otro lado, la prevalencia de BN oscila entre el 0,4% y el 2,3% y la prevalencia de TCANE oscila entre el 2% y el 8,5%.

Por otro lado, la prevalencia en Suiza de TCA en Suiza, de acuerdo con los datos obtenidos en los artículos publicados en los últimos 10 años muestran cifras generales de TCA de entre el 0% cuando se estudia a los hombres y el 12% en mujeres. Con respecto a la prevalencia de AN, las cifras oscilan entre el 0,2% y el 28,4%, las de BN entre el 0,9% y el 47,3% y las de TCANE entre el 3,6% y el 25,5%.

Para finalizar, la prevalencia de TCA en Reino Unido en los últimos 10 muestran cifras generales de TCA de entre el 1,7% y el 3,7%, mientras que si nos centramos en cada uno de los trastornos, las cifras de AN oscilan entre el 0,1% y el 2,3%, las de BN entre el 0% y el 3,8% y las de TCANE en torno al 3,9%.

Los datos con respecto a la prevalencia de TCA son muy similares en todos los países incluidos en el estudio con independencia de si los países se encuentran en la zona Norte o Sur de Europa:

- España: 0,08% - 6,2%.
- Italia: 1,21%.
- Portugal: 3,06%.
- Finlandia: No se han obtenido datos.
- Suiza: 0% - 12%.
- Reino Unido: 1,7% - 3,7%.

Con respecto a los datos obtenidos de prevalencia de AN:

- España: 0,02% - 0,83%.
- Italia: 0,42% - 2%.
- Portugal: 0,39% - 21,1%.

- Finlandia: 0%- 2,6%.
- Suiza: 0,2% - 28,4%.
- Reino Unido: 0,1% - 2,3%.

Se observan datos muy similares con respecto a los datos inferiores de AN, sin embargo, con respecto a los datos superiores son todos bastante homogéneos salvo en el caso de Portugal y Suiza, en los cuales los datos son bastante superiores al resto, pero estas diferencias de prevalencia se podrían deber a que las poblaciones sobre las que se han realizado los estudios no son homogéneas, por lo que pueden existir variaciones, sin embargo, al ocurrir esto en uno de los países situados en la zona norte de Europa y en otro de los situados en la zona sur, podemos seguir diciendo que no existen diferencias entre la prevalencia de AN en los países de la zona norte y sur de Europa.

Si nos fijamos en las cifras de prevalencia de BN en los diferentes países del estudio, los datos obtenidos son los siguientes:

- España: 0,026% - 2,9%.
- Italia: 0,32% - 4,6%.
- Portugal: 0,3% - 32,35%.
- Finlandia: 0,4%- 2,3%.
- Suiza: 0,9% - 47,3%.
- Reino Unido: 0% - 3,8%.

Al igual que lo que ocurría con la AN, se observan datos muy similares con respecto a los datos inferiores de BN, sin embargo, con respecto a los datos superiores son todos bastante homogéneos salvo en el caso de Portugal y Suiza, en los cuales los datos son bastante superiores al resto, sin embargo, al ocurrir esto en uno de los países situados en la zona norte de Europa y en otro de los situados en la zona sur, podemos continuar diciendo que no existen diferencias entre la prevalencia de AN en los países de la zona norte y sur de Europa.

Por último, con respecto a las cifras de prevalencia obtenidas sobre TCANE en los diferentes países:

- España: 0,038% - 5,5%.
- Italia: 0,64% - 5,3%.
- Portugal: 2,37% - 4,7%.
- Finlandia: 2%- 8,5%.
- Suiza: 3,6% - 25,5%.
- Reino Unido: 3,9%.

De nuevo los datos de prevalencia con respecto a los datos inferiores son muy similares en todos los países, pero son bastante elevadas con respecto al resto los datos de prevalencia de TCANE superiores de la población de Suiza, por lo que de nuevo podemos decir que no existen diferencias en la prevalencia de TCA entre los países de la zona norte y sur de Europa, y con respecto a las alteraciones que se producen en Suiza para todos los trastornos tanto de forma individual (AN,BN y TCANE) como cuando los medimos de forma conjunta (TCA), se debería observar si éstos datos son reales en el conjunto de la población, o si por el contrario son

correctos en la población de estudio, pero por algún motivo no son extrapolables al conjunto de la población sueca, o si por otro lado, estos datos se han producido debido a algún sesgo en el estudio.

Como conclusión, podemos decir que no existen diferencias en la prevalencia de TCA entre los países situados entre el norte y el sur de Europa, siendo las prevalencias muy similares en todos ellos, además, también podemos decir que la prevalencia para cada uno de los trastornos así como para estos en conjunto, es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla comparación de prevalencias de TCA en los diferentes países:

	ESPAÑA	ITALIA	PORTUGAL	FINLANDIA	SUIZA	REINO UNIDO
TCA GLOBAL	0,08% - 6,2%	1,21%	3,06%	No se han obtenido datos	0% - 12%	1,7% - 3,7%
AN	0,02% - 0,83%	0,42% - 2%	0,39% - 21,1%.	0% - 2,6%	0,2% - 28,4%	0,1% - 2,3%
BN	0,026% - 2,9%	0,32% - 4,6%	0,3% - 32,35%	0,4%- 2,3%	0,9% - 47,3%	0% - 3,8%
TCANE	0,038% - 5,5%	0,64% - 5,3%	2,37% - 4,7%	2%- 8,5%	3,6% - 25,5%	3,9%

Aunque existen algunas limitaciones a este trabajo, como son el hecho de que las poblaciones de los diferentes estudios realizados no son completamente homogéneas entre sí, ya que unas son sólo femeninas, otras sólo masculinas, otras mixtas, en cada una se estudian grupos de edad diferentes, aunque todos dentro de un mismo rango de edad, pero esto puede dar lugar a sesgos, ya que no tiene por qué existir la misma prevalencia de TCA en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años, que en un grupo de adolescentes universitarias de 18 años, y además, los estudios han tenido lugar también en diferentes momentos del tiempo. Por lo que considero, que para que este estudio fuese más fiable, se podría llevar a cabo un estudio a nivel Europeo, en el que se realizase un estudio de prevalencia en el mismo momento del tiempo a una población con unas características determinadas de forma que los datos obtenidos se pudiesen comparar de forma fiable. Esto supondría la colaboración entre los diferentes países y un gasto muy elevado, por lo que sería necesario contar con importantes fuentes de financiación, aunque considero que se puede llevar a cabo, ya que existen antecedentes de estudios de este tipo como el estudio ZARADEM sobre demencias a nivel europeo. Además, de esta forma, además de medir la prevalencia, si se realiza un estudio prospectivo se podrían ir valorando los cambios producidos en la

prevalencia de estas enfermedades a lo largo del tiempo y tener a su vez datos fiables sobre si la tendencia de TCA realmente está aumentando en los últimos años, o si por el contrario se mantiene estable, ya que existen estudios acerca de ambas posturas.

ANEXOS

Anexo I: NIVELES DE EVIDENCIA SEGÚN LA CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. 2003.

Tabla 1. Niveles de la evidencia científica.

	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado o de un estudio de metaanálisis
II-1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria
II-2	Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente hechos en más de un centro o quipo de investigación
II-3	Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grupo de evidencia
III	Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones basadas en la fuerza de la evidencia científica.

	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
A	Hay buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.
B	Hay suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.
C	Existe una evidencia conflictiva para la inclusión o la exclusión de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.

D	Existe suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud.
E	Existe buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud.
I	Existe insuficiente evidencia (en calidad o cantidad) para hacer una recomendación de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, sin embargo otros factores pueden influir en la toma de decisiones.

C. Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Lost 20 pounds or more in the past 6 months	YES <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		
F. Have you ever been treated for an eating disorder?	YES <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		

*Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control.

15. I Take longer than others to eat my meals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. I Avoid foods with sugar in them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I Eat diet foods.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I Feel that food controls my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I Display self-control around food.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I Feel that others pressure me to eat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. I Give too much time and thought to food.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. I Feel uncomfortable after eating sweets.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. I Engage in dieting behavior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. I Like my stomach to be empty.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. I Have the impulse to vomit after meals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. I Enjoy trying new rich foods.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Part C: Behavioral Questions:			Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
In the past 6 months have you:		Never					
A.	Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.	Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.	Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.	Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E.	Lost 20 pounds or more in the past 6 months	YES <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		
F.	Have you ever been treated for an eating disorder?	YES <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		

*Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control.

Anexo IV:

EDI-2. CUESTIONARIO

Identificador _____ Fecha _____

0 Nunca 1 Pocas veces 2 A veces

3 A menudo 4 Casi siempre 5 siempre

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
2. Creo que mi estómago es demasiado grande
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro
4. Suelo comer cuando estoy disgustado
5. Suelo hartarme de comida
6. Me gustaría ser más joven
7. Pienso en ponerme a dieta
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos
10. Me considero una persona poco eficaz
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes
14. La infancia es la época más feliz de la vida
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos
16. Me aterroriza la idea de engordar
17. Confío en los demás
18. Me siento solo en el mundo
19. Me siento satisfecho con mi figura
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones
22. Preferiría ser adulto a ser niño
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás

24. Me gustaría ser otra persona
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento
27. Me siento incapaz
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores
30. Tengo amigos íntimos
31. Me gusta la forma de mi trasero
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas
36. Me fastidia no ser el mejor en todo
37. Me siento seguro de mí mismo
38. Suelo pensar en darme un atracón
39. Me alegra haber dejado de ser un niño
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no
41. Tengo mala opinión de mí
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes
44. Temo no poder controlar mis sentimientos
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van
47. Me siento hinchado después de una comida normal
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso
50. Me considero una persona valiosa

51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas
53. Pienso en vomitar para perder peso
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto
59. Creo que mi trasero es demasiado grande
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo
61. Como o bebo a escondidas
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente
76. La gente comprende mis verdaderos problemas
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza
78. Comer por placer es signo de debilidad moral

79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal
85. Tengo cambios de humor bruscos
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor
89. Sé que la gente me aprecia
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo
91. Creo que realmente sé quién soy

Anexo V:

Versión española del BITE

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? SÍ NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? SÍ NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? SÍ NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? SÍ NO
5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? SÍ NO
6. ... si responde «SÍ», ¿con qué frecuencia lo hace?

Un día sí y otro no 5

2-3 veces a la semana

4 Una vez por semana

3 De vez en cuando 2

Una sola vez 1

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).

PÍLDORAS ADELGAZANTES 0234567

TOMAR DIURÉTICOS 0234567

TOMAR LAXANTES 0234567

PROVOCARSE EL VÓMITO 0234567

- Nunca 0 - Ocasionalmente 2

- Una vez a la semana 3

- 2 o 3 veces a la semana 4

- Diariamente 5

- 2 o 3 veces al día 6

- 5 o más veces al día 7

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios? SÍ NO
9. ¿Considera que la comida domina su vida? SÍ NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SÍ NO

11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida? SÍ NO
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto? SÍ NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? SÍ NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer? SÍ NO
15. ¿Cuando se siente ansiosa tiende a comer mucho? SÍ NO
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa? SÍ NO
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)? SÍ NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? SÍ NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come? SÍ NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SÍ NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer? SÍ NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come? SÍ NO
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga? SÍ NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer? SÍ NO
25. ... si responde «SÍ», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo? SÍ NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola? SÍ NO
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?
 - 2-3 veces al día 6
 - Diariamente 5
 - 2-3 veces a la semana 4
 - Una vez por semana 3
 - Una vez al mes 2
 - Casi nunca 1
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón? SÍ NO
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable? SÍ NO
30. ¿Come alguna vez en secreto? SÍ NO
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios? SÍ NO

32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva? SÍ NO

33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana? SÍ NO

Anexo VI:

Cuestionario BSQ

1.- ¿ Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

2.- ¿ Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

3.- ¿ Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

4.- ¿ Has tenido miedo a engordar ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

5.- ¿ Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

6.- Sentirte llena (después de una gran comida), ¿ Te ha hecho sentir gorda ?

- Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

7.- ¿ Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

8.- ¿ Has evitado correr para que tu carne no botara ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

9.- Estar con chicas delgadas, ¿ te ha hecho fijarte en tu figura ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

10.- Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

11.- El hecho de comer poca comida ¿ te ha hecho sentir gorda ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

12.- Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿ la has comparado con la tuyya desfavorablemente ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

13.- Pensar en tu figura, ¿ ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

14.- Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas) ¿ te ha hecho sentir gorda?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

15.- ¿ Has evitado llevar ropa que marque tu figura ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

16.- ¿ Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

17.- ¿ Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿ te ha hecho sentir gorda ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

18.- ¿ Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

19.- ¿ Te has sentido excesivamente gorda o redondeada ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

20.- ¿ Te has sentido acomplejada por tu cuerpo ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

21.- ¿ Preocuparte por tu figura, ¿ te ha hecho poner a dieta?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

22.- ¿ Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos
- Siempre.....6 puntos

23.- ¿ Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol ?

- Nunca..... 1 punto
- Raramente.....2 puntos
- Alguna vez..... 3 puntos
- A menudo..... 4 puntos
- Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

24.- ¿ Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos

A menudo..... 4 puntos

Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

25.- ¿ Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos

A menudo..... 4 puntos

Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

26.- ¿ Has vomitado para sentirte más delgada ?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos

A menudo..... 4 puntos

Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

27.- Cuando estás con otras personas, ¿ te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús) ?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos

A menudo..... 4 puntos

Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

28.- ¿ Te ha preocupado que tú carne tenga aspecto de piel e naranja (celulitis) ?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos

A menudo..... 4 puntos

Muy a menudo...5 puntos

Siempre.....6 puntos

29.- Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿ te ha hecho sentir mal por tu figura?

Nunca..... 1 punto

Raramente.....2 puntos

Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

30.- ¿ te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

31.- ¿ Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas) ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

32.- ¿ Has tomado laxantes para sentirte más delgada ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

33.- ¿ Te has fijado más en tu figura estando con otras personas ?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

34.- La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Nunca..... 1 punto
Raramente.....2 puntos
Alguna vez..... 3 puntos
A menudo..... 4 puntos
Muy a menudo...5 puntos
Siempre.....6 puntos

SOLUCIONES AL TEST:

Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que habrá obtenido una puntuación numérica. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. ASÍ PUES SE CONSIDERA PATOLOGÍA UNA PUNTUACIÓN SUPERIOR A 105 AL FINAL DEL TEST. Al menos en teoría, cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre sobre su figura corporal. A aquellas personas que hayan obtenido una puntuación por encima de 105 puntos les recomendamos que intenten contactar con un psiquiatra o psicólogo de su localidad para descartar un problema alimentario.

Anexo VII:

EDE-Q

Instrucciones: Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES O A LOS ÚLTIMOS TRES MESES. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

RECUERDA QUE ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO

CUANTOS DÍAS EN LOS PASADOS 28 DÍAS.....

1 ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?

2 ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?

3 ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?

4 ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?

5 ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?

6 ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o

7 ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?

8 ¿Has tenido episodios de atracones?

9 ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?

10 ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?

11 ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?

12 ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso?

13 ¿Te has sentido gordo/a?

14 ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:

15 ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)

0 - Ninguna vez 1 - Alguna vez 2 - Menos de la mitad de las veces 3 - La mitad de las veces 4 - Más de la mitad de las veces 5 - La mayoría de las veces 6 - Siempre

16 ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias?

0 - No

1 - Sí

En caso afirmativo:

17 ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta (en los últimos tres meses)? _____

18 ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19 ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias? 0 - No 1 - Sí En caso afirmativo:

20 ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios (en los últimos tres meses)? _____

21 En los pasados tres meses ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso?

0 - No

1 - Sí

En caso afirmativo:

22 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____

23 ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 - No 1 - Sí En caso afirmativo:

24 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____

25 ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 - No 1 - Sí En caso afirmativo:

26 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____

27 ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso? 0 - No 1 - Sí En caso afirmativo:

28 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____

EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES:

- 29 ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?
- 30 ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?
- 31 ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?
- 32 ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?
- 33 ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?
- 34 ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?
- 35 ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?
- 36 ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

- 37 ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses?

0 - No

1 - Sí

En caso afirmativo:

- 38 ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de 3 meses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

I. Bibliografía usada para la introducción:

1. Giberti F., Romolo R.
Manuale di Psichiatria 2007, pág 231.
2. Rudolph M.; epílogo William D.N.
El ayuno y el misticismo desde la Edad Media hasta hoy.
GLF editori Laterza 2002.
3. Guidetti V.
Fundamentos de la neuropsiquiatría infantil y del adolescente 2005, pág 164.
El Molino.
4. Fresquet J.L.
Instituto de historia de la ciencia y documentación (Universidad de Valencia - CSIC). Charles Ernest Lasegue (1816 - 1883).
5. Acland T.D. (1894)
Medical Papers, Sir William Withey Gull 1894, pag 311-314
6. Van't Hof L.
Anorexia Nervosa: The Historical and Cultural Specificity: Fallacious Theories and Tenacious Facts.
The Netherlands, Swets & Zeitlinger 1994.
7. www.riojainternet.com/historia-de-la-bulimia-y-como-evoluciono-en-un-nuevo-problema.html
8. es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_de_la_conducta_alimentaria
9. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria.
Montón Franco C., et al. Grupo de Salud Mental del PAPPS
10. www.orthorexia.com
11. Ruiz-Lázaro PM.
Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España.
Actas Españolas de Psiquiatría 2003;31: 85-94.
12. Bratman S., Knight D.
Health food junkies.
Broadway Books, New York, 2000.

II. Referencias de estudios incluidos en esta revisión que se han podido obtener siguiendo el procedimiento explicado en el apartado de metodología:

13. Díaz Atienza J., Torres Slavador A., Hernández Carrillo I.
La anorexia nerviosa en niños y adolescentes.
www.paidopsiquiatria.com/anorexia
14. Villena Iniesta J., Castillo Carballo M.
Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolares.
Dirección General de Salud Pública y Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha 2004.
15. Rodríguez Marín I.
Prevalencia de la población de riesgo para anorexia nerviosa en el alumnado de educación secundaria obligatoria de la provincia de Jaén. Especial atención al uso excesivo de ejercicio físico.
Tesis doctoral 2004. Universidad de Jaén.
16. Favaro A., et al
The spectrum of eating disorders in young women: aprevalence study in a general population sample.
Psychosomatic Medicine 2004; 65: 701-708.
17. Iafusco D., et al
Prevalence of eating disorders in young patients with type 1 diabetes from two different Italian Cities.
Diabetes Care, Volume 27, number 9, september 2004
18. Santos Fachada VP.
Anorexia em Portugal.
Universidade de Coimbra 2004.
19. Machado P., et al.
Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços.
revista de informação e divulgação científica do NDCA 2004; 1(1):1-8.
20. Peláez Fernandez M.A., Labrador Encina F.J., Raich Escursell R.M.
Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.
C. Medicina Psicosomática 2004, nº71/72
21. Makino M., et al.
Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and Non- Western Countries.
Medscape General Medicine 2004; 6(3):49.
22. Herrero M, Viña C.M.
Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria.
Internacional Journal of Clinical and Health Psychology 2005, Vol.5, nº1, pp.67-83.
23. Peláez-Fernández M.A., Labrador Encinas F.J., Raich Escursell R.M.
Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas.
International Journal of Psychological Therapy 2005, Vol.5,nº2, pp. 135-148
24. Gil García M.E.

- Anorexia y bulimia: diagnósticos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas.
Tesis Doctoral 2005. Granada.
25. Milos G., Spindler A., Schnyder U., Fairburn C.G.
Instability of eating disorders diagnoses: prospective study.
British journal of Psychiatry 2005; 187: 573-578.
 26. Currin L., et al.
Time trends in eating disorder incidence
British Journal of Psychiatry 2005; 186: 132-135.
 27. Vega Alonso A.T., et al.
Eating disorders: prevalence and risk profile among secondary school students.
Social Psychiatry and psychiatric epidemiology 2005; 40: 980-987.
 28. Arrufat F.J.
Estudio de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona.
Tesis doctoral 2006. Universitat de Barcelona.
 29. Bulik C.M., et al.
Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa.
Arch Gen Psychiatry Vol.63, March 2006
 30. Faravelli C., et al.
Clinical Epidemiology of Eating Disorders: results from the Sesto Fiorentino Study.
Psychoterapy and Psychosomatics 2006;75 6): 376-383, ISSN 0033-3190.
 31. Parliamentary Office of Science and Tecnology
Eating disorders
Posnote 2007; 287:1-4
 32. Gil García E., Ortiz Gómez T., Fernández Soto M.L.
Social profiles, diet, and prediction of eating disorders in Urban Andalusian Adolescents.
Atención Primaria 2007;39 (1):7-13.
 33. Dos Anjos Dixe M.
Prevalência das doenças do comportamento alimentar.
Análise Psicológica 2007, 25 (4): 559-569, ISSN 0870-8231.
 34. Muro Sans P., Amador Campos J.A.
Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample.
Eating and Weight Disorders 2007, 12,1-6.
 35. Peláez Fernández M.A., Labrador F.J., Raich R.M.
Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain).
Journal of Psychosomatic Reseach 2007, 62 (6), 681-690.
 36. Keski-Rahkonen A., et al.
Epidemiology and course of anorexia nervosa in the Community
The American Journal of Psychiatry 2007, 164:8.
 37. Sepulveda A.R., Carrobes J.A., Gandarillas A.M.
Gender, school and academis year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study
BMC Public Health 2008, 8:102
 38. Peláez-Fernández M.A., Labrador F.J., Raich R.M.

- Comparison of single and double stage designs in the prevalence Estimation of eating disorders in community samples
The Spanish Journal of Psychology 2008, Vol.11, nº2, 542-550
39. Olesti Baigues M., et al.
Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus.
Anales de Pediatría (Barcelona). 2008;68 (1): 18-23.
 40. Imaz C., Ballesteros M., Higuera M., Conde V.
Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid.
Actas Españolas de Psiquiatría 2008; 36 (2):75-81.
 41. Green B.
The Decline of NHS Inpatient Psychiatry in England.
www.priory.com/psychiatry
 42. Halmi K.A.
Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents
Dialogues Clinical Neuroscience 2009 March; 11(1): 100–103.
 43. Terence Wilson G., Sysko R.
Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations
International Journal Eating Disorders 2009 November; 42(7): 10.
 44. Wentz E., et al.
Adolescent-onset anorexia nervosa: 18 year outcome.
British Journal of Psychiatry 2009; 194: 168-174.
 45. Preti A., et al.
The epidemiology of eating disorder in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project.
Journal of Psychiatric Research xxx (2009) xxx-xxx (Article in press).
 46. Rasmus I., et al.
The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents - a two-step 3 year follow-up Study.
Article first published online:23 March 2009.
 47. Raevuori A., et al.
Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins
Published online: February 10, 2009.
 48. Garrote Rojas D.
Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de la personalidad de los estudiantes de educación secundaria de Granada.
Tesis Doctoral 2009. Universidad de Granada.
 49. Peláez-Fernández M.A., Labrador Encinas F.J., Raich Escursell R.M.
Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos.
Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2010: 62-75
 50. Gómez-Sánchez R., Salorio del Moral P., et al.
Prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación.

- Index de Enfermería v.19 n.2-3 Granada abr.-sep.2010
51. Treasure J., Claudino AM, Zucker N.
Eating disorders
www.lancet.com Vol 375. February 13, 2010.
 52. Bernardo Fuks B., Porto Campos T.S.
Anorexia: Da urgência de uma nova prática clínica.
Tempo Psicanalítico 2010; 42(1): 39-59.
 53. Ruiz.Lázaro P.M., et al.
Prevalence of eating disorders in early adolescents students.
Actas Españolas de Psiquiatría 2010;38 (4):204-211
 54. Gigantesco A., et al.
Hospitalization for anorexia nervosa in Italy.
Rivista de psichiatria 2010, 43, 3
 55. Khan F., Chowdhury U.
Eating disorders in children and adolescents.
British Journal of Medical Practitioners 2011; 4(1) : a405.
 56. Duarte García F., Délavenne H., Déchelotte P.
Atypical eating disorders: a review.
Nutrition and dietary supplements 2011;3: 67-75.
 57. Isomaa R.
Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence
ISBN 978-952-12-2522-2 (digital) 2011.
 58. Smink F.R.E., Van Hoeken D., Hoek H.W.
Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates.
Current Psychiatry Reports 2012; 14: 406-414.
 59. Portela de Santana M.L., da Costa Ribedeiro Junior H., Mora Giral M., Raich R.M.
La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión.
Nutrición hospitalaria 2012; 27(2):391-401
 60. Torres S., et al.
The Epidemic of Anorexia Nervosa: Myth or Reality?, Relevant topics in Eating Disorders.
www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eating-disorders/the-epidemic-of-anorexia-nervosa-myth- or-reality (2012).
 61. Larrañaga A., Docet M.F., García-Mayor R.V.
High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study.
Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology 2012.
 62. Ledines Flores A., Marín Calle J.A.
Perfil del adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa
Monografía 2012. Universidad de Cuenca (Ecuador).
 63. Wurz J.
Treating eating disorders in Switzerland
swissinfo.ch. October 15,2012.
 64. Torres Saura V., et al.
Prevención en salud pública: anorexia nerviosa en mujeres deportistas.

Higiene Sanidad ambiental 2013; 13 (5): 1108-1121.

65. Michalson, Hagberg K.W., Petersen I., Treasure J.L.

The incidence of eating disorders in the UK 200-2009: findings from the General Practice Research Database.

BMJ Open 2013;3:e002646.

III. Referencias de estudios incluidos en esta revisión que no se han podido obtener siguiendo el procedimiento explicado en el apartado de metodología:

1. Milos G., et al.
Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development.
International Journal of eating disorders 2004; 35 (3): 250-258.
2. Raich-Escursell R.M., et al.
Bulimia symptoms and risk factors in university students.
Eating and weight disorders 2004; 9(3):163-1.
3. Toro J., et al
Eating disorders in Spanish female athletes
International Journal Sports Medicine 2005; 26(8): 693-700.
4. Rodríguez-Cano T., Beato-Fernández L.
New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents:
detection of false negatives.
European Psychiatric 2005; 20(2): 173-178.
5. Angst J., et al
Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year
prospective study.
Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2005; 14(2): 68-76.
6. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T.
Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk.
International Journal of eating disorders 2005; 37: S2-S9. ISSN 0276-3478.
7. Keski-Rahkonen A., Sihvola E., Raevuori A., Kaukoranta J., Bulik C.M., Hoek
H.W., Rissanen A., Kaprio J.
Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening.
International Journal of Eating Disorders 2006; 39 (8):754-762, ISSN 0276-
3478.
8. Hoek H.W.
Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating
disorders.
Current Opinion Psychiatry 2006; 19(4):389-394.
9. Machado P.P., Machado B.C., Goncalves S., Hoek H.W.
The prevalence of eating disorders not otherwise specified.
International Journal of eating disorders 2007; 40 (3): 212-7.
10. Neighbors L.A., Sobal J.
Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among
university students
Eating Behaviors 2007; 8 (4): 429-439, ISSN 1471-0153.
11. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C.
The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity
survey replication.
Biological psychiatry 2007; 67(3): 348-358.
12. Sancho C., Arijia M.V., Asorey O., Canals J.
Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent
school population.
European children and adolescence Psychiatry 2007;14.
13. Muro P.

Estudio de los hábitos alimentarios y de las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes (tesis doctoral).

Universidad de Barcelona, 2008.

14. Keski-Rahkonen A., et al.
Epidemiology of eating disorder:an update.
Annual Review of eating disorders 2008: 58-68.
15. Keski-Rahkonen A., et al.
Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population based study.
Psychological medicine 2009; 39(5): 823-831.
16. Favaro A., et al.
Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa.
Journal Clinical Psychiatry 2009; 70(12): 1715-1721.
17. Isomaa, A-L., Isomaa, R., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R.
Obesity and eating disturbances are common in 15-year old adolescents. A two-step interview study.
Nordic Journal of Psychiatry 2007; 64: 123-129.
18. Lähteenmäki S., et al.
Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland.
Nordic Journal of Psychiatry 2013 June 10.

IV. Referencias bibliográficas adicionales

1. Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.
Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón.
2. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.
Versión resumida. Guías de práctica clínica del SNS. Ministerio de sanidad y consumo.
3. www.disordered-eating.co.uk/eating-disorders-statistics/anorexia-nervosa-statistics-uk.html
4. Eating disorders in the UK: service distribution, service development and training.
Report from the Royal College of Psychiatrists' Section of Eating Disorders. March 2012
5. Eating disorders services
A consultation paper. Department of Health, Social Services & Public Safety. May 2002.
6. www.england.nhs.uk
7. www.fisterra.com
8. www.rcpsych.ac.uk/publications
9. National Institute for Health and Clinical Excellence.
Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. NICE, 2004.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). APA, 1994.
11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, 1992.
12. Parliamentary Office of Science and Technology
Eating disorders.
Postnote 2007, nº287: 3.
13. WHO (Europe). Mental health of children and adolescents. (Facing the challenges and finding solutions).
Geneva: World Health Organization, 2005.
14. Dahsha E., et al.
Childhood eating disorders: British national surveillance study.
15. Lynn RM, Pebody R, Knowles R.
Twenty years of active paediatric surveillance in the the UK and Republic of Ireland.
Euro Surveill 2006; 11: E060720.
16. Walsh E.
Highlights of this issue.
British Journal of Psychiatry 2005;186: 916-991.
17. Costs of eating disorders in England: Economic impacts of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other disorders, focussing on young people.
May 2012
Pro Bono Economics Reg. Charity No. 1130567.

18. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW.
Epidemiology, course, and outcome of eating disorders.
Current Opinions of Psychiatry 2013;26(6):543-8.