

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE MÁLAGA (ESPAÑA)

Teresa Rivas, Rosa Bersabé, Serafina Castro*

SUMMARY

This paper estimates the prevalence of eating disorders (ED) in a sample of male and female adolescents of the Province of Málaga (Spain). The frequency of the subjects' symptomatic behaviours is given. Information provided by the subjects themselves and by their parents is also taken into account.

Method: Data collection took place during 1998 and 1999. The sample comprises 1,555 subjects (625 male and 930 female aged from 12 to 21 years) from 14 different public and private schools. The *Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses* (Q-EDD; Mintz, O'Halloran, Mulholland and Schneider, 1997) was anonymously completed by the participants. A new version of the Q-EDD was also given to the parents for obtaining more information from them about their children. The 50-question Q-EDD operationalizes eating disorder criteria of the DSM-IV. Diagnoses are generated by a scoring manual that consists of flowchart decision rules. Subjects with ED are classified as anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). Subjects without ED are classified as symptomatic (with some symptoms of the disorders being diagnosed) and asymptomatic (responding negatively to all eating disorder behaviours).

Results: Most of the adolescents (69.1%) were classified as asymptomatic; 27.5% were symptomatic, although only 3.4% met all diagnostic criteria for ED. Females are four times more likely to have eating disorders than males (Odds Ratio=4.6). The pathology most frequently diagnosed was EDNOS (0.5% males, 3.9% females). The prevalence of AN was 0.5% in males and 0.4% in females. The prevalence of BN was 0.2% in males and 0.6% in females. These results are all comparable to those obtained in previous epidemiological studies, except for the prevalence of AN in males, which is higher in this work. These data suggest that ED, although predominantly a female complaint, is not exclusive of them. Further study on the possible increase of these disorders is justified, particularly on AN in the male population. Finally, the parents' reports showed a lower frequency of ED than the adolescents' self-reports.

Key words: Epidemiology, prevalence, male-female adolescents, eating disorders.

RESUMEN

Este trabajo estima la prevalencia de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de ambos sexos de la provincia de Málaga (España). Se muestra la frecuencia con que los adolescentes practican distintas conductas sintomáticas de TCA. Además, se comparan los porcentajes obtenidos a partir de la información proporcionada por los adolescentes y sus padres.

Método: Los datos se obtuvieron durante 1998 y 1999. La muestra se compone de 1,555 adolescentes (625 hombres y 930 mujeres) entre 12 y 21 años, pertenecientes a 14 centros escolares, públicos y privados. A los adolescentes se les administró de forma anónima el *Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses* (Q-EDD; Mintz, O'Halloran, Mulholland y Schneider, 1997). A su vez, los padres elaboraron una nueva versión del Q-EDD, con el fin de obtener más información sobre la conducta alimentaria de sus hijos. El Q-EDD operativiza los criterios diagnósticos del DSM-IV por medio de 50 reactivos. Este se corrige siguiendo un diagrama de decisión que aporta el diagnóstico final. El Q-EDD diferencia a los sujetos que presentan un TCA de los que no lo presentan. Clasifica a los primeros en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), y a los que no presentan TCA los clasifica en sintomáticos, cuando cumplen uno o más de los criterios diagnósticos sin llegar a presentar un cuadro completo, y en asintomáticos, cuando no cumplen ningún criterio diagnóstico.

Resultados: La información obtenida de los padres proporciona tasas de prevalencia muy inferiores a las obtenidas a partir de la información de sus hijos. Según los adolescentes, la mayoría son asintomáticos (69.1%), el porcentaje de sintomáticos es relativamente grande (27.5%) aunque en menor medida se cumplen todos los criterios diagnósticos de algún TCA (3.4%). El riesgo que tienen las mujeres adolescentes de presentar un TCA es cuatro veces superior al de los hombres (OR=4.6). La patología diagnosticada con más frecuencia fue el TCANE (0.5% en hombres y 3.9% en mujeres). La prevalencia de AN resultó ser 0.5% en hombres y 0.4% en mujeres; la de BN fue 0.2% y 0.6%, respectivamente.

Estos resultados son equiparables a los obtenidos en estudios epidemiológicos anteriores, excepto en lo que se refiere a la tasa de prevalencia de AN en hombres, que es superior a la de otros trabajos.

*Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.

Correspondencia: Teresa Rivas Moya. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las CC. del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos. 29071-Málaga, España. Correo electrónico: moya@uma.es

Esta investigación fue financiada con dos subvenciones concedidas por la Universidad de Málaga al proyecto titulado: Determinación de la prevalencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en Málaga y provincia (Nº Registro: 9500001441 y 9600002193).

Primera versión: 20 de julio de 2000. Segunda versión: 11 de diciembre de 2000. Aceptado: 7 de febrero de 2001.

Estos datos sugieren que los TCA, aunque predominan en las mujeres, no son un problema exclusivo de ellas, y que se necesita seguir profundizando en el posible aumento de estos trastornos, en particular de la AN en la población masculina.

Palabras clave: Epidemiología, prevalencia, hombres y mujeres adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia.

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un problema que preocupa especialmente en el mundo Occidental. Esto se ha visto reflejado en el notable aumento de las investigaciones sobre el tema. La prevalencia de los TCA ha sido el centro de atención de numerosos trabajos en los que se encuentra una prevalencia media de 0.28% de anorexia nerviosa (AN) en mujeres adolescentes (11); una prevalencia media de 0.9% de bulimia nerviosa (BN) en las mujeres (6), y de 0.2% en los hombres (5).

Sin embargo, en España, son escasos los estudios en los que se estima la prevalencia de los TCA. Algunos de ellos se centran en determinadas poblaciones, como la de atletas o de otros deportistas (16, 20). Su objetivo es comprobar si es mayor el porcentaje de estos trastornos en esos ámbitos, lo cual sería un indicio de que se trata de una población de alto riesgo. No obstante, estos trabajos dejan sin resolver cuál es la magnitud del problema en la población general. Otros estudios estiman la prevalencia de los TCA a partir de los ingresos hospitalarios por estas causas (12, 22, 24). Estos, si bien aportan una interesante información descriptiva de los casos clínicos, pueden conducir a una infraestimación de la prevalencia real en la población general, ya que como algunos autores han puesto de relieve (17), la mayoría de los casos con algún TCA no solicita tratamiento médico ni psicológico.

Entre las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en nuestro país en la población general (4, 14, 17, 21), destaca el reciente trabajo sobre la prevalencia de TCA en las mujeres adolescentes de Navarra (21). Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (1), la prevalencia global de TCA fue 4.1%. Los cuadros incompletos o trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), fueron las patologías más frecuentemente diagnosticadas con una prevalencia de 3.07%. La prevalencia de AN fue 0.31% y la de BN 0.76%. Este valor aumenta hasta 2.15% cuando se incluyen los casos de bulimia nerviosa incompleta. En los hombres destaca aún más la escasez de este tipo de estudios, siendo más frecuentes los que se hacen en muestras pequeñas (15).

Por todo lo anteriormente expuesto, este estudio se plantea el objetivo de describir los TCA, no sólo de las mujeres, sino también de los hombres adolescentes

en los que estos trastornos parecen manifestarse cada vez con más frecuencia.

En este trabajo se presenta el porcentaje de sujetos con algún TCA en una muestra de adolescentes de ambos sexos, de la población general en la provincia de Málaga (España). Se describe la distribución de los TCA en función del sexo y la edad de los adolescentes. Además, se comparan los porcentajes de sujetos que padecen de algún TCA, obtenidos a partir de la información aportada por los adolescentes y sus padres.

MÉTODO

Participantes

La muestra inicial estuvo formada por 1,757 alumnos de Enseñanza Secundaria (62% de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 25.7% de Bachillerato, 10.7% de Formación Profesional y 1.8% del Curso de Orientación Universitaria) pertenecientes a 14 centros escolares, públicos y privados, de la provincia de Málaga y de la capital. De ellos, se eliminaron los que contestaron “nada” o “poco” a la pregunta “He respondido con sinceridad a todas las preguntas” ($n=47$); los mayores de 21 años o que no dijeron su edad ($n=61$); aquellos de los que se desconocía su sexo ($n=14$); y los que entregaron el cuestionario de diagnóstico total o parcialmente incompleto ($n=88$).

Finalmente, la muestra se compuso de 1,555 adolescentes entre 12 y 21 años ($M=15.45$; $SD=2.01$) de ambos sexos (625 hombres y 930 mujeres). La mayoría afirmó pertenecer a una familia con una situación económica media (68%), en la que el padre trabajaba fuera de casa (78%) y la madre se dedicaba a las labores propias del hogar (58%) o a otros trabajos remunerados (28%).

Esta muestra pertenece a una población de adolescentes malagueños que, según el censo registrado en el Instituto Nacional de Estadística, comprende a 42,003 mujeres y a 44,499 hombres. Debido al tamaño de los dos estratos de la muestra (930 mujeres y 625 hombres), el nivel de confianza al que se pueden generalizar los resultados en la población correspondiente es de 0,80.

Instrumentos de medida

El Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses; Q-EDD*) (13), es un cuestionario de 50 preguntas que operativiza los criterios diagnósticos del DSM-IV para los TCA. Se corrige siguiendo un diagrama de decisión, a modo de entrevista estructu-

rada, que transforma los reactivos (o combinaciones de reactivos) en términos de si se cumple o no cada uno de los criterios diagnósticos. De esta forma se llega a un diagnóstico final. El Q-EDD diferencia entre los sujetos (a) que presentan un TCA y (b) los que no lo presentan.

(a) En los sujetos con un TCA discrimina entre AN, BN y TCANE (anorexia con menstruación, bulimia por debajo del umbral, bulimia sin atracones y trastorno por atracón). Dos de los seis ejemplos de TCANE que se describen en el DSM-IV no se incluyen en el Q-EDD. Uno es la anorexia con un peso normal, por la dificultad que se presenta a la hora de operativizar la “pérdida de peso significativa” en una pregunta del autoinforme. El otro es la conducta de masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida. Las entrevistas preliminares revelaron que los pocos casos que contestaban afirmativamente a esta pregunta, indicaron que expulsaban la comida porque no les gustaba, y no como un medio para no subir de peso.

(b) En los que no manifiestan ningún TCA, el Q-EDD diferencia entre los sintomáticos y los asintomáticos. Los primeros cumplían uno o más de los criterios diagnósticos para un TCA, sin llegar a presentar un cuadro completo. Los segundos no cumplían ninguno.

Los autores del cuestionario analizaron las propiedades psicométricas del Q-EDD en una muestra de mujeres (13). La fiabilidad test-retest, la validez convergente con los cuestionarios EAT-40 y BULIT-R, el grado de acuerdo y los índices de sensibilidad y especificidad con los diagnósticos de una entrevista diagnóstica estructurada (SCID) resultaron muy adecuados. El Q-EDD se adaptó para nuestro país, y se analizaron algunas de sus propiedades psicométricas (19). En las muestras clínica y escolar de ambos sexos, se obtuvo una satisfactoria validez convergente y discriminante con los cuestionarios EAT-26 y BITE. Asimismo, se entrenó a dos psicólogas para que aplicaran el manual de corrección del Q-EDD. Corrigieron 60 cuestionarios de forma independiente, y llegaron a diagnósticos muy similares ($\kappa=0.92$).

En esta investigación se utilizaron dos versiones del Q-EDD: la que completaron los adolescentes sobre sí mismos (Q-EDD/H), y la que contestaron los padres sobre las conductas alimentarias de sus hijos (Q-EDD/P).

Los cuestionarios se corrigieron de forma automática mediante un programa informático que se elaboró para tal fin con las normas diagnósticas de decisión. Previamente, se analizó el grado de acuerdo entre 60 diagnósticos dados de forma independiente por el programa y por las dos psicólogas ($\kappa=0.80$). Se com-

probó que los pocos errores que se encontraron provenían de la corrección manual y no del programa.

La categoría de peso se calculó con el *Índice de Masa Corporal (IMC)* o *Índice de Quetelet*, que es el valor que resulta de dividir el peso (kg) por la talla al cuadrado (m^2). El peso se midió con una báscula de la marca SECA, modelo-761; y la altura con el tallímetro SECA, modelo-220.

Procedimiento

A lo largo del curso escolar 1998-1999, el equipo de investigación se dirigió a los distintos centros escolares para administrar el cuestionario a los adolescentes (Q-EDD/H: versión hijos). A todos se les informó que la participación era voluntaria y anónima, y que se trataba de una investigación sobre los hábitos alimentarios. Inmediatamente después de completar los cuestionarios se les pesaba y se les medía (descalzos y con ropa) en otro lugar. Además, se les repartió otro cuestionario para que lo llenaran sus padres (Q-EDD/P: versión padres). Aproximadamente un tercio de los padres ($n=499$) participó en la investigación.

RESULTADOS

• Descripción de los participantes que no se quisieron pesar

Al recoger los datos, el equipo de investigación encontró que algunos de los adolescentes que contestaron el cuestionario se negaron rotundamente a pesarse, a pesar de que no se les pesaba en público y no era necesario que se desnudaran. A los 24 adolescentes que no quisieron pesarse, se les calculó la categoría de peso en función del peso y la altura que ellos mismos dieron en el cuestionario. Cuatro de ellos tampoco contestaron la pregunta sobre su peso y su altura. De los otros 20, el 5% correspondió a delgadez extrema ($IMC \leq 18$), 20% a delgadez moderada ($18 < IMC \leq 20$), 55% tenía un peso normal ($20 < IMC \leq 25$) y el 20% restante tenía sobrepeso ($25 < IMC \leq 30$). Según sus respuestas al Q-EDD, dos de ellos (9.5%) presentaban BN y uno (4.8%) bulimia sin atracones.

• Distribución de frecuencias y porcentajes asociados a los TCA

Respecto al resto de participantes, en el cuadro 1 se dan las frecuencias y porcentajes de los diferentes criterios diagnósticos de AN. Estos datos se han calculado con las respuestas que dieron los adolescentes en el Q-EDD/H. Como se puede apreciar, la prevalencia de AN en los hombres (0.5%) y en las mujeres (0.4%) fue similar, aunque con diferentes características. En los hombres hubo un mayor porcentaje de delgadez extrema (8.9%) que niega el

CUADRO 1
Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa según el DSM-IV

	Hombres (n = 625)		Mujeres (n = 930)	
	n	(%)	n	(%)
A. Índice de masa corporal (IMC) ≤ 17.5	59	8.9	72	7.6
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, estando por debajo del peso normal (IMC ≤ 20)	8	1.3	55	5.9
C. = C.1 y/o C.2 y/o C.3	106	18.5	272	31.5
C.1. Alteración de la percepción del peso o la silueta	21	3.3	68	7.3
C.2. Exageración de su importancia en la autoevaluación	41	6.5	169	17.9
C.3. Negación del peligro que comporta su bajo peso	47	8.1	54	6.3
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea	0	0.0	107	11.7
<i>Anorexia nerviosa = A, B, C y D</i>	3	0.5	4	0.4

peligro que puede ocasionarle ese peso tan bajo (8.1%). En cambio, en las mujeres predominó el miedo a subir de peso (5.9%) y a la distorsión de su imagen corporal (7.3%) y, fundamentalmente, la exageración de la importancia del peso o de la silueta en su autoevaluación (17.9%).

En cuanto a la BN (Cuadro 2), la prevalencia resultó mayor en ellas (0.6%) que en ellos (0.2%). En los hombres son más frecuentes (4.8%) los atracones recurrentes (por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses), en tanto que en las mujeres son más frecuentes las conductas compensatorias habituales (criterio C.2: 4.7%) y, en concreto, la provocación del vómito (4.4%) y el consumo de laxantes (4.0%).

El criterio D ("la autoevaluación está influida de forma exagerada por el peso corporal y la silueta corporal"), lo comparten la BN y la AN. Por esta razón, los

porcentajes coinciden y, como ya se comentó anteriormente, éstos son superiores en las mujeres.

El cuadro 3 muestra la prevalencia de los TCA en los hombres y en las mujeres de la muestra. Según los adolescentes, el TCA que ocurre con mayor frecuencia es la bulimia por debajo del umbral (1.4%), que se refiere a los casos en los que se dan atracones y después los compensan con conductas inapropiadas, pero no cumplen el criterio C de frecuencia y duración. En total, 3.4% tiene algún tipo de TCA: 0.5% de AN, 0.5% de BN, y 2.5% de TCANE. En los que no tienen TCA (96.6%), el Q-EDD diferencia entre las personas que cumplen alguno de los criterios (27.5%), y los que no cumplen ninguno (69.1%).

En esta muestra, el porcentaje de mujeres con algún TCA (4.9%) superó al de los hombres (1.1%). Esto indica que el riesgo que corren las mujeres adolescen-

CUADRO 2
Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según el DSM-IV

	Hombres (n = 625)		Mujeres (n = 930)	
	n	(%)	n	(%)
A. Presencia de atracones recurrentes	39	6.0	90	9.3
B. Conductas compensatorias (B.1 y/o B.2)	141	22.8	196	21.2
B.1. Vómitos y/o laxantes y/o diuréticos y/o enemas	18	2.8	85	9.1
Vómitos	9	1.4	42	4.4
Laxantes	4	0.6	38	4.0
Diuréticos	4	0.6	13	1.4
Enemas	5	0.8	19	2.0
B.2. Ayuno y/o ejercicio excesivo	131	20.9	142	15.2
Ayuno	13	2.0	74	7.7
Ejercicio excesivo	122	19.4	82	8.7
C.1. Los atracones tienen lugar al menos dos veces a la semana durante 3 meses	31	4.8	31	3.2
C.2. Las conductas compensatorias tienen lugar al menos dos veces a la semana durante 3 meses	10	1.5	45	4.7
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales	41	6.5	169	17.9
<i>Bulimia nerviosa = A, B, C.1, C.2 y D</i>	1	0.2	6	0.6

CUADRO 3
Trastornos de la conducta alimentaria
según la información aportada por los adolescentes (Q-EDD/H)

	Hombres (n = 625)		Mujeres (n = 930)		Total (n = 1,555)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Con Trastorno alimentario	7	1.1	46	4.9	53	3.4
Anorexia nerviosa	3	0.5	4	0.4	7	0.5
Purgativa	1	0.2	0	0.0	1	0.1
RestRICTIVA	2	0.3	4	0.4	6	0.4
Bulimia nerviosa	1	0.2	6	0.6	7	0.5
Purgativa	1	0.2	6	0.6	7	0.5
No purgativa	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno no especificado	3	0.5	36	3.9	39	2.5
Anorexia con menstruación	0	0.0	1	0.1	1	0.1
Bulimia por debajo del umbral	2	0.3	19	2.0	21	1.4
Bulimia sin atracones	0	0.0	15	1.6	15	1.0
Trastorno por atracón	1	0.2	1	0.1	2	0.1
Sin trastorno alimentario	618	98.9	884	95.1	1502	96.6
Sintomático	172	27.5	256	27.5	428	27.5
Asintomático	446	71.4	628	67.5	1074	69.1

tes de presentar un TCA es cuatro veces superior al de los hombres (OR = 4.59). Esto puede deberse a que los adolescentes tienen mayores porcentajes de BN, y de bulimia atípica (por debajo del umbral y sin atracones). Sin embargo, la prevalencia de sujetos con AN (incluyendo la anorexia con menstruación) resultó similar en ambos sexos (0.5%). En cuanto al trastorno por atracón, éste fue algo más frecuente entre los hombres (0.2%) que entre las mujeres (0.1%).

En cada uno de los grupos diagnosticados con un TCA, se calculó la edad media. La mayor se encontró entre los casos con un trastorno por atracón (17 años). A éste le siguieron los grupos de BN y bulimia atípica, con edades medias entre 15.1 y 16.6 años. La menor edad correspondió a los grupos de AN (13.3 años) y anorexia con menstruación (12 años).

- *La frecuencia de los TCA a partir de la información de los padres.* Como se observa en el cuadro 4, ninguno de los que contestó el Q-EDD/P detectó AN o BN en su hijo/a, pero sí un TCANE (0.6% en hombres y 1.5% en mujeres). Entre los que no presentaban un TCA, según los padres, el porcentaje de mujeres sintomáticas (11.1%) fue superior al de los hombres (7.8%).

DISCUSIÓN

El hecho de que algunos participantes no se han querido pesar es, en cierto modo, comprensible en los que tenían un peso superior al normal. Más aún en una sociedad en la que, como se ha podido comprobar en este trabajo, en la autoevaluación se exagera la importancia de la figura corporal, especialmente en las muje-

res. Sin embargo, la mayoría de los que se negaron a pesarse se hallaban dentro de la categoría de peso considerada normal. Esta negativa injustificada a decir su peso se podría considerar, por sí misma, como sintomática. De hecho, en esta submuestra se halló un porcentaje de BN y bulimia sin atracones superior al del conjunto total de participantes.

La ocultación de los síntomas es una característica común de todos los sujetos con TCA. Lo habitual es que los atracones y las conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, etc.) se practiquen a escondidas; que la delgadez extrema se disimule bajo ropa ancha; que se mienta sobre la cantidad de comida ingerida a lo largo del día, etc. Así, no es extraño que algunos de los adolescentes con delgadez extrema, también hayan querido ocultar su peso. De la misma forma, se puede entender que ninguno de los padres que

CUADRO 4
Trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes,
según la información aportada por sus padres (Q-EDD/P)

	Hombres (n=166)		Mujeres (n=333)	
	n	(%)	n	(%)
Con trastorno alimentario	1	0.6	5	1.5
Anorexia nerviosa	0	0.0	0	0.0
Bulimia nerviosa	0	0.0	0	0.0
Trastorno no especificado	1	0.6	5	1.5
Anorexia con menstruación	0	0.0	0	0.0
Bulimia por debajo del umbral	0	0.0	2	0.6
Bulimia sin atracones	1	0.6	2	0.6
Trastorno por atracón	0	0.0	1	0.3
Sin trastorno alimentario	165	99.4	328	98.5
Sintomático	13	7.8	37	11.1
Asintomático	152	91.6	291	87.4

colaboraron en la investigación haya descubierto un trastorno de AN o BN en su hijo o hija. Sólo un 1.2% de los padres detectó un TCA, aunque ese porcentaje sigue siendo bastante inferior al que dieron los hijos (3.4%).

En este estudio, las tasas de prevalencia se calcularon eliminando a los participantes que no respondieron totalmente el Q-EDD, y a los que reconocieron haber contestado con poca o ninguna sinceridad. Si entre ellos hubiera un mayor porcentaje de casos con TCA que en el resto de los participantes —lo cual es probable por la ocultación de los síntomas, propia de las personas con estos trastornos— se podrían estar infraestimando las prevalencias. Por lo tanto, los datos aquí presentados se deben interpretar como estimaciones conservadoras que indican que esos problemas ocurren por lo *menos* en esa medida.

Según los adolescentes que admitieron haber contestado con sinceridad, la mayoría (69.1%) no presentaba ninguno de los síntomas de TCA. El porcentaje de los que manifestaron algún síntoma de TCA fue relativamente alto (27.5%), si bien es cierto que en menor medida (3.4%) se cumplieron todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para algún TCA. Al igual que en otros estudios (17, 27), la patología diagnosticada con más frecuencia fue el TCANE (2.5%). Este tipo de trastorno se puede entender como una forma de anorexia o bulimia atípica (con una característica ausente) o por debajo del umbral (con una frecuencia menor). Por esta razón, estos cuadros incompletos suelen hallarse con más facilidad.

El porcentaje de mujeres con AN (0.4%) y BN (0.6%) se asemejó de forma notable a los hallados recientemente en otra provincia española (17), aplicando los mismos criterios diagnósticos a una muestra de mujeres de edades similares (AN: 0.31% y BN: 0.76%). El porcentaje de hombres con BN (0.2%) coincidió con la tasa media que se mostró en una de las revisiones sobre el tema (5), apareciendo, además, un porcentaje de hombres con bulimia por debajo del umbral (0.3%). Estos datos apoyan la conclusión, aceptada por numerosas investigaciones, de que los hombres corren menos riesgo de recurrir a métodos extremos de control de peso y/o a las conductas compensatorias de los atracones, aunque presentan más TCA subclínicos o incompletos de lo que se pensaba años atrás (10).

En consecuencia, todas las tasas de prevalencia obtenidas en este estudio son equiparables a las indicadas en estudios similares, excepto la que se refiere a la AN en los hombres.

En general, se considera que entre el 5 y 10% de los casos de adolescentes y adultos con AN son hombres (2). En cambio, en los niños menores de 15 años, estos porcentajes ascienden a entre 20 y 30% (3). En este

trabajo, los tres niños que se diagnosticaron con AN tenían entre 12 y 13 años, pero en cualquier caso, destacan los equilibrados porcentajes de AN (junto con anorexia atípica) en ambos sexos. Será necesario obtener una mayor evidencia empírica para aclarar la razón del posible aumento de AN en la población masculina.

Los grupos de bulimia nerviosa, bulimia por debajo del umbral, bulimia sin atracones y trastorno por atracón incluyen a sujetos de una edad media superior a la de los de anorexia nerviosa y anorexia con menstruación. Esto concuerda con la mayor parte de las investigaciones que indican que la bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta (18), y que la anorexia nerviosa aparece a una edad cada vez más temprana (25).

Algunos autores (6) han criticado la forma de estimar la prevalencia de los TCA por medio de cuestionarios tradicionales, tales como el EAT (9), el BULIT-R (23), o el EDI-2 (8). Los dos primeros contienen una puntuación, y una vez superado un determinado punto de corte, se admite que hay una mayor probabilidad de padecer un TCA. Este sistema puede conducir a sobreestimar la prevalencia, ya que muchos de los casos que manifiestan algunos síntomas sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un TCA (los sintomáticos), superan el punto de corte, lo que da lugar a falsos positivos.

Por otro lado, este tipo de cuestionarios no permite discriminar entre los diferentes TCA (26), lo que puede deberse a que la AN, la BN y los TCANE comparten características comunes, como la sobrevaloración del peso y de la figura corporal en la autoevaluación; el miedo a engordar, etc.

A diferencia de lo anterior, el cuestionario aplicado en esta investigación (Q-EDD) sí aporta un diagnóstico específico, operativizando los criterios del DSM-IV para cada TCA. Además, la correspondencia entre los diagnósticos ofrecidos por el Q-EDD y una entrevista clínica estructurada (SCID)(7) ha quedado bien establecida (coeficientes kappa entre 0.82 y 0.94) (13). Con esto se superan, en cierta medida, las limitaciones metodológicas que provienen del uso de autoinformes en estudios epidemiológicos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la inestimable colaboración de los centros escolares que han participado en este trabajo de investigación: Colegio La Asunción, Colegio Benyamina, Colegio Cristo Rey, Colegio Platero, Colegio San Pablo, CP Ardira, CP Los Guindos, ETP San José Obrero, IB de Fuengirola nº1, IES Antonio Gala, IES Emilio Prados, IES Mare Nostrum, IES Pintor José María Fernández e IES Portada Alta.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª ed.). Washington, 1994.
2. BARRY A, LIPPMAN B: Anorexia in males. *Postgraduate Medicine*, 87:161-165, 1990.
3. BRYANT-WAUGH R, BRYAN L: Annotation: Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiat*, 36:191-202, 1995.
4. CANALS J, DOMENECH E, CARBAJO G, BLADE J: Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-years olds. *Acta Psychiatry Scand*, 96:287-294, 1997.
5. CARLAT MS, CAMARGO CA: Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*, 148:831-843, 1991.
6. FAIRBURN CG, BEGLIN SJ: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 147:401-408, 1990.
7. FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON RL, GIBBON M, WILLIAMS JBW: *Structured Clinical Interview for Axis I, DSM-IV Disorders Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. Biometrics Research Department, Nueva York, 1994.
8. GARNER DM: *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, 1991.
9. GARNER DM, GARFINKEL PE: The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Medic*, 9:273-279, 1979.
10. HAY P: The epidemiology of eating disorder behaviors: an australian community-based survey. *Int J Eat Disord*, 23:371-382, 1998.
11. HOEK HW: Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int Rev Psychiatry*, 5:61-74, 1993.
12. MENENDEZ-OSORIO F, PEDREIRA-MASSA JL: Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 19:7-22, 1999.
13. MINTZ LB, O'HALLORAN MS, MULHOLLAND AM, SCHNEIDER PA: Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *J Couns Psychol*, 44:63-79, 1997.
14. MORANDE G, CELADA J, CASAS JJ: Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*, 24:215-219, 1999.
15. PAZ F: Trastornos alimentarios en varones. *Actas del Symposium Nacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Granada, 2000.
16. PEREZ G, RODRIGUEZ F, ESTEVE E, LARRABURU I, FONT J, PONS V: Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista Psicología Deporte*, 1:5-16, 1992.
17. PEREZ-GASPAR M, GUAL P, DE IRLA-ESTEVEZ J, MARTINEZ-GONZALEZ MA, LAHORTIGA F, CERVERA S: Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin*, 114:481-486, 2000.
18. RAICH RM: *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Pirámide, Madrid, 1994.
19. RIVAS T, BERSABE R, CASTRO S: Propiedades psicométricas del Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD). *Psicología Conductual* (en prensa).
20. RUBIO DE LEMUS P, LUBIN P: La anorexia en el atletismo. *Rev Psicol Gral Aplic*, 46:459-464, 1993.
21. RUIZ-LAZARO PM: Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An Esp Pediatr*, 49:435-436, 1998.
22. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ANDALUCIA (SVEA): Informe Semanal del 28 de mayo de 1999 (Vol, 4, N° 21). Consejería de Salud; Dirección General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.
23. THELEN MH, FARMER J, WONDERLICH S, SMITH M: A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychol Assessment*, 3:119-124, 1991.
24. TORRAS MT, BERNAT MJ, GARCIA A, ROIG I, CATALA M: Prevalencia de trastornos mentales diagnosticados en un centro de salud de la asistencia primaria. *Cuadernos Medicina Psicosomática Psiquiatría Enlace*, 45:70-73, 1998.
25. TURON J, FERNANDEZ F, VALLEJO J: Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 19:9-15, 1992.
26. WILLIAMSON DA, ANDERSON D, JACKMAN LP, JACKSON SR: Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En: Allison D (ed.). *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-related Problems*. Sage, 303-346, Thousand, 1995.
27. WITTCHEN HU, NELSON CB, LACHNER G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28:109-126, 1998.