



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

Ruiz-Lázaro, Pedro Manuel; Comet Cortés, María Pilar; Pérez Hornero, Jesús***; Gómez del Barrio, José Andrés**; Calado Otero, María*; Calvo Sarnago, Ana Isabel; Zapata Usábel, Maite Aránzazu; Cebollada, Alfredo; Cebollada Usón, Marta.

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

*Hospital de Conxo de Santiago de Compostela

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

***Hospital Meixoeiro de Vigo

pmruiz@aragon.es

TCA, Prevalencia, Adolescentes (ED, prevalence, adolescents)

RESUMEN:

Objetivos: Prevención secundaria de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos.

Material y método: Estudio de corte en dos estadios de prevalencia en una muestra comunitaria representativa de estudiantes del Norte de España de 12 a 13 años en 2007 en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander. Evaluación: criba con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26) y entrevista individual semiestructurada (SCAN). Se estima prevalencia TCA con intervalos confianza 95% (CI) Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). Financiado F.I.S. PI 05/2533.

Resultados: En 2007 se estudia 1.831 alumnos 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, chicos y chicas, en centros secundaria públicos y privados (87 aulas) en 5 ciudades zona norte. Se clasifican con riesgo de TCA 173/1.831, el 9.6% (IC 95%: 8,3%-11,0%). En la segunda fase 398 adolescentes aceptan proceder a la evaluación clínica mediante entrevista por psiquiatra o psicólogo clínico experto en TCA (163 con riesgo; 235 seleccionados sin riesgo). La prevalencia puntual de TCA es 13/1.831, el 0,7% de TCA no especificados (TCANE) F 50.9 (CI 95%: 0,4%-1,2%) que se derivan a tratamiento en unidad especializada.

Conclusiones: En la comunidad las tasas estimadas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos en los adolescentes tempranos es sustancialmente mayor que los síndromes completos. En nuestra muestra los adolescentes con TCA no seguían tratamiento en el momento de la encuesta. Sólo una minoría de pre-adolescentes con TCANE son vistos en salud mental de forma temprana.

ABSTRACT:

Objective: Secondary prevention of Eating Disorders (ED) in Spanish early adolescents.

Methods: A two-stage study of prevalence in a representative sample of 12 to 13 year old Spanish students in 2007 in schools of Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense and Santander. Standard evaluation: screening with questionnaires (EAT at a cutoff score of 20) and semi-structured interviews (SCAN). We calculated the sociodemographic characteristics, ED prevalence with their 95% confidence intervals (CI) with Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). The study is financed by F.I.S. PI 05/2533 (Spain Health Department).

Results: In 2007 we studied 1,831 students seventh-grade, ages 12 to 13, girls and boys, in public and private schools (87 classrooms) in five Nord citys (Spain). At risk ED is 173/1,831, the 9.6% (CI 95%: 8.3%-11.0%). In the second phase 398 Preteen agreed to proceed with the clinical evaluation (163 at risk, high scorers EAT-26; 235 selected sample not at risk). ED point prevalence was 13/1,831, the 0.7% EDNOS F 50.9 (CI 95%: 0.4%-1.2%).

Conclusion: The ICD-10 point prevalence rates of ED population in Spanish Preteen students is similar to those reported for other developed countries. The prevalence of subclinical ED is substantially higher than that of full-syndrome.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

Objetivos: prevención secundaria de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos estudiantes del Norte de España.

Material y método: estudio de corte en dos estadios de prevalencia en una muestra comunitaria multicéntrica representativa de estudiantes del Norte de España de 12 a 13 años en 2007 en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander.

Evaluación: criba con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26) y entrevista individual semiestructurada (SCAN).

Se estima prevalencia TCA con intervalos confianza 95% (CI) con el Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (1).

Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria F.I.S. PI 05/2533.

Resultados: en 2007 se estudia 1.831 alumnos 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, chicos y chicas, en centros de enseñanza secundaria públicos y privados concertados (en un total de 87 aulas) en 5 ciudades de la zona norte de España.

Se clasifican con riesgo de TCA 173/1.831, el 9.6% (IC 95%: 8,3%-11,0%), puntúan igual o por encima del punto de corte (20) del EAT-26.

En la segunda fase 398 adolescentes aceptan voluntariamente proceder a la evaluación clínica mediante entrevista clínica estructurada por un psiquiatra o psicólogo clínico experto en TCA (163 con riesgo; 235 seleccionados sin riesgo).

Tabla 1 Entrevistas por ciudad

City	Interviews	ED Risk	Not at risk	EDNOS
Zaragoza	164	63	101	5
Santiago Compostela	109	42	67	7
Santander	95	36	59	1
Vigo/Orense	30	22	8	0

La prevalencia puntual de TCA es de 13/1.831, el 0,7% de TCA no especificados (TCANE)

F 50.9 (IC 95% Wilson: 0,4%-1,2%) que se derivan a tratamiento en la unidad especializada correspondiente de las diferentes ciudades participantes en el estudio.

Tabla 2 Prevalencia TCA por ciudad

City	Cases number	Prevalence %	CI 95% (Wilson)	Standar error
Zaragoza	5/701	0.7%	0.3% a 1.7%	0.003
Santiago Compostela	7/442	1.6%	0.8% a 3.2%	0.006
Santander	1/437	0.2%	0% a 1.3%	0.002
Vigo/Orense	0/251	0%	0 a 1.5%	0.000

Discusión:

Se han llevado a cabo considerables avances en la investigación de la epidemiología de los TCA en España. De la revisión de estudios recientes (Tablas 3 y 4; 2, 3), pese a sus limitaciones metodológicas (4), se sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados. Nuestro estudio viene a sumarse a estos hallazgos.

El amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de TCA publicadas en adultos y adolescentes puede relacionarse con los problemas metodológicos inherentes a este tipo de investigación. La anorexia nerviosa y los TCA relacionados son más frecuentemente investigados en chicas adolescentes y mujeres jóvenes y un buen número de investigadores se han ocupado de la prevalencia en este grupo de alto riesgo (2).

La epidemiología de los trastornos alimentarios en nuestro país es un área de investigación que ha avanzado en pocos años del cero al infinito. Se han llevado a cabo considerables avances.

De no poseer apenas datos fiables hemos pasado en una década a ser probablemente la nación europea con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos en población general adolescente y juvenil. Más que repetir estudios similares en todas las comunidades autónomas, el camino futuro que se diría más adecuado será avanzar en las zonas más oscuras: infancia, adultos, varones y en el estudio de los factores de riesgo (2).

Tabla 3 Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España en el siglo XX

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Morandé et al	1985, 1986, 1987	Madrid	X=15 años	636 F 86 M	EAT, GHQ	Mujeres 1.55% TCA Varones 0% TCA
Morandé et al	1993, 1994	Móstoles	X=15 años	725 F 520 M	EDI, GHQ	Mujeres 0.69% AN, 1.24% BN, 2,76% TCANE, 4.69% TCA Varones 0.0% AN, 0.36% BN, 0.54% TCANE, 0.90% TCA
Canals et al	1997	Reus	17-18 años	152F 138M	EAT SCAN	Mujeres 5.2% TCA CIE-10, 2.6% TCA DSM-III-R Varones 0% TCA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

Ruiz-Lázaro et al	1997	Zaragoza	12-18 a	2193 F 1854 M	EAT-40, EDI, CIMEC SCAN	Mujeres 0.14% AN, 0.55% BN 3.83% TCANE, 4.5% TCA
Pérez-Gaspar et al Gual et al	1997	Navarra	12-21 a	2862 F	EAT-40	Mujeres 0.31% AN, 0.76% BN 3.07% TCANE, 4.1% TCA
Rojo et al	1999	Valencia	12-18 a	544	EAT-40 SCAN, DSM-IV criterios	Mujeres 0.45% AN, 0.41% BN 4.31% TCANE, 5.17% TCA Varones 0.77% TCA
Imaz et al	1999	Valladolid	12-18 a	3434	GHQ-28, EDI-2 SCID	Mujeres 0,88% AN, 0,37% BN 3,86% TCANE, 5,26% TCA Varones 0,11% AN, 1,59% TCANE, 1,7% TCA

Tabla 4 Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España en el siglo XXI

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Beato et al	2000-2001	Castilla La Mancha	15 a	1076	GHQ-28, EAT-40, BITE, BSQ... SCAN	Mujeres 6,4% TCA Varones 0,6% TCA
Gandarillas et al	2002	Madrid	15-18 a	1238 F	EDI-I, EAT-26, EDE-12	Mujeres 0,6% AN, 0,6% BN, 2,1% TCANE, 3,4% TCA
Peláez et al	2002	Madrid	12-21 a	1543	EAT-40, EDE-Q, EDE	Mujeres 0,11% AN, 2,29% BN 2,73% TCANE, 5,13% TCA Varones 0,0% AN, 0,16% BN 0,48% TCANE, 0,64% TCA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

Arrufat	200 6	Osuna	14-16 a	1147 F 1133 M	EAT-26 CDRS DICA-IV	Mujeres 0,35% AN , 0,44% BN TCANE 2,7%, 3,49% TCA Varones 0,0% AN, 0,09% BN TCANE 0,18%, 0,27% TCA
Muro y Amador	200 6	Barcelona	10-17 a	1155	EDI-2 EDE-12	Mujeres TCANE 2,31% TCA Varones TCANE 0,17% TCA
Sancho et al	200 7	Tarragona	X=13, 4	1336	ChEAT DICA-C DICA-P DICA-A	DICA-C 3,44% TCA DICA-A 3,81% TCA

Los cuestionarios autoadministrados o de autoinforme sirven ante todo para detectar conductas alimentarias desviadas menores. Sólo la entrevista clínica permite el diagnóstico de verdaderas anorexias o bulimias (2). En este estudio se llega al diagnóstico sólo tras la entrevista por un clínico experimentado y adiestrado en el procedimiento.

No se han efectuado buenos estudios epidemiológicos con poblaciones infantiles, adolescentes tempranos o poblaciones masculinas. En población preadolescente destaca el último trabajo en Barcelona de Pilar Muro con un 13, 16% de su muestra de 1.155 participantes varones y mujeres con una edad entre 10 y 11 años (5, 6). En este estudio como en el nuestro sólo se encuentran TCANE, trastornos subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos, que es sustancialmente superior a los casos completos o típicos que cumplen todos los criterios en estas edades (7).

Los trabajos de mayor calidad metodológica publicados son estudios transversales en dos fases, de la tercera generación de la investigación epidemiológica psiquiátrica de Dohrenwed y Dohrenwed, la metodología más aceptada, el diseño más acertado para la detección de casos en la comunidad. Y un medio relativamente eficiente para estimar la prevalencia de Psicopatología (2). Es importante el empleo de una entrevista diagnóstica en la segunda fase como método fiable de detección de casos (4). Los estudios en doble fase resultan "económicos" al no entrevistar a todos los sujetos de la muestra pero también presentan algunos inconvenientes y sesgos precisamente por eso (4).

Nuestra investigación es en dos estadios de prevalencia puntual y se realiza en una muestra amplia y representativa tras un muestreo aleatorio por conglomerados de adolescentes tempranos varones

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

y mujeres de colegios públicos y privados lo que da representatividad y validez a nuestros datos. En esta edad temprana la población con riesgo de TCA no difiere de forma estadísticamente significativa entre varones y mujeres lo que concuerda con nuestros datos de 1997 (Ruiz-Lázaro, 2002 a, 2002 b; Ruiz-Lázaro et al, 2005).

Se entrevista individualmente en la segunda fase tanto a población con riesgo como a una amplia submuestra de la población sin riesgo para evitar falsos negativos frecuentes entre la población con TCA que tiende a minimizar o negar sus síntomas en los cuestionarios autocumplimentados, a falsear u ocultar su sintomatología. Se entrevista precisamente por ello a las puntuaciones más bajas (0 y 1). Se trata de minimizar con este procedimiento una infraestimación de los datos de la prevalencia de TCA entre la muestra poblacional estudiada. En casi todos los trabajos en doble fase españoles, como en la mayoría de los internacionales, se echa en falta el estudio de la existencia de falsos negativos, la entrevista diagnóstica a una muestra de probables controles y eso puede subestimar la prevalencia real del trastorno (8, 9, 10, 11). No es de extrañar este problema metodológico, ya que este estudio de falsos negativos supone un importante esfuerzo personal, organizativo y económico. Este es uno de los puntos fuertes de este estudio.

El alto porcentaje de participación en la segunda fase del 98,2% de los seleccionados es destacable. Se diagnostica con los criterios del DSM-IV-TR y de la CIE-10, con las dos clasificaciones internacionales en vigor. Y las entrevistas estructuradas, realizadas por el psiquiatra o psicólogo clínico, son siempre cara a cara, sin emplear en ningún caso el teléfono (9).

Como se observa en otros estudios entre los casos diagnosticados ninguno estaba en tratamiento o había sido detectado previamente a este estudio comunitario de prevención secundaria. De ahí la importancia de las campañas de detección temprana en la comunidad.

Limitaciones:

Todos los métodos tradicionales de evaluación tienen sus debilidades y limitaciones. Las medidas auto-cumplimentadas son vulnerables a la distorsión por falseo, fingimiento (bueno o malo), inexacto recuerdo de acontecimientos, y/o respuestas fijas. Las entrevistas, consideradas el patrón oro de las técnicas de valoración, también están sujetas a distorsiones. Pueden producir información inexacta por el sesgo del entrevistador o la falta de sensación de confidencialidad o anonimato, que lleva al sujeto a mentir en asuntos sensibles. Es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones. Así empleamos varios métodos en lugar de uno, evaluadores o entrevistadores entrenados, un formato estructurado (SCAN), y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente, fáciles de contestar (EAT-26), como medidas protectoras en este programa.

Hay importantes limitaciones en este trabajo como en cualquier investigación epidemiológica difíciles de subsanar. Se puede cuestionar el empleo del EAT-26 como cuestionario de criba aunque se emplee una versión validada al español, dada la tendencia a la negación, al secreto y la falta de motivación al tratamiento de las pacientes con TCA, que pueden ocultar sus actitudes y conductas alimentarias anómalas en un cuestionario autocumplimentado. La única forma de evitar por completo este sesgo sería la entrevista clínica aplicada a toda la muestra lo que supera nuestras posibilidades como equipo investigador.

Otro problema es la aplicación de los criterios diagnósticos categoriales de las clasificaciones internacionales en la comunidad donde predominan los casos subclínicos dentro de un espectro en donde en ocasiones puede ser difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico.

Entre los que no acceden a participar en las investigaciones acerca de los TCA se encuentra una mayor proporción de casos de TCA que entre la muestra de los que responden (10, 11). Nuestras tasas están probablemente algo infraestimadas por este motivo. Aunque participa p.e. en Zaragoza un elevado 93,5%, entre el 6,5% restante podría encontrarse algún caso no detectado.

Dada la baja prevalencia de TCA entre los varones no es de extrañar que no hallamos encontrado ningún caso con este tamaño muestral, que debería incrementarse mucho para aumentar la probabilidad de hallar algún varón con patología alimentaria (11).

La prevención secundaria se basa en el pensamiento ampliamente extendido de que una temprana identificación y tratamiento de los TCA mejora el pronóstico, aunque no hay muchas pruebas consistentes que apoyen esta idea (12), pero sin duda parece de sentido común que es mejor

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

detectar antes que tarde. Los programas educativos y de cribado pueden ser una prometedora estrategia para la prevención secundaria de los TCA, pero hay que ser especialmente vigilante con la no adherencia a las recomendaciones de tratamiento y ser proactivos en facilitarlos (13). La formación de los médicos de atención primaria y los profesores y orientadores es crucial, pues pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y la detección de casos.

Las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10, DSM-IVTR en la población española zaragozana, cántabra y gallega de estudiantes adolescentes tempranos es similar a la publicada en otros países desarrollados, en otros estudios españoles (14, 15). La prevalencia de TCA subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.

La revisión de los estudios publicados hasta la fecha en nuestro país concuerda con nuestros datos e indica que la magnitud del impacto de los TCA está claramente establecida y constituye, en la población adolescente temprana femenina, un problema de salud relevante, incluso preocupante (16). Los casos no especificados o atípicos parecen ser los más frecuentes. Los estudios de prevalencia muestran invariablemente que hay más casos en las poblaciones escolares que los revelados por las investigaciones clínicas. Por ello, sería aconsejable desarrollar dispositivos de vigilancia de la población con riesgo y de los casos, de prevención secundaria en la comunidad. Dada la prevalencia observada es necesario potenciar los servicios tanto de prevención primaria como secundaria (3, 17).

Conclusiones: en la comunidad las tasas estimadas de prevalencia puntual de TCA según criterios estrictos de la CIE-10 subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos en los adolescentes tempranos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.

En nuestra muestra los adolescentes con TCA no seguían tratamiento en el momento de la encuesta. Sólo una minoría de pre-adolescentes con TCANE, TCA atípicos son vistos en salud mental de forma temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Altman DG, Machin D, Bryant TN, Gardner MJ (2000), *Statistics with confidence*. 2nd edition. Bristol: BMJ.
- 2-Ruiz-Lázaro PM (2003), *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España*. *Actas Esp Psiquiatría* 31 (2): 85-94.
- 3-Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, Lobo A (2010), *Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos*. *Actas Esp Psiquiatr* (en prensa).
- 4-Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM (2004), *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión*. *C. Med. Psicosom*; 71/72: 33-41.
- 5-Muro-Sans P, Amador-Campos JÁ (2007), *Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample*. *Eating and Weight Disorders*; 12; e1-e6.
- 6-Muro P (2008), *Estudio de los Hábitos Alimentarios y de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Adolescentes* (tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- 7-Sancho C, Arija MV, Asorey O, Canals J (2007), *Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 14.
- 8-Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L (2005), *New contributions to the prevalence of eating*

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ESTUDIO COMUNITARIO MULTICÉNTRICO

- disorders in Spanish adolescents: detección of false negatives. *Eur Psychiatr*; 20 (2): 173-178.
- 9-Ruiz-Lázaro PM, Comet P (2000), Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Med Clin (Barc)*; 115 (7): 278.
- 10-Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Comet P, Lobo A, Velilla M (2005), Epidemiology of Eating Disorders in Spain. In: Swain PI, Editor. *Trends in Eating Disorders Research*. New York: Nova Publishers; p.85-108.
- 11-Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM (2005), Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther*; 5 (2): 135-148.
- 12-Stewart A (2004), Prevention of Eating Disorders. In: Dwivedi KN, Harper PB, editors. *Promoting the Emotional Well-being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health. A Handbook*. London: Jessica Kingsley Publishers, pp 171-197.
- 13-Becker AE, Franko DL, Nussbaum K, Herzog DB (2004), Secondary Prevention for Eating Disorders: The impact of Education, Screening, and Referral in a College-Based Screening Program. *Int J Eat Disord*; 36: 157-162.
- 14-Toro J (2000), La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Bar)*; 114 (14): 543-544.
- 15-Hoek HW, van Hoeken D (2003), Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*; 34: 383-396.
- 16-Martínez-González M, de Irala J (2003), Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sanit*; 17 (5): 347-350.
- 17-Imaz C, Ballesteros M, Higuera M, Conde V (2008), Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr*; 36 (2): 75-81.

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria F.I.S. PI 05/2533

Con el agradecimiento por su colaboración al Grupo ZARIMA Prevención y a los IES y los colegios que han participado en esta investigación.