



## INFORME:

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y CONDUCTAS RELACIONADAS, COMUNIDAD DE MADRID, 2011.

*Elaborado por: Lourdes Oliva, Ana Gandarillas, Michela Sonogo, Lucía Díez-Gañan y María Ordobás. Servicio de Epidemiología.*

#### RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado), constituyen un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad.

**Objetivo:** Evaluar la carga hospitalaria que suponen los TCA en el año 2010 y describir la prevalencia poblacional de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes según sexo para el año 2011 y su evolución desde 1999.

**Fuentes de información y metodología:** Los ingresos hospitalarios se estudian a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD-2010). Las conductas de riesgo de TCA se estudian a partir de la encuesta anual autoadministrada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J). Se describe la frecuencia según sexo, edad, residencia en la Comunidad de Madrid, diagnóstico principal y secundario de los episodios de ingreso hospitalario con diagnóstico de TCA. Se ha estimado la prevalencia anual 1999-2011 de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Se compara la prevalencia por sexo y se estudia su evolución mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial.

**Resultados:** Durante 2010 se produjeron 367 ingresos hospitalarios por TCA, generados por 193 pacientes y el 94,7% son de personas residentes en la Comunidad de Madrid. Suponen el 12,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales entre los 15 y 24 años, el 1,8% en hombres y el 23,1% en mujeres. El 90% de los ingresos corresponde a mujeres, siendo en ambos sexos la anorexia nerviosa el principal motivo de ingreso. La edad media de los pacientes es de 27,5 años. La estancia media hospitalaria de los ingresos es de 29,72 días (casi cuatro veces mayor que la estancia media por todos los diagnósticos). La menor estancia media se observa en pacientes con bulimia nerviosa. Los TCA presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. El 47,4% de los pacientes ha ingresado en más de una ocasión durante el año 2010.

En el 2011 un 33,7% de las chicas y un 16,6% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, y el 30,5% y el 8,9% respectivamente refieren la realización de dietas para adelgazar, siendo ésta la conducta más frecuente de las estudiadas. La menos frecuente es el uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes, con un 4,6% en chicas y un 1,1% en chicos. En todas las conductas, con la excepción del ejercicio físico excesivo, predomina el componente femenino lo que se acentúa a medida que la conducta es más patológica. Así, un 2,8% de las chicas refiere presentar simultáneamente restricción alimentaria de 24h, atracones y vómitos autoprovocados, frente a un 0,3% de los chicos.

La evolución de la prevalencia de conductas entre 1999 y 2011, muestra un descenso de la percepción de la imagen corporal con sobrepeso u obesidad en ambos sexos. Además, en las chicas se ha producido una disminución en la prevalencia de los vómitos autoprovocados y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes. En cambio en los chicos es de destacar el aumento en la realización de dietas para adelgazar y en la prevalencia de la restricción alimentaria de 24 horas.

**Conclusiones:** Los TCA suponen el 23,1% de los ingresos hospitalarios por trastorno mental en mujeres entre 15-24 años. Son una causa importante de ingreso no sólo por su frecuencia, sino por su elevada estancia media, la gran morbilidad asociada y la tasa de reingresos que conllevan.

Las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina. Es necesario insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psicosomáticas que en las últimas décadas se han convertido en un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados, por su prevalencia, necesidades de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad. Tienen una compleja etiopatogenia, no completamente conocida, en la que influyen muchos factores, entre los que se encuentran factores genéticos, familiares, socioculturales, psicológicos y biológicos.

Estos trastornos se clasifican en tres subtipos en el DSM-IV: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCA-NE). De forma similar vienen reflejados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10<sup>a</sup>.

Los estudios epidemiológicos parecen indicar que la incidencia de AN ha permanecido estable durante las últimas décadas, sin embargo se ha observado un incremento en el grupo con mayor riesgo, las mujeres de 15 a 19 años. En cuanto a la BN parece que se ha producido una disminución en su incidencia desde principios de los noventa. En un meta-análisis realizado con diversos estudios del norte de Europa la prevalencia de AN se sitúa entre un 0% a un 0,9% y de BN alrededor de un 1% en mujeres jóvenes<sup>5</sup>.

Aunque no siempre han sido considerados enfermedades graves los diferentes estudios evidencian una alta morbilidad y letalidad. Presentan un curso crónico. Las tres cuartas partes de los pacientes con AN se recuperan por completo, con una mediana de tiempo de 80 meses y un 10% lo hacen parcialmente<sup>6</sup>. En el caso de la BN casi la mitad se recuperaron completamente y un 23% tuvieron un curso crónico<sup>7</sup>.

Los TCA presentan la tasa de letalidad más elevada de entre todas las enfermedades mentales, siendo mayor para la AN. En un meta-análisis realizado en el año 2011 la tasa de mortalidad en pacientes estandarizada por edad y año fue de 5,86 por mil para la AN, 1,93 para la BN y 1,92 en los TCANE<sup>9</sup>.

En España son numerosos los estudios de prevalencia llevados a cabo desde los años noventa en diferentes comunidades autónomas. En la Comunidad de Madrid se realizó durante el año 1985-86 un estudio en doble fase en escolares de 15 años. En una primera fase se identificaba la población de riesgo de TCA con la administración de un cuestionario validado y en una segunda fase se realizaba una entrevista diagnóstica de caso. Este estudio se repitió 8 años después en la misma población. Se observó un aumento tanto de la prevalencia de TCA como de la población a riesgo, pasando en el primer caso de un 0% en hombres y 1,55% en mujeres, a 0,90% y 4,69% respectivamente. En el caso de la población a riesgo se produjo un aumento en ambos sexos, aunque mayor en las mujeres pasando de un 11,6% a un 17,36%<sup>10</sup>. Durante los años noventa los estudios realizados en España coinciden en mostrar una prevalencia de casos de TCA en la población femenina adolescente de alrededor del 4,5%<sup>11-12</sup>. Posteriormente en el estudio de prevalencia de casos de TCA realizado en mujeres adolescentes de 15 a 18 años en la Comunidad de Madrid durante el año 2000-01, se obtuvo una prevalencia acumulada de casos de 3,7% y de población de riesgo del 7,6%<sup>13</sup>. En un estudio realizado en Reus en población femenina de 12 a 21 años de edad, publicado en el año 2008, se obtuvo una prevalencia de AN de 0,9%, de BN del 2,9%, y de TCA-NE del 5,3%<sup>14</sup>.

En cuanto a la incidencia, en Navarra (2005) se ha llevado a cabo un estudio en mujeres entre 13 y 22 años, y tras 18 meses de seguimiento obtuvieron 3200 casos nuevos de TCA por 100000 personas/año<sup>15</sup>. En el año actual (2012), se ha publicado un estudio de base poblacional en Galicia con una incidencia en todas las edades de 14,1 casos por 100000 personas/año para todos los TCA y de 3,1 para AN, 4,4 para BN y 6,5 para TCA-NE<sup>16</sup>.

Los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes o jóvenes, pero las actitudes y hábitos alimentarios no saludables asociados están más extendidos y afectan a una población mayor y más heterogénea.

Las prevalencias actuales son preocupantes e indican la conveniencia de mantener la vigilancia epidemiológica de estos trastornos y de las conductas predisponentes, con el fin de evaluar la evolución de estas enfermedades en el ámbito comunitario.

## FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

Disponemos de dos fuentes de datos que nos permiten vigilar estos trastornos: ingresos hospitalarios recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) y las conductas de riesgo en jóvenes a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Trasmisibles de Jóvenes (SIVFRENT-J).

## 1.-Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD- 2010)

Siguiendo la recomendación de la Comisión Europea, el CMBD fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 1987. En el año 1999, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid aprobó la norma (Decreto 89/1999) que regula el CMBD al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid tanto para hospitales públicos como privados<sup>17</sup>. Recoge datos demográficos básicos, el diagnóstico que motiva el ingreso, así como los diagnósticos secundarios y algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos relevantes. Los diagnósticos y procedimientos principales se codifican utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª Revisión, Modificación Clínica<sup>18</sup>.

La información que ofrece el CMBD, es útil para evaluar la carga asistencial hospitalaria de un determinado problema o enfermedad, aunque dado que los datos hospitalarios no son sólo un reflejo de la prevalencia y severidad de una enfermedad, sino de toda una serie de factores dependientes de la gestión hospitalaria, de la accesibilidad del hospital y políticas de admisión, entre otros, se requiere cierta cautela en la interpretación epidemiológica de los datos.

### **Criterio de selección de los ingresos:**

Se estudian, a partir del CMBD del año 2010 los ingresos con diagnóstico principal o en alguno de los 12 diagnósticos secundarios de Anorexia Nerviosa (307.1 CIE-9), Bulimia Nerviosa (307.51 CIE-9) ó Trastorno de la Alimentación No Especificado (307.50 CIE-9).

El **diagnóstico principal** se define como ‘la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico que atendió al enfermo’.

El **diagnóstico secundario** se considera aquel que ‘coexiste con el principal en el momento del ingreso, o que se desarrolla a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influye en la duración de la misma o en el tratamiento administrado’.

Se describe la frecuencia y características de los episodios de alta hospitalaria producidos en el año 2010 en los hospitales de la CM con diagnóstico (principal o secundario) de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Se estima el número de casos a partir del número de ingresos, teniendo en cuenta para controlar duplicados el número de historia clínica, la fecha de nacimiento, hospital y diagnóstico principal, y se realiza una descripción de los mismos. Asimismo se describen los episodios generados en hospital de día con diagnóstico principal TCA y las características de los pacientes.

## 2.-Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles de jóvenes

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en adolescentes escolarizados en 4º de la ESO. Se basa en la realización de encuestas seriadas autoadministradas en el aula y con periodicidad anual que permite la elaboración y publicación de informes anuales<sup>19,20,21</sup>. Se realiza un muestreo polietápico estratificado con

una muestra anual aproximada de 2000 alumnos. Desde 1999 incluye variables sobre conductas relacionadas con los TCA. La pregunta sobre crisis de atracones se introdujo en el cuestionario en el año 2002. La pregunta sobre realización de ejercicio físico con el fin de controlar el peso, cambiar la figura corporal o reducir la cantidad de grasa fue introducida en el año 2005. Se define el ejercicio físico como excesivo si realizan más de una hora al día ó más de 7 horas a la semana pero no todos los días, con ese fin. Las preguntas analizadas figuran en el anexo 1.

En este boletín se describe la prevalencia de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes según sexo para el año 2011 y su evolución desde 1999, ampliando la información de los boletines epidemiológicos anuales. La prevalencia se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño. La evolución se estudia mediante el cambio medio anual de la prevalencia, estimado mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial, ajustando por edad y tipo de centro (público-privado), y analizando el año como variable continua. El indicador de cambio en la prevalencia calculado es el incremento o decremento medio anual en %, y su intervalo de confianza al 95%.

## RESULTADOS

### 1-Ingresos hospitalarios recogidos en el CMBD por o con TCA

En la Comunidad de Madrid durante el año 2010 se produjeron un total de 716.748 ingresos hospitalarios en centros públicos y privados y por todas las causas (excluyendo cirugía ambulatoria y hospital de día). De ellos 367 tuvieron como diagnóstico principal Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa ó Trastorno de la Alimentación no Especificado, 35 en hombres y 332 en mujeres. Esto supone el 0,05% de los ingresos totales (el 0,01% en hombres y el 0,08% en mujeres) y el 2,3% de los ingresos producidos por trastornos mentales (el 0,4% en hombres y el 4,4% en mujeres). Si nos limitamos al grupo de edad donde estos trastornos son más frecuentes, entre los 15 y 24 años, los ingresos por TCA como diagnóstico principal fueron 182, lo que supone el 0,5% de los ingresos totales, en hombres 14 (0,1%) y en mujeres 168 (0,8%) y el 12,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales (el 1,8% en hombres y el 23,1% en mujeres).

De todos los ingresos producidos por o con TCA, el 94,7% son ingresos de personas residentes en la Comunidad de Madrid. El número y porcentaje de pacientes según el diagnóstico, principal o secundario y lugar de residencia está descrito en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
**Ingresos con TCA en el diagnóstico principal o secundario, según lugar de residencia, 2010.**

TCA	Residencia en la comunidad de Madrid	Residencia en otras comunidades autónomas	Total (%)
En diagnóstico principal	336	31	367 (56,0)
En diagnóstico secundario	284	4	288 (44,0)
Total (%)	620 (94,7)	35 (5,3)	655 (100)

En la Tabla 2 se muestra la frecuencia de ingresos por diagnóstico de TCA en el diagnóstico principal, en todos los ingresos de cualquier procedencia y en los residentes de la Comunidad de Madrid. En ambos casos se muestra las diferencias en cuanto al sexo. Hay un predominio en mujeres, siendo el 90% de los ingresos totales tanto en residentes como en no residentes. En cuanto al tipo de diagnóstico la AN es la principal causa de ingreso de los TCA.

**Tabla 2****Distribución por diagnóstico, sexo y procedencia de los ingresos por TCA.**

	Diagnóstico principal	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
Ingresos de cualquier procedencia	AN	266	72,5	246	74,1	20	57,2
	BN	52	14,2	48	14,5	4	11,4
	TCA-NE	49	13,3	38	11,4	11	31,4
	<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	<b>332</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
Residentes en la Comunidad de Madrid	AN	243	72,3	226	74,1	17	54,8
	BN	50	14,9	46	15,1	4	12,9
	TCA-NE	43	12,8	33	10,8	10	32,3
	<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa

TCA-NE: Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

Utilizando los datos publicados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid con las cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal del año 2010, la tasa bruta de ingresos por TCA de residentes en la Comunidad de Madrid es de 5 por 100.000 habitantes. Si nos limitamos al grupo de edad entre los 15 y 24 años, donde estos trastornos son más frecuentes, la tasa bruta de ingresos es 26 por 100.000 habitantes, con un 48/100.000 en mujeres y un 4/100.000 en hombres.

Estas cifras se refieren a episodios de ingreso durante el año 2010. Pero un mismo paciente puede ingresar en varias ocasiones durante el mismo año y por el mismo motivo. Teniendo en cuenta que no disponemos de datos de identificación personal, se han revisado episodios coincidentes por fecha de nacimiento, hospital, número de historia, y código de diagnóstico principal para obtener el número de "pacientes". Los 367 ingresos con diagnóstico principal de TCA han sido generados por 193 pacientes. El 52,6% de los pacientes sólo han ingresado en una ocasión y el resto han ingresado al menos dos veces en el año.

Los pacientes ingresados por TCA presentan una edad media de 27,5 años siendo un poco inferior en hombres con una media de 25 años. Los estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes ingresados por TCA se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3****Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes ingresados por TCA.**

Edad	Total	Mujeres	Hombres
	(N=193)	(N=173)	(N=20)
Media	27,5	27,8	25,0
Desv. Típica	10,9	10,5	14,4
Mínimo	7	7	10
Máximo	73	59	73
P25	19	20	14,5
P50	26	26	21
P75	35	35	29,8

En la tabla 4 y gráfico 1 se muestra la distribución de los pacientes ingresados por TCA por grupos de edad y sexo.

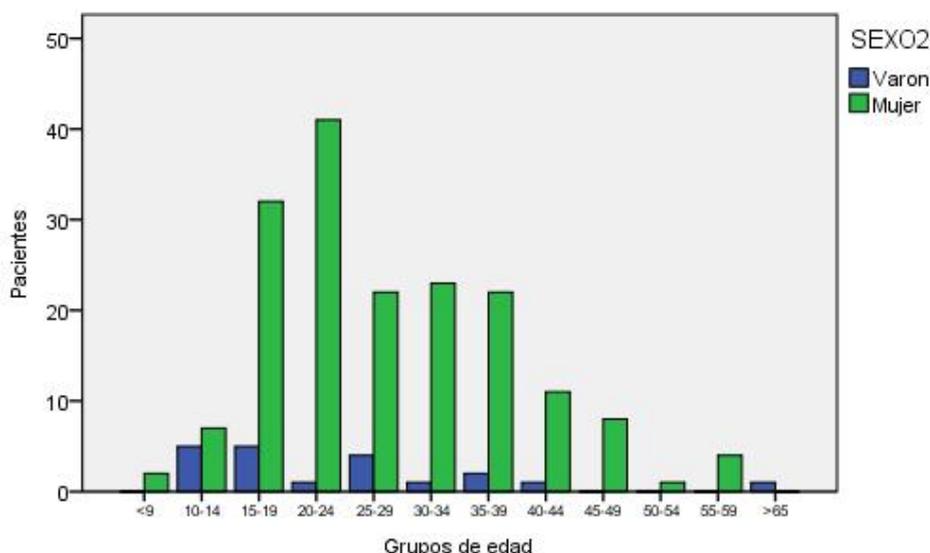
**Tabla 4**

**Distribución por sexo y edad de los pacientes ingresados con diagnóstico de TCA, Comunidad de Madrid, 2010.**

Edad (años)	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
<9	2	1,0	2	1,2		
10-14	12	6,2	7	4,0	5	25
15-19	37	19,2	32	18,5	5	25
20-24	42	21,8	41	23,7	1	5
25-29	26	13,5	22	12,7	4	20
30-34	24	12,4	23	13,3	1	5
35-39	24	12,4	22	12,7	2	10
40-44	12	6,2	11	6,4	1	5
45-49	8	4,1	8	4,6		
50-54	1	0,5	1	0,6		
55-59	4	2,1	4	2,3		
60-64						
>65	1	0,5			1	5
Total	193	100	173	100	20	100

**Gráfico 1**

**Distribución por edad y sexo de los casos ingresados con diagnóstico de TCA en el año 2010.**



La estancia media de los pacientes ingresados por TCA es de 29,72 días, con una mediana de 23 días, casi cuatro veces mayor que la estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados por cualquier diagnóstico en la Comunidad de Madrid, que es de 7,77, con una mediana de 3 días. En el caso de los hospitales donde han ingresado estos pacientes la estancia media es de 8,27 días con una mediana de 4. La estancia mínima de los pacientes ingresados por TCA es de 0 días y la máxima ha sido de 251 días. En la Tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos de la estancia en pacientes ingresados por TCA. La menor estancia media

corresponde a los pacientes con diagnóstico principal de BN. La estancia media de los pacientes diagnosticados de AN y TCA-NE es muy similar, pero la mediana de la estancia de los ingresos por AN es la más elevada (27,5). En los pacientes con diagnóstico de TCA en alguno de los doce diagnósticos secundarios la estancia media es de 16,07, más de dos veces superior a la estancia media de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.

**Tabla 5**

**Estancia media de los ingresos hospitalarios para todos los TCA y según el tipo de diagnóstico.**

Estancia	Total	AN	BN	TCA-NE
	N=367	N=266	N=52	N=49
Media	29,72	31,77	16,94	32,14
Desv. Típica	30,05	30,73	15,69	34,70
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	251	251	70	126
P25	9	10	5,25	6
P50	23	27,5	13	20
P75	39	40	23	50

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa

TCA-NE: Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

La tabla 6 recoge la relación de diagnósticos asociados en los ingresos con diagnóstico principal o secundario de TCA. Existe una alta comorbilidad, el 72,2% de los ingresos tienen asociado otro trastorno mental en el episodio y el 6,1% tiene como diagnóstico asociado lesiones o envenenamiento.

**Tabla 6**

**Relación de diagnósticos asociados más frecuentes en los ingresos por o con TCA.**

Diagnóstico asociado	N	%
Trastornos mentales	471	72,2
Lesiones y envenenamientos	40	6,1
Enfermedades del aparato digestivo	32	4,9
Enfermedades endocrinas	24	3,7
Complicaciones de la gestación parto y puerperio	22	3,4

También se recoge en el CMBD la actividad del hospital de día. De los 308.018 episodios generados por el hospital de día, 15.713 episodios tenían como diagnóstico principal alguno de los tres TCA, lo que supone un 5,1% (un 1,1% en hombres y un 8,5% en mujeres). Estos episodios corresponden a 612 pacientes de los cuales 50 eran hombres y 562 mujeres.

En la Tabla 7 se muestra la distribución de la edad de los pacientes atendidos en el hospital de día. Presentan una media de edad de 24,7 años, siendo inferior en hombres con 22,3 años que en las mujeres con 25,1.

**Tabla 7****Distribución de la edad de los pacientes atendidos en hospital de día con diagnóstico de TCA.**

Edad	Total	Mujeres	Hombres
	(N=612)	(N=562)	(N=50)
Media	24,7	25,1	22,3
Desv. Típica	10,0	9,9	11,3
Mínimo	8	8	9
Máximo	62	62	55
P25	16	17	14
P50	23	23	19
P75	32	32	29

**2-Conductas relacionadas con los TCA en población juvenil (SIVFRENT-J, 1999-2011)****2-1: Prevalencias en el año 2011**

Durante el año 2011 participaron 45 centros escolares. Un total de 2011 alumnos realizaron la encuesta, 1030 chicos y 981 chicas.

En la Tabla 8 se expone la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA para el año 2011 por sexo y la razón de prevalencia mujer/hombre. Los resultados indican que un 33,7% de las chicas y un 16,6% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, y refieren realizar dieta adelgazante al 30,5% de las chicas y al 8,9% de los chicos. Esta es la conducta más frecuente entre todas las estudiadas y la menos frecuente es la utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos doce meses, con un 4,6% en chicas y un 1,1% en chicos.

La segunda conducta más frecuente son las crisis de atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer. Es referida por el 26,2% de las chicas y el 12,6% de los chicos. Es de interés señalar que el 4,4% de las chicas y un 0,7% de los chicos presentan simultáneamente vómitos y atracones, lo cual indica que en la mayor parte de los casos se trataría de un síndrome por atracón o una sobreingesta compulsiva.

La presencia simultánea de crisis de atracones, vómito autoprovocado y restricción alimentaria de 24 horas, es referida por el 2,8% de las chicas y el 0,3% de los chicos, conjunción de conductas que presenta el mayor predominio femenino (razón de prevalencia mujer/hombre de 9,4).

En cuanto a la realización de conductas compensatorias con el fin de perder peso (restricción alimentaria de 24 horas, vómito autoprovocado, uso de fármacos) refieren una cualquiera de ellas el 11,8% (9,4-14,3) de las chicas y el 3,7% (2,6-4,8) de los chicos, dos el 4% (2,6-5,4) de las chicas y el 0,9% (0,3-1,5) de los chicos y las tres de forma simultánea el 0,9% (0,2-1,6) de las chicas y un 0,2% (-0,0-0,4) de los chicos.

En todas las conductas estudiadas es evidente el predominio femenino, con excepción de la realización de ejercicio físico excesivo como medio para controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa. El predominio es menor en la mera percepción de sobrepeso u obesidad, (razón de prevalencia mujer/hombre de 2), y cada vez mayor a medida que la conducta es más 'patológica' o 'comprometida' con la pérdida de peso: más de 6 veces mayor en mujeres el vómito autoprovocado y casi 10 veces mayor si el vómito se asocia con atracones y restricción alimentaria.

**Tabla 8****Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según sexo, 2011.**

	<b>Mujeres (N=1067)</b>		<b>Hombres (N=1030)</b>		<b>Razón M/H</b>
	<b>Prev.</b>	<b>IC(95%)</b>	<b>Prev.</b>	<b>IC(95%)</b>	
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	<b>33,7</b>	30,5-36,9	<b>16,6</b>	14,2-18,9	2*
Dietas para adelgazar en los últimos doce meses	<b>30,5</b>	27,2-33,8	<b>8,9</b>	6,8-11	3,4*
Restricción alimentaria de 24 H en los últimos 12 meses para adelgazar	<b>10,3</b>	8-12,7	<b>3,7</b>	2,5-4,9	2,8*
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	<b>7,7</b>	5,8-9,5	<b>1,3</b>	0,6-2	6,1*
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos doce meses	<b>4,6</b>	3,3-5,9	<b>1,1</b>	0,5-1,6	4,3*
Crisis de atracones en los últimos 12 meses	<b>26,2</b>	23,1-29,2	<b>12,6</b>	9,8-15,3	2,1*
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de perder peso	<b>13,7</b>	11-16,3	<b>15,5</b>	12,9-18	0,9†
Crisis de atracones + vómito autoprovocado	<b>4,4</b>	2,7-6,1	<b>0,7</b>	0,2-1,2	6,4*
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 horas	<b>2,8</b>	1,5-4,1	<b>0,3</b>	-0,0-0,6	9,4*

Razón M/H: Razón de Prevalencias mujer/hombre

\*= $p < 0,001$ †= $p > 0,05$ 

De los estudiantes encuestados que respondieron a la pregunta “¿cuál es tu país de nacimiento?”, el 81,61% han nacido en España y el 18,39% en otro país. El 31,9% de las chicas nacidas en España perciben su imagen corporal como con sobrepeso u obesidad, mientras que en las mujeres nacidas en otro país esta percepción aumenta hasta el 40,4%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cambio en los chicos la proporción es

muy similar, estando ligeramente por encima del 16% tanto en los nacidos en España como en los nacidos en otro país.

La conducta relacionada con los TCA más prevalente es la realización de dietas para adelgazar durante el último año. En el caso de las chicas nacidas en España esta conducta se produce en el 29,5%, mientras que en las nacidas en otro país en el 34%. En el caso de los chicos en un 8,7% y un 10,1% respectivamente.

La segunda conducta más frecuente son las crisis de atracones de comida. En este caso no existen diferencias según el país de nacimiento, tanto en chicas como en chicos.

En la tabla 9 se detalla la prevalencia de la presencia simultánea de conductas compensatorias diferenciándolas por sexo y país de nacimiento.

**Tabla 9**

**Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según país de nacimiento, 2011.**

	País de nacimiento: España (N=1638)		País de nacimiento: Otro (N=369)	
	Mujeres Prev(IC)	Hombres Prev(IC)	Mujeres Prev(IC)	Hombres Prev(IC)
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 horas	<b>2,5</b> (1,3-3,6)	<b>0,2</b> (-0,1-0,6)	<b>3,9</b> (0,8-7)	<b>0,6</b> (-0,0-1,8)
Restricción alimentaria de 24 horas + vómito autoprovocado + laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes	<b>0,6</b> (0,0-1,2)	<b>0,1</b> (-0,0-0,3)	<b>2</b> (0,1-3,8)	<b>0,6</b> (-0,0-1,8)

## 2-2: Evolución de la prevalencia de conductas (1999-2011)

El número total de estudiantes que participaron en alguna de las encuestas realizadas durante los doce años fue de 26.219, de los cuales 12.814 (48,9%) eran chicos y 13.388 (51,1%) chicas, con una media anual de 2005 participantes. En cuanto a la evolución, en las tablas y gráficos siguientes figuran las prevalencias anuales (Tabla 10 y Gráficos 2 y 3) y el cambio medio anual (Tabla 10).

Tanto en chicas como en chicos se ha producido una disminución en la percepción de la imagen corporal con sobrepeso y obesidad, siendo más acusada en mujeres. Con excepción de la realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso, todas las conductas estudiadas se han mantenido o disminuido en las chicas y se han mantenido o incrementado

en los chicos. En el caso de la realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la grasa corporal en ambos sexos ha aumentado la proporción en los últimos años, y es en la única conducta donde existe un predominio masculino.

Tabla 10

**Prevalencias anuales crudas de conductas relacionadas con los TCA y razón de tasas mujer/hombre, en adolescentes.**

	Año	Mujeres			Hombres			Razón M/H
		Prev.	(IC95%)		Prev.	(IC95%)		
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	1999	<b>44,5</b>	41,4	47,6	<b>17,3</b>	15,5	19,1	<b>2,6*</b>
	2000	<b>39,1</b>	35,5	42,7	<b>20,5</b>	18,4	22,6	<b>1,9*</b>
	2001	<b>36</b>	33	39	<b>20,7</b>	18,3	22,9	<b>1,7*</b>
	2002	<b>36</b>	33,2	38,8	<b>18,3</b>	16,1	20,5	<b>2*</b>
	2003	<b>34,3</b>	31,1	37,5	<b>15,7</b>	13,5	17,9	<b>2,2*</b>
	2004	<b>36,9</b>	33,9	40	<b>16,7</b>	14,3	19,1	<b>2,2*</b>
	2005	<b>35,5</b>	31	39	<b>16,3</b>	13,8	18,8	<b>2,2*</b>
	2006	<b>33,3</b>	30,3	36,3	<b>15,9</b>	13,6	18,2	<b>2,1*</b>
	2007	<b>32,8</b>	29	35,8	<b>17,9</b>	15,4	20,4	<b>1,8*</b>
	2008	<b>32</b>	28,9	35	<b>18,5</b>	16,4	20,7	<b>1,7*</b>
	2009	<b>31,2</b>	28,1	34,3	<b>20,5</b>	18,3	22,8	<b>1,5*</b>
2010	<b>32,7</b>	29,8	35,5	<b>18,6</b>	16,2	21,1	<b>1,8*</b>	
2011	<b>33,7</b>	30,5	36,9	<b>16,6</b>	14,2	18,9	<b>2*</b>	
Dietas para adelgazar en los últimos doce meses	1999	<b>34,6</b>	30,7	38,5	<b>6,2</b>	4,8	7,6	<b>5,6*</b>
	2000	<b>32,9</b>	28,8	37	<b>6,4</b>	4,6	8,2	<b>5,1*</b>
	2001	<b>29,8</b>	26,1	33,5	<b>6,5</b>	4,9	8,1	<b>4,6*</b>
	2002	<b>30,8</b>	28,1	33,5	<b>7,2</b>	5,6	8,8	<b>4,3*</b>
	2003	<b>30,2</b>	27,1	33,4	<b>6,1</b>	4,6	7,7	<b>4,9*</b>
	2004	<b>35,4</b>	32,3	38,6	<b>7,3</b>	5,4	9,2	<b>4,8*</b>
	2005	<b>34,1</b>	30,7	37,5	<b>8,2</b>	6,6	9,8	<b>4,2*</b>
	2006	<b>34,1</b>	31,0	37,2	<b>7,1</b>	5,5	8,7	<b>4,8*</b>
	2007	<b>27,8</b>	24	30,8	<b>11,2</b>	8,5	13,9	<b>2,5*</b>
	2008	<b>27,2</b>	24,8	29,6	<b>7</b>	5,5	8,5	<b>3,9*</b>
	2009	<b>28,1</b>	24,7	31,6	<b>9,7</b>	8	11,4	<b>2,9*</b>
2010	<b>31,9</b>	29	34,8	<b>9,8</b>	7,7	11,8	<b>3,3*</b>	
2011	<b>30,5</b>	27,2	33,8	<b>8,9</b>	6,8	11	<b>3,4*</b>	
Restricción alimentaria de 24 H en los últimos 12 meses para adelgazar	1999	<b>10,3</b>	8,6	12	<b>2</b>	1,3	2,7	<b>5,2*</b>
	2000	<b>13,7</b>	12	15,4	<b>1,9</b>	0,9	2,9	<b>7,2*</b>
	2001	<b>8,9</b>	6,9	10,9	<b>2,2</b>	1,4	3	<b>4,0*</b>
	2002	<b>12,4</b>	10,4	14,3	<b>2,9</b>	1,8	4	<b>4,3*</b>
	2003	<b>12</b>	10	14,1	<b>3,1</b>	2,1	4,1	<b>3,9*</b>
	2004	<b>11,2</b>	9,4	13	<b>3,6</b>	2,3	4,9	<b>3*</b>
	2005	<b>12</b>	10	14	<b>2,2</b>	1,3	3,1	<b>5,5*</b>
2006	<b>12,2</b>	9,9	14,5	<b>3,0</b>	2,0	4,0	<b>4,1*</b>	

	2007	<b>9,9</b>	7,9	11,9	<b>3,4</b>	2,3	4,5	<b>2,9*</b>
	2008	<b>9,4</b>	7,9	11	<b>3</b>	2	4	<b>3,1*</b>
	2009	<b>10,5</b>	8,6	12,4	<b>3,6</b>	2,2	5	<b>2,9*</b>
	2010	<b>10</b>	7,4	12,4	<b>3,6</b>	2,5	4,8	<b>2,7*</b>
	2011	<b>10,3</b>	8	12,7	<b>3,7</b>	2,5	4,9	<b>2,8*</b>
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	1999	<b>12</b>	9,4	14,6	<b>1,3</b>	0,6	2	<b>9,2*</b>
	2000	<b>10,4</b>	8,1	12,7	<b>1</b>	0,4	1,6	<b>10,4*</b>
	2001	<b>7,8</b>	6	9,6	<b>0,6</b>	0,1	1,1	<b>13,0*</b>
	2002	<b>9,8</b>	8,1	11,5	<b>1,6</b>	0,8	2,4	<b>6,1*</b>
	2003	<b>9,3</b>	6,9	11,7	<b>0,9</b>	0,2	1,7	<b>10,1*</b>
	2004	<b>11</b>	9,4	12,6	<b>0,7</b>	0,1	1,3	<b>15,3*</b>
	2005	<b>10,5</b>	8,2	12,8	<b>1,1</b>	0,5	1,7	<b>9,5*</b>
	2006	<b>9,1</b>	6,7	11,5	<b>1,1</b>	0,6	1,6	<b>8,3*</b>
	2007	<b>8,4</b>	6,7	10,1	<b>1</b>	0,3	1,7	<b>8,4*</b>
	2008	<b>7,5</b>	5,8	9,2	<b>1</b>	0,4	1,6	<b>7,2*</b>
	2009	<b>5,8</b>	4,1	7,5	<b>1,5</b>	0,5	2,3	<b>4*</b>
	2010	<b>7,1</b>	5,2	9	<b>1,7</b>	0,9	2,5	<b>4,3*</b>
	2011	<b>7,7</b>	5,8	9,5	<b>1,3</b>	0,6	2	<b>6,1*</b>
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	1999	<b>6</b>	4,4	7,6	<b>0,8</b>	0,2	1,4	<b>7,5*</b>
	2000	<b>4,7</b>	3,2	6,2	<b>0,8</b>	0,2	1,4	<b>5,9*</b>
	2001	<b>5,6</b>	4,1	7,1	<b>0,3</b>	0	0,6	<b>18,7*</b>
	2002	<b>6,2</b>	4,8	7,5	<b>0,6</b>	0,2	1	<b>10,3*</b>
	2003	<b>4,05</b>	2,7	5,4	<b>0,8</b>	0,3	1,4	<b>5,1*</b>
	2004	<b>6,7</b>	4,9	8,6	<b>0,7</b>	0,1	1,3	<b>9,6*</b>
	2005	<b>6,4</b>	4,9	7,9	<b>0,6</b>	1	0,2	<b>10,7*</b>
	2006	<b>4,8</b>	3,4	6,2	<b>0,8</b>	0,3	1,3	<b>6,0*</b>
	2007	<b>4,6</b>	3,1	6,1	<b>0,8</b>	0,3	1,3	<b>5,8*</b>
	2008	<b>4,2</b>	2,9	5,5	<b>0,7</b>	0,1	1,2	<b>6,4*</b>
	2009	<b>4,7</b>	3,5	5,9	<b>0,9</b>	0,3	1,6	<b>5,1*</b>
	2010	<b>3,9</b>	2,3	5,4	<b>1</b>	0,4	1,7	<b>3,7*</b>
	2011	<b>4,6</b>	3,3	5,9	<b>1,1</b>	0,5	1,6	<b>4,3*</b>
Crisis de atracones* en los últimos 12 meses	2002	<b>27</b>	24,3	29,7	<b>9,3</b>	7,2	11,4	<b>2,9*</b>
	2003	<b>27,5</b>	24,2	30,8	<b>10,1</b>	8	12,3	<b>2,7*</b>
	2004	<b>31,2</b>	28,3	34,0	<b>12</b>	9,4	14,5	<b>2,6*</b>
	2005	<b>29,8</b>	27,3	32,3	<b>12,8</b>	10,4	15,2	<b>2,3*</b>
	2006	<b>26</b>	23	29	<b>11</b>	8,4	13,4	<b>2,4*</b>
	2007	<b>25,2</b>	23	28,5	<b>15,5</b>	13	18,3	<b>1,6*</b>
	2008	<b>28,1</b>	25	31,2	<b>13,3</b>	10,1	15,8	<b>2,1*</b>
	2009	<b>28,6</b>	25,7	31,4	<b>12,2</b>	9,9	14,5	<b>2,3*</b>
	2010	<b>28,7</b>	24,6	32,7	<b>16,8</b>	13,9	19,7	<b>1,7*</b>
	2011	<b>26,2</b>	23,1	29,2	<b>12,6</b>	9,8	15,3	<b>2,1*</b>
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso	2005	<b>10,7</b>	8,8	12,7	<b>12,4</b>	10,2	14,7	<b>0,9†</b>
	2006	<b>11,4</b>	9,4	13,4	<b>10,8</b>	8,6	12,9	<b>1,1†</b>
	2007	<b>11,4</b>	9,5	13,2	<b>15,3</b>	12,3	18,3	<b>0,7*</b>
	2008	<b>10,4</b>	8,4	12,5	<b>15</b>	12,6	17,3	<b>0,7*</b>
	2009	<b>12,5</b>	10,2	14,8	<b>13,6</b>	11,2	16	<b>0,9†</b>
	2010	<b>12,3</b>	10,2	14,4	<b>17,3</b>	14,4	20,2	<b>0,7*</b>

	2011	<b>13,7</b>	11	16,3	<b>15,5</b>	12,9	18	<b>0,9†</b>
Crisis de atracones + vómito autoprovocado	2002	<b>6,3</b>	4,9	7,8	<b>0,6</b>	0,05	1,1	<b>10,5*</b>
	2003	<b>5,5</b>	3,9	7,1	<b>0,4</b>	0,01	0,8	<b>13,8*</b>
	2004	<b>7,5</b>	6	9,2	<b>0,4</b>	0,0	0,8	<b>18,8*</b>
	2005	<b>6,8</b>	4,8	8,7	<b>0,4</b>	-0,0	1,1	<b>17*</b>
	2006	<b>5,2</b>	3,4	7,1	<b>0,5</b>	0,1	1	<b>10,4*</b>
	2007	<b>5,3</b>	4	6,6	<b>0,3</b>	-0,0	0,7	<b>17,7*</b>
	2008	<b>4,3</b>	3,1	5,5	<b>0,6</b>	0,1	1	<b>7,6*</b>
	2009	<b>3,2</b>	2	4,4	<b>0,6</b>	0,1	1,1	<b>5,2*</b>
	2010	<b>3,8</b>	2,5	5	<b>0,9</b>	0,3	1,6	<b>4*</b>
	2011	<b>4,4</b>	2,7	6,1	<b>0,7</b>	0,2	1,2	<b>6,4*</b>
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + Restricción alimentaria de 24 H	2002	<b>3,2</b>	2,2	4,2	<b>0,2</b>	-0,0	0,5	<b>16*</b>
	2003	<b>3,4</b>	2,2	4,5	<b>0,2</b>	-0,0	0,5	<b>17*</b>
	2004	<b>3,4</b>	2,6	4,4	<b>0,2</b>	-0,1	0,5	<b>17*</b>
	2005	<b>2,6</b>	1,4	3,6	<b>0,2</b>	-0,0	0,6	<b>17,5*</b>
	2006	<b>2,9</b>	1,7	4	<b>0,4</b>	0,03	0,8	<b>7,3*</b>
	2007	<b>2,2</b>	1,2	3,3	<b>0,2</b>	-0,0	0,5	<b>11,0*</b>
	2008	<b>1,5</b>	0,9	2	<b>0,4</b>	0,0	0,8	<b>3,9*</b>
	2009	<b>1,8</b>	1	2,6	<b>0,3</b>	-0,0	0,7	<b>5,8*</b>
	2010	<b>2,2</b>	1,3	3,1	<b>0,6</b>	0,2	1,1	<b>3,5*</b>
	2011	<b>2,8</b>	1,5	4,1	<b>0,3</b>	-0,0	0,6	<b>9,4*</b>

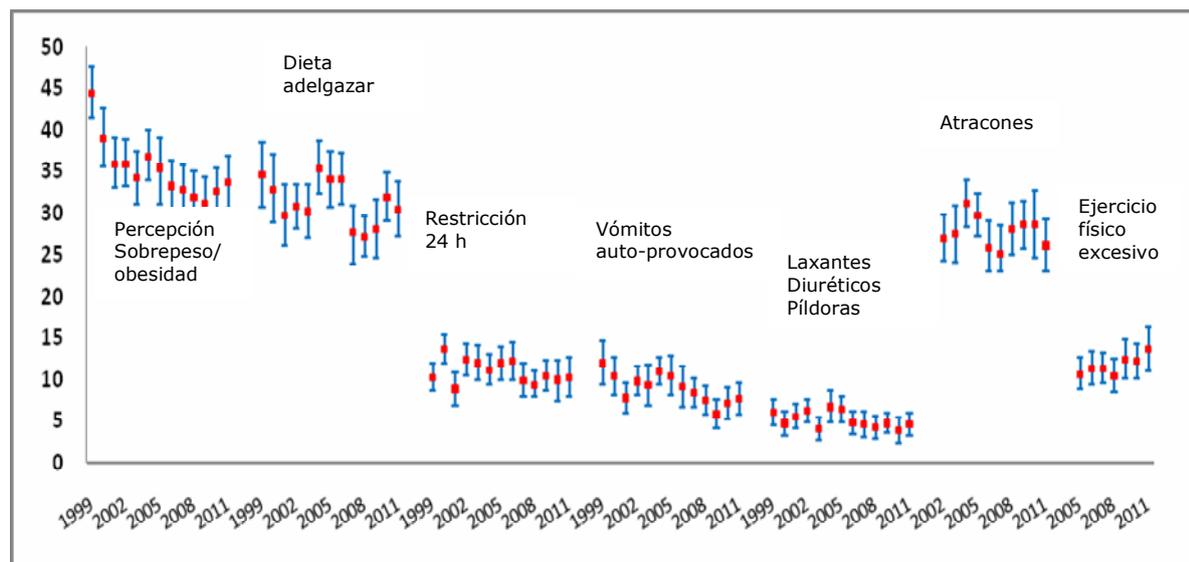
Razón M/H: Razón de Prevalencias mujer/hombre

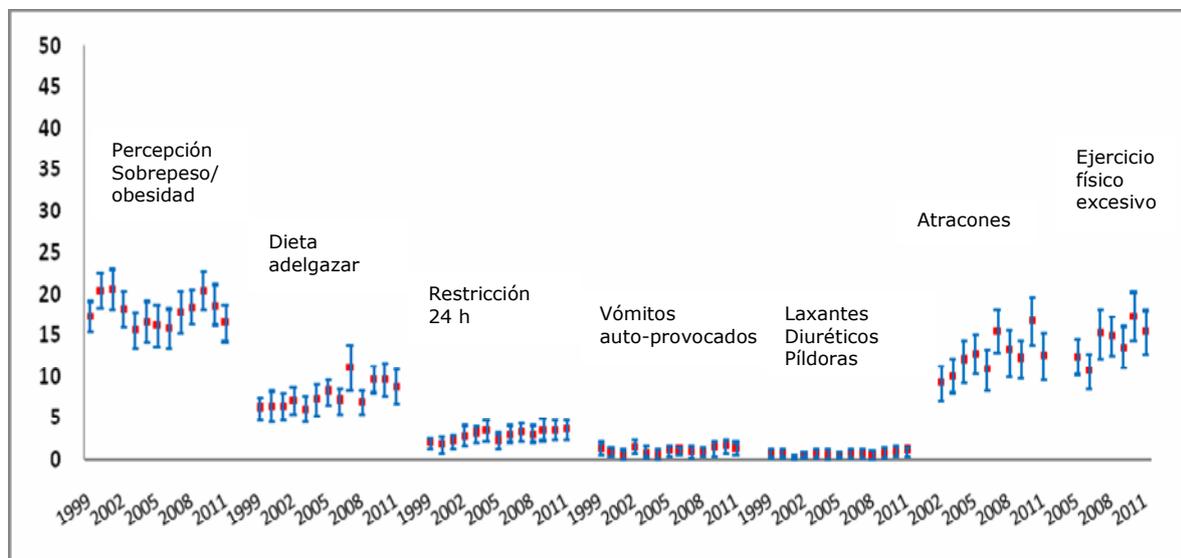
\*=p<0,05

†=p>0,05

### Gráfico2a

#### Evolución de conductas de riesgo de TCA en mujeres



**Gráfico2b****Evolución de conductas de riesgo de TCA en hombres**

Tanto en chicas como en chicos se observa descenso en la autopercepción del sobrepeso/obesidad. En las chicas se produce una disminución media anual de un 2,1% y es significativo estadísticamente. En cambio en los chicos la disminución es de un 0,3% y no es estadísticamente significativo. Desde el inicio del periodo estudiado en las chicas se ha producido un descenso anual estadísticamente significativo, en el caso de las dietas para adelgazar con un 1%, en el vómito autoprovocado con un descenso del 3,6% y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes con un 2,4%. En cambio en los chicos se ha producido un incremento en las conductas estudiadas con un aumento significativo en las dietas para adelgazar con un 3,9%, en la restricción alimentaria con un 4,6%, en las crisis de atracones con un 3,7% (solo se dispone del dato desde 2002) y en la realización de ejercicio físico con el fin de controlar el peso de un 4,6% (datos desde el 2005).

**Tabla 11**

**Cambios medios anuales en la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, en % e IC al 95%, según sexo, 1999 a 2011.**

	Mujeres			Hombres		
	%	(IC 95%)	P	%	(IC 95%)	P
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	-2,1	(-2,7 a -1,4)	<0,001	-0,3	(-1,2 a 0,6)	0,533
Dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	-1	(-1,8 a -0,2)	0,018	3,9	(2,2 a 5,6)	<0,001
Restricción alimentaria de 24 h en los últimos 12 meses para adelgazar	-1,1	(-2,4 a 0,2)	0,101	4,6	(2,1 a 7,3)	<0,001
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso,	-3,6	(-5,2 a -2)	<0,001	3,3	(-1,4 a 8,2)	0,176
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	-2,4	(-4,4 a -0,4)	0,019	3	(-2,4 a 8,8)	0,288
Crisis de atracones ** en los últimos 12 meses	-0,4	(-1,7 a 0,8)	0,482	3,7	(1,5 a 6)	0,001
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso***	3,4	(-0,1 a 7)	0,056	4,6	(1,4 a 8)	0,005

\*se ha trabajado con el año como variable continua y se ha ajustado por edad y tipo de centro

\*\*datos desde 2002

\*\*\*datos desde 2005

## CONCLUSIONES

### 1-Alta hospitalarias

- 1.- En mujeres entre los 15-24 años los TCA suponen el 23,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales y el 0,8% de los ingresos totales.
- 2.-Dentro de los TCA la AN es la principal causa de ingreso en ambos sexos.
- 3.-En los ingresos por TCA la proporción de mujeres es de un 90%.
- 4.-La edad media de los pacientes ingresados es de 27,47 años.
- 5.-El 41% de los pacientes ingresados tenían una edad comprendida entre los 15 y los 24 años.
- 6.-Un 47,4% de los casos ha ingresado en dos o más ocasiones por este motivo en el año 2010.
- 7.-La estancia media de los ingresos por TCA es de 29,72 días, casi cuatro veces la estancia media por todos los diagnósticos en hospitales de la CM (7,77 días).
- 8.-Existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales.
- 9.-Los TCA suponen el 5,1% de los episodios generados por el hospital de día.
- 10.- La media de edad de los pacientes atendidos en hospital de día por este motivo es de 24,72 años.

### 2-Conductas relacionadas con los TCA

- 1.-Casi un tercio de las adolescentes refieren la realización de dietas para adelgazar y un 7,7% se han provocado el vómito para perder peso, lo cual indica que la preocupación por el peso o figura corporal es muy frecuente en esta población, y que conduce a la inducción de conductas perjudiciales para su salud.
- 2.-Existe un evidente predominio femenino en las conductas estudiadas, aunque hay que destacar que en los últimos años se está produciendo una disminución debido principalmente al incremento de las conductas en población masculina.
- 3.-En el periodo de doce años estudiado se ha producido un descenso en ambos sexos de la autopercepción de la imagen corporal con sobrepeso u obesidad.
- 4.-Se observan cambios significativos en la evolución de la prevalencia media anual de las conductas relacionadas con los TCA, en las chicas principalmente en la disminución en vómitos autoprovocados y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes con un 3,6% y un 2,4% respectivamente. En cambio en los chicos es de destacar el aumento en las dietas para adelgazar y en la restricción alimentaria de 24 horas, de un 3,9% y un 4,6% respectivamente.

Todo lo expuesto nos lleva a concluir que los trastornos del comportamiento alimentario son una causa importante de ingreso hospitalario entre los trastornos mentales, particularmente en mujeres entre los 15 y 24 años, no sólo por su frecuencia, sino también por la elevada estancia media, la gran comorbilidad asociada y tasa de reingresos que conllevan.

Por otro lado las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina y cada vez más frecuentes en la masculina. Es necesario insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como de tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

**ANEXO 1****P.11 ¿CÓMO TE VES A TÍ MISMO/A ...?**

- Considero que estoy gordo/a ..... 1
- Considero que tengo exceso de peso ..... 2
- Considero que tengo un peso adecuado ..... 3
- Considero que estoy algo delgado/a ..... 4
- Considero que estoy muy delgado/a ..... 5

**P.12A ¿HAS SEGUIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGUNA DIETA ESPECIAL, O HAS REALIZADO MODIFICACIONES EN TU DIETA HABITUAL?**

- No ..... 1
- Sí, por enfermedad ..... 2
- Sí, para adelgazar ..... 3
- Sí, para engordar ..... 4
- Sí, por otros motivos ..... 5

**P.12B DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS ESTADO SIN COMER DURANTE 24 HORAS O MÁS, CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2

**P.12C DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿TE HAS PROVOCADO VÓMITOS CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?**

- Sí ..... 1
- No..... 2

**P.12D DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS UTILIZADO LAXANTES, DIURÉTICOS O PÍLDORAS ADELGAZANTES, CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?**

- Sí ..... 1
- No..... 2

**P.12E DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS SUFRIDO CRISIS DE ATRACONES DE COMIDA EN LAS QUE TUVISTE LA SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER?**

- Sí ..... 1
- No..... 2

**P.12F DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS REALIZADO EJERCICIO FÍSICO COMO MEDIO DE CONTROLAR TU PESO, CAMBIAR TU FIGURA O REDUCIR LA CANTIDAD DE GRASA?**

- No he realizado ejercicio físico con esta finalidad ..... 1
- Sí, menos de 4 horas a la semana ..... 2
- Sí, entre 4 y 7 horas a la semana ..... 3
- Sí, más de 1 hora al día ..... 4
- Sí, más de 7 horas a la semana pero no todos los días ..... 5

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vitiello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 2000; 47:777-86.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición). Washington, D.C., 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-10ª revisión. Washington, D.C., 1995.
4. Smink F, van Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012. Epub ahead of print.
5. Hoek H, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34:383-396
6. Strober M, Freeman R, Morrel W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22:339-360.
7. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1284-1293.
8. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:11-53.
9. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:724-31.
10. Morandé G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health* 1999;24:212-219.
11. Ruíz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C. et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev de Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1998;3:148-162.
12. Pérez M, Gual P, De Irala J, Martínez M, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras. *Med Clín* 2000;114:481-486.
13. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz PE. Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la CM. Documento técnico de salud pública nº 85. Instituto de Salud Pública. Madrid, 2003.

14. Olesti M., Piñol JL, Martín N, De La Fuente M, Riera A, Bofarul J M et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. An pediatr (Barc). 2008;68(1):18-23.
15. Lahortiga F, De Irala J, Cano A, Gual P, Martínez MA, Cervera S. Incidente of eating disorders in Navarra (Spain). European Psychiatry 2005; 20:179-185.
16. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2012.
17. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 89/1999 de 10 de junio por el que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid.
18. Instituto de Información Sanitaria. Boletines de Codificación Clínica con la CIE - 9-MC. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Disponibles en Centro de Publicaciones publicaciones@msssi.es y en Internet <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>
19. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996;4(12):3-15.
20. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 1999; 6 (6):3-31.
21. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletines Epidemiológicos de la Comunidad de Madrid, 2000-2010. Disponibles en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA\\_buscadorBoletinEpidemiologico&cid=1265797458663&language=es&titulo=habitos+de+salud+po blaci%C3%B3n+juvenil&mes=0&anyo=0&buscar=Buscar](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_buscadorBoletinEpidemiologico&cid=1265797458663&language=es&titulo=habitos+de+salud+po blaci%C3%B3n+juvenil&mes=0&anyo=0&buscar=Buscar)