

Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares

M. Díaz Benavente^a, F. Rodríguez Morilla^b, C. Martín Leal^c y M.V. Hiruela Benjumea^d

Objetivo. Detectar factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Cinco institutos de ESO del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla.

Participantes. Un total de 789 escolares de primero y segundo y sus padres/madres.

Mediciones principales. Índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de los medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar. Para la recogida de información se utilizaron los cuestionarios validados EAT-40, CIMEC 26 y FES.

Resultados. El 6,9% presenta un índice de masa corporal (IMC) de 15-17, que se corresponde con una desnutrición ligera. Escalas: EAT, 68 sujetos (8,8%) tienen una puntuación significativa (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%) podrían diagnosticarse de TCA según criterios de la DSM-IV. CIMEC, 104 sujetos (13,5%) se muestran significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran muy vulnerables. Hay relación entre observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos con resultados en EAT-40 y CIMEC ($p = 0,01$). No se detectan relaciones estadísticamente significativas entre ambiente familiar (FES) y las puntuaciones obtenidas en CIMEC y EAT. Los alumnos de los institutos de zonas rurales/periféricas presentan puntuaciones más altas en el EAT ($p = 0,04$) y CIMEC ($p = 0,01$) que los de zonas urbana/centro.

Conclusión. La identificación de sujetos considerados población de riesgo nos permitirá emplear programas para su prevención primaria más eficazmente.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Factores de riesgo. Escolares.

RISK FACTORS RELATED WITH EATING DISORDERS IN A COMMUNITY OF ADOLESCENTS

Objective. To detect risk factors related with eating disorders.

Design. Descriptive, cross-sectional study.

Setting. 5 secondary schools in the Virgen de Rocío health area in Seville, Spain.

Participants. 789 students enrolled in the first and second years of compulsory secondary school, and their families.

Main measures. Body mass index, risk behaviors related with food and exercise, influence of the mass media on models of desirable body types, and family climate. Data were obtained with three validated questionnaires: the Eating Attitudes Test (EAT-40), the CIMEC-26, and the Family Environment Scale (FES).

Results. In 6.9% of the participants, BMI was between 15 and 17, reflecting slight malnutrition. On the EAT scale, 68 participants (8.8%) had scores that were indicative of illness or risk of illness, and 25 (3.3%) could be diagnosed as having eating behavior disorder according to DSM-IV criteria. According to the CIMEC questionnaire, 104 participants (13.5%) were found to be significantly vulnerable to media pressures, and 85 (11.1%) were considered highly vulnerable. Parents' comments on eating behavior were related with the results on the EAT-40 CIMEC questionnaires ($P=.01$). No statistically significant relationship was found between family climate scores and the scores on the EAT-40 or CIMEC questionnaires. Students in rural or suburban area schools scored higher on the EAT-40 ($P=.04$) and CIMEC ($P=.01$) than students in urban or city center schools.

Conclusion. The identification of persons considered at risk will allow us to use primary prevention programs more efficiently.

Key words: Eating behavior disorders. Anorexia. Bulimia. Risk factors. Scholars.

English version available at
www.atencionprimaria.com/61.631

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 408)

^aAntropóloga, enfermera y coordinadora de la Unidad de Investigación en Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

^bSupervisor de Psiquiatría. Hospital Vigil de Quiñónez. Sevilla. España.

^cEnfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Pilas. Sevilla. España.

^dAuxiliar de Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia:
Magdalena Díaz Benavente.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Av. Manuel Siurot, s/n.
41013 Sevilla. España.
Correo electrónico:
magdalena.diaz.sspa@juntadeandalucia.es

Primera fase de un proyecto más amplio. Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Exp: 144/00.

Manuscrito recibido el 18 de noviembre de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 30 de abril de 2003.

Introducción

El DSM-IV reconoce que hay trastornos mentales relacionados con la ingesta alimentaria, caracterizados por una fuerte preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal¹. Estos trastornos conforman una categoría diagnóstica: «Trastornos de la conducta alimentaria» (TCA). Se subdividen en: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y TCA no especificados. Los TCA constituyen actualmente un problema de salud propio de países desarrollados y su incidencia y prevalencia están en aumento². Esto ha llevado, incluso, a considerarlos como una verdadera epidemia. Entre los adolescentes son la tercera enfermedad crónica más común³. Las edades en que se manifiestan con especial preferencia (12-25 años) son por sí mismas aspectos que originan una gran preocupación, y se tiene constancia de que la edad de presentación cada vez es más temprana. Afectan fundamentalmente a la mujer en una proporción de 10:1 respecto al varón.

C. Saldaña⁴ proporciona datos epidemiológicos de varios países que indican que la anorexia se presenta en uno de cada 250 jóvenes de 12-14 años. M. Cervera⁵ hace referencia a que actualmente hay una joven anoréxica de cada 100. Han bastado 10 años para que las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia en nuestro país se equiparen a las del resto de los países europeos, convirtiéndose así en la tercera enfermedad más frecuente en los adolescentes⁶⁻⁸. Por último, J. Toro⁹ afirma que en la actualidad, en el mundo occidental, hay un 0,2-0,8% de pacientes con anorexia⁹.

Niños y adolescentes constituyen uno de los principales grupos de riesgo nutricional, sobre todo en los últimos años, debido a los cambios culturales, demográficos y sociales que han experimentado los países industrializados, y que han influido en la alimentación y sus pautas. Ante esta situación, y de acuerdo con S. Moraleda et al¹⁰, es necesario desarrollar estrategias de prevención y búsqueda activa de casos de TCA, debido a la elevada prevalencia y alto porcentaje de adolescentes con estas conductas de riesgo.

El objetivo general de este estudio es detectar los factores de riesgo relacionados con TCA en una comunidad de escolares. Los objetivos específicos son: evaluar el estado nutricional y el tipo de alimentación en una población de

escolares de 10-15 años; explorar las situaciones y hábitos familiares y culturales alimentarios, e identificar el grado de influencia de los medios de comunicación en los hábitos de los escolares.

Material y métodos

Diseño

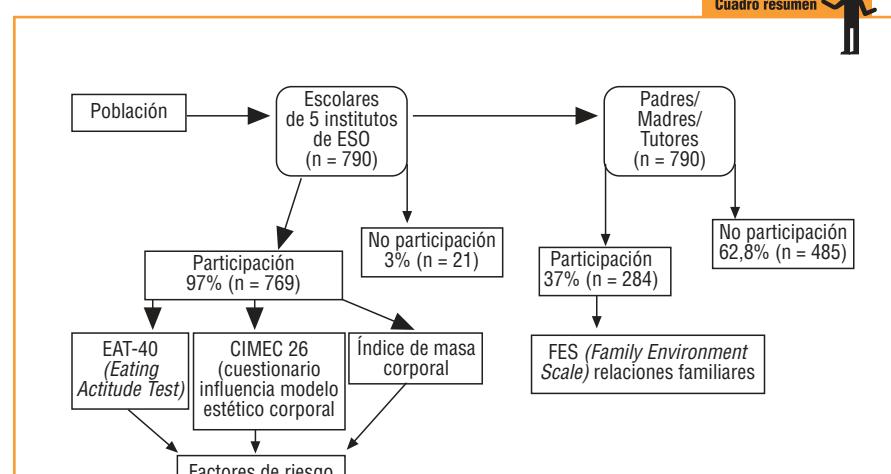
Estudio descriptivo, transversal, realizado durante el año 2001 en la provincia de Sevilla.

Población de estudio

La población muestral estuvo constituida por 789 escolares de primero y segundo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), con edades comprendidas entre 12 a 15 años, ambas inclusive, de 5 institutos adscritos a las áreas hospitalarias de Virgen del Rocío y Virgen Macarena. En función de la localización rural o urbana, el nivel socioeconómico y el área sanitaria, los centros seleccionados fueron los siguientes:

- Instituto Pablo Neruda (135 escolares). Castilleja de la Cuesta. Distrito Sanitario de Camas.
- Instituto Beatriz de Suabia (213 escolares). Sevilla (zona centro). Distrito Este-Oriente.
- Instituto Fernando de Herrera (179 escolares). Sevilla. Distrito Este-Oriente.
- Instituto Pablo Picasso (119 escolares). Barriada de Alcosa, Sevilla. Distrito Sur-Guadalquivir.
- Instituto Torre del Rey (143 escolares). Pilas Distrito Aljarafe.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Detección de factores de riesgo de trastornos en conductas alimentarias (TCA).

Recogida de información

Previamente se mantuvieron contactos con la dirección de los institutos seleccionados y con los miembros de las asociaciones de padres de alumnos de aquéllos, solicitándoles autorización para la participación de su hijo/a en el estudio.

La presentación y recogida del cuestionario se realizó en horario lectivo. Se han utilizado 3 cuestionarios.

Se utilizó el *EAT-40* (Eating Attitudes Test), diseñado por Garner y Garfinkel¹¹, en su versión validada al español¹², para evaluar conductas y actitudes respecto a comida, peso y ejercicio. Es un inventario compuesto por 40 ítems, que cuenta con seis posibilidades de respuesta, puntuables de 0 a 3, de las que se debe escoger una sola. Para su evaluación se valoró el punto de corte de 30 puntos, que presenta una sensibilidad de 67,9% y una especificidad del 85,9%.

El *CIMEC 26* es un cuestionario elaborado por Toro, Salamero y Martínez¹³ para evaluar la influencia que sobre el individuo ejercen los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético prevalente de figura corporal. Para su evaluación estimamos su punto de corte $\geq 23-24$. Una puntuación superior sería indicativo de una gran influencia y receptividad del sujeto hacia agentes externos.

El *FES* (Family Environment Scale)^{14,15} evalúa y describe relaciones entre todos los miembros de la familia, elementos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Está formada por 90 elementos agrupados en 10 subescalas que miden tres dimensiones: *a*) relaciones (comunicación y libre expresión en la familia); *b*) desarrollo (importancia dentro de la familia de ciertos procesos), y *c*) estabilidad (organización de la familia y grado de control de unos miembros sobre otros). Su puntuación máxima es de 9 puntos en cada una de las 10 subescalas.

Los cuestionarios *EAT* y *CIMEC* los cumplimentaron los propios alumnos y el *FES* les fue remitido a los padres en sobre cerrado a través del hijo, y éstos los devolvieron cumplimentados a su tutor.

Tras recogerse los cuestionarios, cada alumno/a fue pesado y tallado para calcular el índice de masa corporal (IMC).

Análisis estadístico

Los datos se introdujeron en una base de datos del programa informático SPSS, versión 10.0 para Windows. Para su tratamiento se utilizaron técnicas de estadística descriptiva (distribución de frecuencias y medias, con intervalos de confianza del 95%) y la prueba de *ji-cuadrado* (χ^2).

Resultados

Se obtuvo un total de 764 respuestas válidas (97%): 334 mujeres y 430 varones.

La distribución por centros fue: IES Pablo Picasso, 13,5%; IES Pablo Neruda, 17,5%; IES Torre del Rey, 15,2%; IES Beatriz de Suabia, 27,6%, e IES Fernando de Herrera, 23,2%.

El 37,5% de las familias contestó adecuadamente el cuestionario. Se invalidó el 13% de los cuestionarios por haber sido mal contestados. Las personas que cumplimentaron los 286 cuestionarios fueron: padre, 6,9%; madre, 55,9%; ambos progenitores, 25,3%, y otras personas, 1,9%.

TABLA
1

Distribución de la muestra según intervalos del índice de masa corporal

IMC		N	%
< 15	Desnutrición	2	0,3
15-16,9	Desnutrición ligera	52	6,8
17-18,9	Delgadez	153	20,0
19-22,9	Normal	328	42,9
23-24,9	Sobrepeso ligero	168	22,0
25-34,9	Obesidad	57	7,5
≥ 35	Obesidad mórbida	4	0,5
		764	100,0

Peso: media, 56,7; DE, 12,7; rango, 30-60.

Talla: media, 1,61; DE, 0,08; rango, 1,41-1,83.

IMC: media, 21,7; DE, 3,9; rango, 14,5-36,2.

La media de edad fue de 13,2 años, y la desviación típica de 0,9.

La situación parentofiliar era: hijo único, 3,2%; un hermano, 52,5%; 2 hermanos, 23,7%; 3 hermanos, 7,1%; ≥ 4 hermanos, 3,5%.

El estado nutricional se resume en la tabla 1. El 0,3% presenta un IMC < 15 o desnutrición, y un 7%, desnutrición ligera (fig. 1).

En relación a la conducta de sus hijos ante las comidas y respecto al ejercicio y el reposo, la opinión de los padres es: estudia o trabaja mucho (42,6%); está casi siempre de pie, andando o corriendo (35,1%); falta de apetito (22,5%); es muy caprichoso o selectivo con las comidas (19,8%); se queja por la excesiva cantidad de comida (19,1%); realiza atracones (7,7%); corta la comida en trocitos muy pequeños (6,9%); se muestra tenso durante las comidas (5,5%);

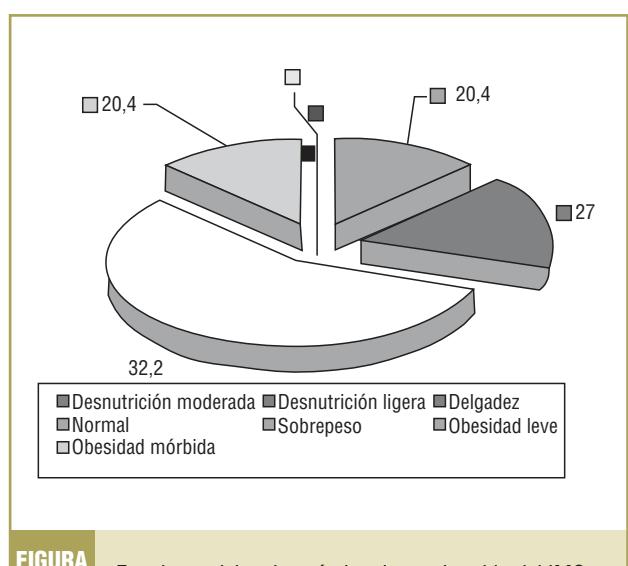


FIGURA
1

Estado nutricional según los datos obtenido del IMC.

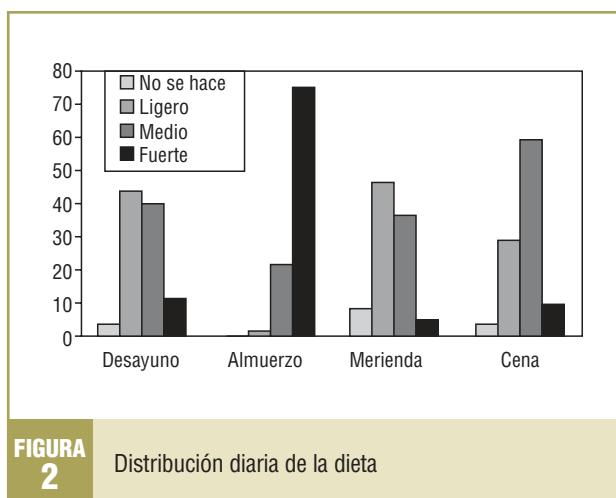


FIGURA 2

Distribución diaria de la dieta

se queja de su imagen corporal (5,2%); come a solas o en secreto (5,3%), y muestra interés por los productos dietéticos o *light* (4,2%).

Por lo que respecta a las relaciones familiares, los padres opinan que: se concede importancia al hecho de tener éxito o triunfar en la vida (32,4%); se establecen comparaciones entre ellos sobre sus éxitos (31,3%), y existe escaso apoyo entre los distintos miembros de la familia (26%).

En relación a los hábitos familiares respecto a la compra de alimentos, se elabora una lista de lo necesario en el 83,5%; se decide viendo lo que hay en la tienda un 12%, y cada uno elige según sus gustos en un 2%.

En la familia se sigue una dieta vegetariana en el 2% de casos; de adelgazamiento en el 7,3%, y de otro tipo en el 6,6%.

En el 38,4% de casos no se elimina los alimentos ricos en grasa; en el 52% no se restringe los alimentos azucarados;

en el 16,5% no se controla la ingesta de chucherías; el 18% de las familias suele «picotear» entre comidas, y el 23,5% de las familias no vigila que exista reequilibrio entre lo que se consume fuera y entre el almuerzo y la cena.

Los miembros de la familia se reúnen para comer: tres veces al día en un 17,2%; dos veces en un 56,5%; una vez en un 16%, y los fines de semana sólo en el 5%.

Las relaciones durante las comidas se traducen en: motivo de discusiones (4,6%); intercambio de noticias (14%); comunicación entre la familia (66,4%); momento de dar órdenes (1,1%), y ver TV o leer prensa (12%).

Sólo el 12% de los escolares realiza un desayuno fuerte, y un 43% lo hace ligero (un dulce o una tostada y leche) (fig. 2).

Puntuaciones en las escalas

EAT. La puntuación media fue de 15,27, con una desviación típica de 9,99. Un total de 68 sujetos (8,8%) presenta una puntuación superior a 30 (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%, 20 mujeres y 5 varones) podrían diagnosticarse de TCA según criterios del DSM-IV.

CIMEC 26. La puntuación media fue de 16,55, con una desviación típica de 11,17. Un total de 104 sujetos (13,5%) se muestra significativamente vulnerable a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran muy vulnerables.

FES. Las puntuaciones obtenidas no aportan resultados de interés (tabla 2).

Hay relación entre las observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos y las puntuaciones en las escalas EAT y CIMEC ($p = 0,01$).

Los alumnos de los institutos situados en zonas rurales (Pilas y Castilleja) o barrios periféricos (Alcosa) presentan puntuaciones más altas en el EAT ($p = 0,04$) y CIMEC ($p = 0,01$).

Discusión

Se considera que el EAT es un índice de estado, más que de rasgo¹³, y no es posible considerarlo como criterio diagnóstico, pero es muy apropiado para detectar ciertas conductas de riesgo relacionadas con trastornos en la conducta alimentaria.

Nuestros resultados muestran una puntuación positiva en el EAT-40 en un 3,3%, más baja que en estudios similares¹⁶⁻¹⁹.

La escala de clima social FES no ha aportado datos de interés sobre las relaciones familiares y la participación de los padres ha sido escasa (37,5%). Esto puede deberse a que se trata de un cuestionario con muchos ítems y repetitivos, y a la forma que se utilizó para entregar y recoger los cuestionarios.

Los TCA pueden prevenirse y/o detectarse precozmente²⁰. Por esto, una evaluación sobre pautas de alimenta-

TABLA 2 Puntuaciones de las distintas subescalas de la Escala FES

Subescalas	Media	Desviación típica
Cohesión	52,85	8,08
Expresividad	52,36	8,06
Conflictos	45,25	5,99
Autonomía	43,05	8,23
Actuación	50,84	8,39
Intelectual-cultural	51,93	10,46
Social-recreativo	52,45	8,41
Moralidad-religiosidad	51,78	8,45
Organización	54,69	8,46
Control	50,53	7,88
Global desarrollo	50,01	5,40
Global estabilidad	52,63	6,71
Global relaciones	50,15	4,94

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Múltiples estudios señalan un aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los últimos años.
- Afectan sobre todo a mujeres adolescentes.
- Los estudios se centran en adolescentes mayores de 15 años.

Qué aporta este estudio

- La identificación de la población de riesgo en escolares de 12 a 15 años, edades fácilmente influenciables, permitirá la programación y desarrollo de una intervención psicoeducativa de una manera más selectiva y, por lo tanto, más eficaz.

ción, con los propios sujetos y familias, constituye el medio más eficaz para detectar precozmente la población de riesgo y prevenir problemas de salud subyacentes a TCA. Esta responsabilidad de un diagnóstico precoz recae en los profesionales de atención primaria, que han diversificado sus actuaciones comunitarias en educación para la salud, pero se siguen métodos variados y no estandarizados y, sobre todo, poco inmersos en el mundo de la alimentación, y su campo de acción más frecuentemente se dirige a prevención de enfermedades como vacunaciones, sida, diabéticos, etc. Sin embargo, no podemos obviar que unos criterios de calidad deben llevar implícitos actividades de educación de la salud, y como los hábitos alimentarios se desarrollan desde temprana edad es importante comenzar con la educación nutricional cuando las conductas y actitudes todavía no se han fijado definitivamente, utilizando los nexos que atañen a las personas, es decir en su contexto social y con una dimensión comunitaria (familia, barrio y escuela), ya que el ambiente facilitará que esta acción sea eficaz y efectiva.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. (Revisión). *Am J Psychiatry* 2000;157(Suppl):1.
2. Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1996.
3. Casper RC, Larson R. Weight and eating concerns among pre and young adolescents boys and girls. *J Adolesc Health Care* 1999;11:203-9.
4. Saldaña C. Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1994.
5. Cervera M. Riesgo y prevención de anorexia y bulimia. Barcelona: Martínez Roca, 1996.
6. Pérez-Gaspar M, Gual P, Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000;114:481-6.
7. Ruiz PM, Comet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:278-9.
8. Willi J, Grossmann S. Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry* 1993;140:564-7.
9. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Br J Med Psychol* 1989;62:61-70.
10. Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona J, Gómez R, Aguilera M. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Aten Primaria* 2001;28:463-7.
11. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
12. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol/Psychol Assess* 1991;7:175-90.
13. Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:543-6.
14. Moos RH, Moos B, Trickett, E. The Social Climate Scales: an overview. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1974.
15. Seisdedos N, De la Cruz MV, Cordero A. Adaptación de la escala FES. Madrid: TEA Ed., 1989.
16. Kendell RE, Hall DJ, Halley A, Babigan HM. The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1973;3:200-3.
17. Theander S. Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 females cases. *Acta Psychiatr Scand* 1970;214(Suppl):1-194.
18. Szumukler GI, Mc Cance C, Mc Crone L, et al. Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychol Med* 1986;16:49-58.
19. Pérez-Gaspar M, Gual P, Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000;114:481-6.
20. Instituto Nacional de la Salud. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995; p. 11-2.

COMENTARIO EDITORIAL

Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria

P.J. Ruiz Lázaro

Pediatra y coordinador médico. Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Los que trabajamos en atención primaria con adolescentes sabemos que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen comenzar con hábitos dietéticos inocentes que no se diferencian de los de otros muchos adolescentes. Asimismo, advertimos con frecuencia que sus familias, como las de otros adolescentes, tienen dificultades para resolver sus conflictos y son excesivamente protectoras y entrometidas, dificultando la intimidad, el deseo propio y la autonomía de sus hijos. Muchas de las pacientes con anorexia nerviosa presentan inmadurez, dependencia excesiva y aislamiento social.

El hecho de que la anorexia nerviosa se suela iniciar en la pubertad llevó a los psicoanalistas a definirla como un problema del desarrollo de la identidad y a considerarla como una defensa contra la emergente sexualidad adulta. Profesionales conductuales la han concebido como una respuesta de evitación fóbica dirigida hacia el alimento y el cuerpo adulto que es inducida por conflictos sexuales y una baja preparación para afrontar las responsabilidades de un adulto. Psicólogos cognitivos proponen que las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas son las razones de la alteración conductual en estos pacientes, y en el caso de la bulimia señalan a la ansiedad como el factor principal implicado en su desarrollo.

Para muchos investigadores, los TCA están ligados a un contexto sociocultural específico, cuyos conflictos esenciales y sus generalizadas tensiones psicológicas adquieren tal agudeza en las personas afectadas, que generan en ellas gran ansiedad y movilización de las defensas psicológicas, desarrollando el cuadro. Los síntomas son exageraciones de conductas y actitudes normales dentro de dicho contexto, y algunas de ellas, como el deseo de delgadez, son muy valoradas socioculturalmente.

En la actual concepción biopsicosocial, los TCA están plurideterminados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan diacrónicamente como elementos predisponentes, precipitantes y perpetuantes en el tiempo. El trabajo de la unidad de investigación en enfermería del

Puntos clave

- En la actual concepción biopsicosocial, los trastornos de la conducta alimentaria están plurideterminados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan diacrónicamente como elementos predisponentes, precipitantes y perpetuantes en el tiempo.
- Es necesario desarrollar programas de prevención desde la atención primaria.
- La estrategia es la intervención frente a los factores de riesgo, integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud más global.
- Se pueden modificar actitudes con un programa comunitario y disminuir de modo significativo la población con riesgo para los trastornos alimentarios.

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, publicado en esta revista, busca algunos de estos factores de riesgo en población adolescente de 12-15 años, de primero y segundo curso de enseñanza secundaria obligatoria, así como en sus madres y padres. Se trata de un estudio descriptivo transversal y, por tanto, de prevalencia. Para estimar la incidencia sería preciso un estudio prospectivo, más costoso pero de mayor valor epidemiológico, como el llevado a cabo por el grupo de la Universidad de Navarra^{1,2}.

La investigación de Sevilla se realiza en una única fase, con cuestionarios. Mayor calidad metodológica tienen los estudios en dos fases o dos estadios, con entrevista diagnóstica estructurada, además de cuestionarios.

Ya existen bastante estudios españoles³, previos, en población adolescente de 12 o más años entre los que destacan

el de Toro en Barcelona⁴ y el de Ruiz-Lázaro en Teruel⁵, en una fase, o los estudios transversales en dos fases de Ruiz-Lázaro en Zaragoza⁶, Pérez-Gaspar en Navarra⁷ o Rojo-Moreno en Valencia⁸. Consideramos más necesarios estudios en población infantil menor de 12 años, y prospectivos, como el ya comentado^{1,2}, que permitan examinar los efectos de la exposición a los factores de riesgo.

La utilidad de los estudios transversales como el de Sevilla radica en la detección precoz de población con factores de riesgo sobre la que poder intervenir de forma preventiva, sobre todo –pero no sólo– en el medio escolar.

Es necesario desarrollar programas de prevención desde la atención primaria. Un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos con riesgo y de sus familias, en primer lugar, y en segundo de la población general, modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado), identificar los grupos de riesgo y trabajar sobre los estereotipos culturales y el «negocio en torno al cuerpo». Se trataría de actuar tanto en los niños y adolescentes (favorecer su autoestima, autoimagen no perfeccionista, disfrute vital, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación) como en la familia (sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad-sexualidad, valores y control de medios de comunicación como la televisión), así como formar a los profesionales de la educación sobre los factores de riesgo.

La estrategia es la intervención frente a los factores de riesgo integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud (EPS) más global. Se desaconsejan las actividades específicas, que tengan como base la propia enfermedad, para evitar las conductas de emulación que pueden surgir de estas intervenciones.

Mi experiencia personal coordinando programas de promoción de la salud mental y participación comunitaria, para adolescentes, padres, educadores y sociosanitarios⁸⁻¹⁰, redundaría en la importancia de no separar la prevención de los TCA del resto de la EPS en alimentación-nutrición, salud mental y emocional, afectividad-sexualidad y promoción del desarrollo personal y social; tener un enfoque global de prevención en la adolescencia.

Pionera en nuestro país es la experiencia práctica experimental con grupo control del Grupo ZARIMA-Prevención, que demuestra que se pueden modificar actitudes con un programa comunitario y disminuir de modo significativo la población con riesgo para los trastornos alimentarios en el grupo de adolescentes escolarizados en el que se ha realizado una intervención comunitaria¹¹.

Bibliografía general

1. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, De Irala-Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003;111:315-20.
2. Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, De Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *Int J Eat Disord* 2002;31:261-73.
3. Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:85-94.
4. Toro J, Castro J, García M, Pérez, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescent. *Br J Med Psicol* 1989;9:37-42.
5. Ruiz-Lázaro PM, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2001;2:7-13.
6. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1998;3:148-62.
7. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000;114:481-6.
8. Ruiz-Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:428-31.
9. Ruiz-Lázaro PJ, Puebla R, Cano J, Ruiz-Lázaro PM. Proyecto de educación para la salud «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes». *Aten Primaria* 2000;26:51-7.
10. Ruiz PJ, Bosques D, Cozar G, González B, Talaverano R, Prada N, et al. Participación comunitaria de adolescentes y jóvenes en torno a un centro de salud como forma de prevención. IV Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2003. Consultado en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/9738>
11. Ruiz-Lázaro PM. Bulimia y anorexia: guía para familias. Zaragoza: Certeza, 2002; p. 184-7.