

Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?

(Eating disorders in Spain: are we ready to take public health action?)

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y un tercer grupo denominado «trastornos del comportamiento alimentario no especificados» (TCANE).

La alarma social creada¹ contrasta con el desarrollo incipiente de la epidemiología de los TCA y la escasez de evaluaciones adecuadas de intervenciones preventivas². En la actualidad vamos disponiendo de una cuantificación más rigurosa de su frecuencia, y nuestro país destaca internacionalmente en publicaciones sobre la prevalencia de los TCA^{3,4}, hasta afirmarse que no son necesarios más estudios de prevalencia en España⁵, aunque faltan estudios de incidencia sobre muestras representativas^{5,7}.

La prevalencia encontrada es preocupante. En las chicas escolarizadas de 12 a 21 años, parece que el 4-5% padece algún TCA (diagnosticado por psiquiatra). En varones son más escasos los estudios y la prevalencia es menor, pero puede llegar al 0,9%. Debido a problemas metodológicos de difícil solución, la prevalencia poblacional es probablemente superior a lo objetivado⁸. La prevalencia real de TCA en chicas de estas edades podría alcanzar un 6-7%. Además, quienes reúnen todos los criterios internacionales para ser clasificadas como «caso» son el extremo de un espectro continuo. Si se considera en estas chicas la presencia de enfermedad en una escala más continua con progresivas intensidades (a modo de análisis de sensibilidad⁹), se hallan prevalencias del 11-16% para las puntuaciones de 30 o más en el EAT (Eating Attitudes Test). La magnitud del problema es evidente, pues está afectando, en mayor o menor medida, al menos a una de cada 6-10 chicas de estas edades.

Frente a la epidemiología descriptiva del problema, el desarrollo de la epidemiología analítica es menor. Hay varios estudios de casos y controles importantes, que han valorado los factores de riesgo de anorexia¹⁰, bulimia¹¹ y trastornos por atracones¹². Identifican el perfeccionismo, el riesgo general de enfermedad psíquica (en pacientes y familiares) y la autoevaluación negativa como determinantes de los TCA. Entre otros, los problemas de alcohol y otras drogas en los padres,

el poco contacto entre padres e hijos y las discusiones entre los padres aparecen como factores de riesgo de bulimia y atracones. No obstante, hay limitaciones inherentes al diseño de casos y controles, ya que es posible que se dé un recuerdo diferencial de los sucesos del pasado o un fenómeno de causalidad inversa al interpretar equivocadamente las consecuencias precoces del TCA como si fuesen sus determinantes causales.

Una información más fiable¹³ se obtiene con diseños de cohortes prospectivas, donde se confirma el papel de los rasgos psicológicos de vulnerabilidad (perfeccionismo¹⁴, neuroticismo^{15,16}, baja autoestima^{17,18}).

También está cada vez más claro el efecto de determinantes externos o ambientales¹⁹. Entre ellos, destacan los factores familiares (incluyendo los antecedentes de TCA en la familia, el estado civil de los padres y los conflictos familiares)^{20,21} y las influencias que llegan a través de los medios de comunicación²². El «bombardeo» mediático que presenta la delgadez como ideal y sinónimo del éxito ha crecido de forma paralela al aumento de los TCA. Las impresiones iniciales de los clínicos que atendían a las pacientes con TCA o los datos de estudios transversales²³ se han visto confirmados recientemente en dos estudios de cohortes prospectivas^{6,24}. La exposición a los medios de comunicación precede a la aparición de los TCA⁶; la duración total de la exposición, el tipo de revista, la clase de emisión de radio que se escucha o el tipo de programas televisivos que se ven predicen el mayor riesgo. Aunque varios estudios no encuentran asociación del riesgo de TCA con el tiempo total dedicado a ver televisión^{6,22,23}, cuando se valora el tipo de programa (telenovelas, películas, videoclips musicales), sí se halla una asociación positiva con correlatos de TCA, como autoinducirse el vómito, usar laxantes o la insatisfacción con el propio cuerpo²²⁻²⁴. Tratar de parecerse a modelos o actrices que se ven en estos medios duplica el riesgo de iniciar una conducta purgativa²³. En una muestra representativa de chicas navarras seguidas prospectivamente durante 18 meses, el riesgo de desarrollar un TCA (confirmado por psiquiatra) era el doble para la categoría superior de exposición a programas de radio y

revistas juveniles para chicas⁶. Por otra parte, los *mass-media* podrían ejercer una influencia positiva popularizando los TCA y creando una mayor demanda de atención médica, y facilitar así la prevención secundaria²⁵.

Los estudios prospectivos son escasos, el seguimiento es corto, y muchas veces no se han verificado los diagnósticos por entrevista psiquiátrica, conformándose con respuestas a un cuestionario. La identificación de los factores de riesgo es esencial antes de desarrollar estrategias preventivas efectivas. Hacen falta más estudios al respecto²⁶. Idealmente, habría que reclutar chicas menores de 12 años y hacer un seguimiento prospectivo, con una valoración repetida y detallada de la exposición y del desenlace cada 1-2 años, durante un plazo de 8-10 años, minimizando las pérdidas y confirmando cada caso mediante entrevista psiquiátrica. Este diseño nunca se ha llevado a la práctica. La cohorte desarrollada en Navarra^{6,7,15,16} tuvo una alta tasa de retención y utilizó el diagnóstico psiquiátrico; eligió chicas de 12-21 años, pero sólo se hizo un seguimiento de ellas durante 18 meses.

La homogeneidad de exposiciones ambientales generalizadas (factores ambientales que están tan difundidos que prácticamente todos están expuestos) dificulta la epidemiología analítica. Incluso asumiendo una relación causal, un estudio no encontraría ninguna asociación si fuese prácticamente nula la variabilidad en la exposición. No resulta fácil encontrar un grupo realmente «no expuesto» a los *mass-media* con el que comparar a los sujetos expuestos. Por este motivo, es muy preocupante que los estudios citados hayan verificado asociaciones significativas. A pesar de lo homogéneos que son para las adolescentes los contenidos y la duración de la exposición a los medios, y a pesar de que las medidas de exposición son un correlato imperfecto del impacto de mensajes o imágenes concretas que resalten la delgadez como clave del éxito, se aprecian asociaciones altamente significativas. Esto indica una gran magnitud de riesgo, es decir, que el efecto sobre las adolescentes de los mensajes que transmiten los medios no es baladí y probablemente constituye un determinante fundamental de la epidemia de TCA en nuestro medio.

Resulta llamativa la carencia de evaluaciones rigurosas sobre la prevención de los TCA. Existen pocos programas de prevención y muchos menos que hayan sido adecuadamente ensayados y evaluados²⁷; por ello, la colaboración Cochrane²⁸ consideró insuficiente la evidencia disponible sobre la efectividad de programas preventivos de TCA. Tampoco se encontró evidencia de que sean perjudiciales.

Puede ser peligroso considerar a los TCA como «enfermedades de moda», pues podría hacerlos atractivos para ciertos adolescentes. El riesgo de ser contraproducentes por despertar curiosidad sería análogo al que suscitan ciertos programas de prevención de la droga-

dicción. Una publicidad sensacionalista de intervenciones preventivas podría conducir a que el adolescente aprenda «qué debe hacer para presentar un TCA»²⁹. Aparecería así el «orgullo del anoréxico» o el chantaje a los padres. Increíblemente, hay quienes promueven una libre elección de la anorexia como un «estilo de vida»: son colectivos con páginas Web (pro-Ana links³⁰) donde incitan a convertirse en anoréxica/o y transmiten la idea de que el «enemigo» son quienes les consideran enfermos. Un TCA puede encauzar la rebeldía juvenil o ser un grito de ayuda que demanda mayor atención y cariño, o una voz de protesta ante padres y madres que han «desertado» de la vida en familia.

Puede ser más oportuno ensayar estrategias de prevención que no hagan mención ni siquiera indirecta de los TCA, sino que proporcionen habilidades que ayuden a superar las características psicológicas de vulnerabilidad a los TCA: programas de refuerzo de la autoestima, que afronten el perfeccionismo y el neuroticismo, sin mencionar su relación con los TCA. Esto ayudaría a mejorar la salud mental en su conjunto, enseñando a las personas a aceptarse a sí mismas, en todos los terrenos, sin centrarse exclusivamente ni dar prioridad a los aspectos corporales. Otra línea es fomentar actitudes críticas frente a la presión ambiental de publicidad, revistas, etc., siempre dando prioridad al papel de la familia y de los padres²⁹. Las chicas que comen en solitario y las hijas de padres divorciados, separados o viudos presentan un importante y significativo incremento del riesgo³¹. Dejando claras las normas del hogar, los padres no deben establecer pautas rígidas acerca de los aspectos alimentarios. Los consejos generales, sencillos y asequibles, como no ver televisión durante las comidas en familia, pueden ser más efectivos que las grandes campañas publicitarias sobre la anorexia y su «detección precoz». Las hijas de padres divorciados, separados o viudos serían candidatas especialmente aptas para ser incluidas en ensayos aleatorizados de prevención. El refuerzo de su autoestima, la educación en una actitud crítica frente a la presión mediática, el incremento de la comunicación con sus padres y una especial atención por parte del médico de familia son prioritarios para estas chicas. Los padres susceptibles de vivir estas situaciones deben ser conscientes del peligro que una ruptura familiar conlleva y, en todo caso, deben lograr que sus hijos no sufran en lo posible sus desavenencias. Especialmente peligrosa es la tendencia a usar a los hijos en la negociación de los conflictos conyugales.

Quizá no hacen falta mayores evidencias que las ya disponibles para tomar medidas que reduzcan la presión ambiental, especialmente en lo que transmiten los medios de comunicación. Resulta paradójico y poco responsable que el mismo telediario que ofrece una noticia sobre el incremento alarmante de TCA, ofrezca a continuación imágenes de desfiles de modelos casi ca-

davéricas. No debería continuar la pasividad de la administración frente a las revistas para adolescentes que en cada uno de sus números ofrecen masivamente ya desde su portada «dietas milagro» y productos adelgazantes, dirigiendo todo el interés juvenil hacia la obsesión por lo corporal para así conquistar a alguien. Aunque no existen experiencias internacionales de actuaciones administrativas efectivas en la prevención de los TCA y nadie quiere convertirse en el «gran inquisidor» frente a la libertad de expresión, por analogía con otros problemas sanitarios importantes, como el tabaquismo³² (incluyendo la iniciativa de «cine sin tabaco, moda sin tabaco»³³), sería preciso actuar sobre los determinantes ambientales con más decisión, apli-

cando principios de precaución. Quizá la solución pasa por respetar la libertad de expresión pero incentivando con subvenciones a las revistas juveniles con un código de conducta más responsable y acorde con los intereses de la salud pública. Esto requiere legislar con imaginación, claridad y hacer cumplir la ley de manera efectiva. De lo contrario, seguiremos formulando planes teóricos e inoperantes que acaban en hermosos brindis al sol.

M.A. Martínez-González y J. de Irala

*Departamento de Epidemiología y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.*

Pamplona. España.

mamartinez@unav.es

Bibliografía

- Bosch X. Please don't pass the paella: eating disorders upset Spain. *JAMA* 2000;283:140.
- Leung F, Geller J, Katzman M. Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *Int J Eat Dis* 1996;19:249-56.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000;114:481-6.
- Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997;2:246-60.
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:543-4.
- 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.
- Lahortiga-Ramos F, De Irala-Estévez J, Cano-Prous A, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain) [sometime a revisión].
- Ruiz-Lázaro PM, Comet Cortes P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:278.
- Martínez-González MA, Gual P, Irala-Estévez J, Cervera S. Re: Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:279.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-76.
- Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:509-17.
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:425-32.
- Cervera S, Martínez-González MA, Lahortiga F. Understanding the epidemiology of eating disorders. En: Maj M, Halmi K, López-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *World Psychiatry Association Series. Evidence and Experience in Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons; 2003. p. 123-6.
- Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord* 2002;32:282-90.
- 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.
- Cervera S, Lahortiga F, Martínez-González MA, Gual P, de Irala-Estévez J, Alonso Y. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *Int J Eat Disord* 2003;33:271-80.
- Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1627-37.
- Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996;35:193-203.
- Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. *Science* 1998;280:1387-90.
- Mujtaba T, Furnham A. A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *Int J Soc Psychiatry* 2001;47:24-35.
- Stein D, Lilienfeld LR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, et al. Familial aggregation of eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;26:211-5.
- Guerro-Prado D, Barjau Romero JM. Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2002;119:666-70.
- Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1184-9.
- Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999;103:36E.
- Guerro-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:403-10.
- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:201-14.

EDITORIAL

27. White JH. The prevention of eating disorders: a review of the research on risk factors with implications for practice. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2000;13:76-8.
 28. Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD002891.
 29. Ruiz-Lazaro PM. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:428-31.
 30. <http://www.thin.virtue.nu/>
<http://www.annaymia.tripod.com.mx/annaymia/index.html>
(consultados el 9/9/2003)
 31. Tripp JH, Cockett M. Parents, parenting, and family breakdown. *Arch Dis Child* 1998;78:104-8.
 32. OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (12 de mayo de 2003). Ginebra: OMS; A56/8 Rev.1.9.
 33. http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/dia_mundial.htm
-
-