

# Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura

GUERRO-PRADO, D.; BARIJAU ROMERO, J. M. y CHINCHILLA MORENO, A.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

The epidemiology of eating disorders and the influence of mass media: a literature review

## Resumen

El propósito de este trabajo es realizar una actualización sobre la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Prestamos especial atención a la incidencia y prevalencia de los mismos, así como a los factores edad y sexo. Para ello realizamos una revisión de la literatura existente al respecto en las últimas décadas. Realizamos, del mismo modo, una amplia valoración del hipotético impacto patogénico que ejercen los medios de comunicación (televisión y medios de comunicación impresos) en estas patologías. Encontramos un evidente aumento tanto en la incidencia como en la prevalencia de estos trastornos, aunque distan mucho de poder ser considerados como una «epidemia». Del mismo modo, apreciamos una innegable influencia mediática en la génesis y mantenimiento de estos trastornos. Sin embargo, los medios de comunicación ejercerían una acción beneficiosa facilitando la divulgación de estas entidades a la población general, lo que se traduciría en una mayor demanda de atención sanitaria.

Palabras clave: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Epidemiología. Incidencia. Prevalencia. Medios de comunicación.

## Summary

The aim of this study was to provide an update of the epidemiology of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa), focusing on incidence and prevalence as well as other factors as age and sex. We made a review of the existing literature in the matter in the last decades. Likewise, we made an extent evaluation of the hypothetical pathogenic impact that exerts mass media (television and printed mass media) in these pathologies. We found an evident increase in incidence as well as prevalence of these disorders though it's far from being considered «epidemic». We also found an undeniable influence of mass media in the genesis and maintenance of these disorders. However, mass media would exert a positive influence in the popularization of these entities to the general population that would result in a higher demand in general practice.

Key words: Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Epidemiology. Incidence. Prevalence. Mass media.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, patologías que por otra parte no sólo implican a la Psiquiatría sino también a especialidades tan variadas como Medicina interna, Endocrinología y Pediatría entre otras, han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los llamados países desarrollados –al contrario de lo que ocurre en países tercermundistas y áreas no industrializadas u «occidentalizadas» de los países en vías de desarrollo (1)– principalmente entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales, pues en una gran mayoría de casos, estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a

los profesionales de la salud, del mismo modo que es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar (2).

Tan sólo en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) afectan aproximadamente a 1,2 millones de mujeres en dicho país (3). Durante la década de los setenta, los estudios realizados en EEUU sobre los hábitos dietéticos de la población general ofrecían datos alarmantes: el 50% de norteamericanos que seguía un programa de pérdida de peso (principalmente mujeres) tenía un peso adecuado para su talla y edad, un 45% de amas de casa realizó algún

tipo de dieta al año, un 56% de mujeres de entre 25 y 54 años hacía al menos una dieta al año, cerca de un 76% de los sujetos que hacían dieta la realizaban por cuestiones estéticas y no por motivos de salud (circunstancia en la que indudablemente influye una sociedad con cifras de sobrepeso en la población que rondan el 47%), estimándose que entre 20 y 25 millones de norteamericanos siguen algún tipo de dieta sería.

Pero la situación existente en la sociedad norteamericana no es un dato aislado. El aumento en la práctica de conductas dietéticas y el aparente aumento en la incidencia de los TCA en los países desarrollados, hace que numerosos investigadores se cuestionen si estamos asistiendo realmente a un verdadero incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de los TCA, realizándose a tal efecto exhaustivos estudios retrospectivos (4-6). Mientras que para unos autores no existe un incremento real de estas patologías (7-9) o, si lo hay, se trata, no obstante, de entidades poco comunes, para otros se está produciendo un verdadero incremento de estos trastornos (10-13), llegando algunos a considerar, incluso, que se están alcanzando proporciones epidémicas (14). Otros autores afirman que, paradójicamente, la incidencia de AN entre las mujeres jóvenes con un mayor riesgo de padecerla no se ha incrementado significativamente en las últimas décadas, mientras que sí lo ha hecho entre las mujeres de 20 a 30 años (15).

Como se puede apreciar en la literatura existente, la controversia al respecto constituye un tema de actualidad. ¿Se ha producido un aumento real de la prevalencia/incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria? ¿En qué medida contribuye a ello la delimitación nosológica de los mismos, la mejora de los instrumentos diagnósticos, la influencia de los medios de comunicación, los cambios de valores de la sociedad actual? En el presente artículo intentaremos aproximarnos a todos estos aspectos realizando una revisión de la epidemiología de los TCA —centrándonos principalmente en la AN y BN— atendiendo a la prevalencia e incidencia de los mismos, edad y sexo, así como al hipotético impacto que ejercen los medios de comunicación sobre la población general y sobre los adolescentes en particular.

## INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Los trabajos epidemiológicos que reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de los mismos (16, 17), tal y como nos muestra la realidad clínica, donde parece innegable el incremento de este tipo de pacientes en las consultas psiquiátricas y de Atención Primaria. La controversia sobre si el aumento en la incidencia de los TCA es una realidad o simplemente se trata de una mejora de la capacidad para diagnosticarlos no está, por el momento, resuelta (18). Se piensa que este incremento en el número de casos se debe a diferentes factores que van más allá de los puramente derivados de la mejora en los instrumentos diagnósticos, y que puede ser debido a varias causas en-

tre las que, tal y como apunta Chinchilla (19), encontraríamos para la AN: a) mejora del diagnóstico, b) errores diagnósticos con otros cuadros, c) mayor tendencia en la adolescencia por las dietas, d) rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, e) necesidades y distinguos sociales, f) problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintos al de generaciones pasadas y g) una mayor difusión social del tema en los medios audiovisuales.

A la hora de evaluar el probable incremento de la incidencia (aparición de nuevos casos en un período de tiempo determinado) y prevalencia (número de casos presentes en un tiempo determinado) de los TCA, debemos considerar la existencia de múltiples dificultades que se presentan en el momento de interpretar los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos. Por una parte, las derivadas de los métodos de recogida de la información, donde nos encontramos con diferentes modalidades para la obtención de los datos (20) —enviados por correo (baja respuesta), encuestas telefónicas, anónimos, dirigidos a población sensibilizada, etc.—. Por otra parte, la gran mayoría de los cuestionarios empleados son autoadministrados, por lo que los resultados de los mismos estarían condicionados por la sinceridad/insinceridad de los sujetos que los realizan. Está comprobado que las pacientes con TCA tienden característicamente a minimizar y encubrir su sintomatología, al tiempo que muchas de ellas no son totalmente conscientes de padecer una enfermedad, influyendo de igual manera la particular forma de vivenciar la enfermedad y actitud respecto a la misma (19). Por tanto, parece que los trabajos epidemiológicos basados en cuestionarios de autoevaluación adolecen en su mayoría de escasa fiabilidad.

Otro problema que se plantea frecuentemente obedece a la selección de la población estudiada que supone un sesgo importante, tanto en términos de edad (rango reducido) como de sexo (predominio femenino) tratándose generalmente de población urbana (18, 20). Igualmente, la recogida de la muestra se realiza frecuentemente con pacientes que proceden de muestras de consultas de atención primaria, población psiquiátrica ambulatoria, hospitales generales o psiquiátricos (21), lo que dificulta extraer conclusiones reales sobre la población general que no acude a los dispositivos sanitarios.

Otra cuestión compleja es distinguir entre cuadros clínicos establecidos de AN/BN y desviaciones hacia la comida y peso corporal no necesariamente patológicas, alteraciones en los hábitos alimentarios o dietéticos determinados culturalmente (que podrían considerarse en el límite de lo patológico), síndromes parciales, formas mixtas, TCA que forman parte de entidades psíquicas o somáticas no claramente diferenciadas, etc. Es decir, diferenciar entre la pertenencia al espectro o continuum del grupo de los trastornos alimentarios mayores o a una entidad independiente (19).

Por último, otro aspecto a tener en cuenta se refiere a los criterios diagnósticos empleados para identificar los casos de AN y BN, lo cual probablemente haya afectado

TABLA I Incidencia y prevalencia en los TCA

País/Año	Autor	Población estudiada	Incidencia	Prevalencia
Suecia (1988)	Cullberg et al (32)	n= 77,728	AN= $2,6 \times 10^5$ BN= $3,9 \times 10^5$	AN= 22 por $10^5$ BN= 41 por $10^5$
Rochester (Minnesota) USA (1991)	Lucas et al (16)	n= 13,559	AN en mujeres: $16,6 \times 10^5$ (1935 a 1939). $7 \times 10^5$ (1950 a 1954). $26,3 \times 10^5$ (1980 a 1984) AN (datos globales): $14,6 \times 10^5$ (mujeres) $1,8 \times 10^5$ (varones)	AN: 269,9 por $10^5$ (mujeres) 22,5 por $10^5$ (varones)
Isla de San Miguel (Azores) Portugal (1992)	de Azebedo et al (33)	n= 1,234		AN= 0,48% BN= 0,16%
Dinamarca (1994)	Pagsberg et al (17)	n= 47,000	AN: $1,6 \times 10^5$ (1970 a 1984) $6,8 \times 10^5$ (1985 a 1989) BN: $0,7 \times 10^5$ (1970 a 1984) $3,0 \times 10^5$ (1985 a 1989)	
Holanda (1995)	Hoek et al (34)	n= 151,781	AN= $8,1 \times 10^5$ BN= $11,5 \times 10^5$	
Francia (1995)	Flament et al (35)	n= 3,527		BN 1,1% (mujeres) 0,2% (varones)
Noruega (1995)	Gotestam (29)	n= 1,849		AN= 0,4%* BN= 1,6%*
Madrid (España) (1999)	Morande et al (36)	n= 1,281		AN 0,69% (mujeres) BN 1,24% (mujeres) 0,36% (varones)
Navarra (España) (2000)	Pérez-Gaspar et al (37)	n= 2,862	AN= 0,3%	BN= 0,8%
Japón (2000)	Nakamura et al (38)			Mujeres AN= $4,79 \times 10^5$ BN= $1,02 \times 10^5$ AN= $17,1 \times 10^5$ ** BN= $5,79 \times 10^5$ **

\* Prevalencia a lo largo de la vida. \*\* Para el rango de edad comprendido entre los 15-29 años.

más a los estudios epidemiológicos de la BN, pues ésta no fue incluida como entidad nosológica en los manuales diagnósticos hasta 1980 con la aparición del DSM-III, y no siendo los primeros estudios epidemiológicos de la misma iniciados hasta el comienzo de la década de los ochenta (22, 23). Este hecho ya fue observado por Fairburn y Beglin (24) en la revisión que realizaron sobre la epidemiología de la BN, observando como las tasas de prevalencia de la BN variaban en función del método utilizado

de diagnóstico. Así, cuando se empleaban cuestionarios autoadministrados la prevalencia era del 9,0% para BN según criterio DSM-III y del 2,6% siguiendo criterios DSM-III-R, mientras que si se recurría a la entrevista clínica las cifras se reducían al 1,9% y 1,6% según se emplearan criterios DSM-III o DSM-III-R respectivamente. Por otra parte, observando un estudio de Garner y Fairburn (25) realizado en 1988, que analiza la incidencia de AN restrictiva, AN con conductas bulímicas y BN durante el período

comprendido entre los años 1975 a 1986, no deja de ser cuando menos curioso el hecho de que, tras ser individualizada la BN como entidad nosológica, las cifras de incidencia de la misma se «disparan» espectacularmente manteniéndose relativamente estable la AN. ¿Incremento debido a una mayor influencia sociocultural?, ¿debido a un mayor diagnóstico de esta entidad nosológica de reciente aparición por parte de los especialistas?

En la tabla I recogemos los estudios epidemiológicos seleccionados, observando el evidente aumento de la incidencia tanto de la AN como BN a lo largo de las últimas décadas, como reflejan los trabajos de Lucas et al (16) y Pagsberg y Wang (17). El primer autor ya observó que la tasa de incidencia en chicas de 15 a 24 años aumentó significativamente, mientras que la incidencia en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 59 años y varones permaneció estable. En un periodo de 30 años la incidencia de AN pasó de ser de 7 por 100.000 habitantes entre 1950 y 1954 a 26,3 por 100.000 entre 1980 y 1984. Por su parte, Pagsberg (17) en un estudio comparativo entre dos periodos de cuatro años evaluados con 25 años de diferencia, encuentra que tanto la incidencia de AN como de BN se multiplicó por 4,25 y 4,3 respectivamente.

A nuestro juicio, en el actual aumento de la incidencia y prevalencia de los TCA intervendrían varios factores, entre los que destacaríamos: a) la mejora de los procedimientos de evaluación diagnóstica y de screening, así como el establecimiento de criterios diagnósticos específicos; b) el cambio en los valores estéticos de la sociedad fomentándose un cuerpo esbelto y delgado como ideal de vida, situación que predispone a una gran cantidad de sujetos (principalmente mujeres) a la realización de dietas y al consumo de productos dietéticos (durante el año 1981, tan sólo en EE UU el gasto en productos y secciones relacionados con la dieta alcanzó los 10 billones de dólares); c) la ambigua e involuntaria influencia ejercida por los medios de comunicación, fomentando, por un lado, el culto al cuerpo (imágenes de cuerpos «perfectos», divulgación tanto de dietas como de clínicas de adelgazamiento y productos adelgazantes sin ninguna base científica, «bombardeo» constante en revistas y medios audiovisuales de mensajes que equiparan un cuerpo esbelto con una buena salud psíquica, socio-familiar y laboral) y, por otro, informando a la sociedad, a veces alarmantemente y otras rigurosamente, lo que facilita el conocimiento de estas patologías en amplias capas de la sociedad y la detección de casos. Es decir, actuando como factores tanto patogénicos como facilitadores de la detección de casos; d) las propias asociaciones de familiares que presionan socialmente, propiciando cambios de actitud en la sociedad general y en los dispositivos sanitarios y e) la creación de unidades específicas que provocan una mayor demanda de atención y tratamiento (a mayor oferta, mayor demanda).

En términos medios, se estima que la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,5 a 1 por 100.000 (26), mientras que la incidencia y prevalen-

cia de la BN presenta cifras variables entre el 4 y 8% y entre el 1 y 3% respectivamente (27).

Por último, se debe tener en cuenta que además de la AN y la BN, los síndromes parciales (trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios para las anteriores) tienen elevada prevalencia e incidencia entre la población adolescente. De este modo, encontramos estudios que hablan de una prevalencia del 3,3% en el caso de los síndromes parciales (28), del 3,2% (29), 7,5% (30) y hasta un 18,1% (31) para el trastorno por atracón, así como de prevalencias a lo largo de la vida para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados del 3,0% (29). Hay que señalar que es muy probable, como sugieren Steiner y Lock (5), que los TCA no especificados sean más frecuentes en los jóvenes que los TCA clásicos, no siendo muchos de ellos diagnosticados ni tratados.

## EDAD Y SEXO

Por lo general, se acepta que la AN «debuta» en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años (39) y siendo poco común en la primera década de la vida o pasada la treintena. Sin embargo, con relativa frecuencia encontramos en nuestro quehacer clínico casos en prepúberes o en mujeres adultas. En el caso de los prepúberes, las conductas alimentarias anómalas pueden obedecer más al mimetismo familiar o ambiental que constituir una entidad clínica como tal, pues es discutible que en estas edades se disponga de la capacidad de discernimiento para pretender la delgadez como ideal de vida, mientras que en las mujeres adultas es relativamente frecuente que estos cuadros se presenten de manera comórbida con otras entidades psiquiátricas o formen parte de cuadros de base orgánica no diagnosticados. Podríamos decir que, aunque cuantitativamente estos cuadros de AN presentan similitudes en todos estos grupos de edad, cualitativamente tienen notables diferencias, siendo la búsqueda del «cuerpo perfecto» como ideal y meta en la vida más propio de la adolescencia que de la madurez, donde estos cuadros, como comentamos anteriormente, suelen desencadenarse de modo reactivo a situaciones estresantes o asociarse comórbidamente a otras patologías psiquiátricas u orgánicas.

La relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres (16, 40).

Aunque estudios epidemiológicos hablan de una incidencia similar en todos los estratos sociales (41), contrariamente a la predominancia de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio (42), la relación entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un TCA sigue siendo una cuestión controvertida. Algunos autores afirman que los TCA serían, en líneas generales, más frecuentes en las poblaciones sociales más desfavorecidas (43), mientras que otros diferencian entre la AN, que tendría su «campo de acción» en los niveles socio-econó-

micos elevados y la BN, que afectaría en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas (44).

Respecto a la BN, la investigación epidemiológica es más compleja, como ya se ha comentado, debido a la reciente delimitación nosológica del cuadro y a los diferentes resultados que se obtienen según los criterios diagnósticos empleados y el tipo de escalas, cuestionarios, autotests, entrevistas, etc., que se utilicen. Todos los datos apuntan a que es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, estando la edad media de aparición alrededor de los 20 años de edad y siendo la proporción mujeres varones, al igual que en la AN, de 10:1. Conviene recordar que este trastorno no cursa con un deterioro somático tan severo y llamativo como la AN, por lo que gran parte de estas pacientes pasan desapercibidas durante mucho tiempo, incluso años, tanto a los ojos del especialista como en el propio seno familiar.

Por último, con respecto a la población diana, además del sexo femenino y raza blanca se han identificado grupos de alto riesgo para los TCA, siendo estos en su mayoría colectivos sometidos a ideales estéticos de delgadez y de lucha continua para mantener el peso como son las gimnastas, modelos, azafatas, bailarinas, actrices, deportistas de élite, etc.

## LA INFLUENCIA MEDIÁTICA

Es innegable que la sociedad actual está viviendo en un total y absoluto culto al cuerpo y que, constantemente, es bombardeada a través de la televisión, los anuncios publicitarios, la moda, la prensa, etc., con mensajes bien directos, bien indirectos y sutiles que preconizan un cuerpo esbelto y delgado para triunfar tanto a nivel emocional como laboral e incluso personal, lo cual ha sido estudiado por algunos autores (45-50).

De todos los medios de comunicación la televisión es, sin duda alguna, el que juega un mayor papel social y cultural, habiéndose realizado interesantes estudios acerca de la hipotética relación entre dicha entidad mediática y los TCA (51-55). Algunos investigadores han estudiado el tiempo que pasan los adolescentes viendo la televisión, la influencia de la misma en las elecciones de compra de productos, la imagen corporal ideal y las distintas elecciones de programas televisivos, encontrando que las pacientes con TCA presentan una «dependencia» psicológica de la televisión estando más horas diarias viendo la misma y estando más influenciadas sus compras por los comerciales que en el grupo control (55).

Otros autores encuentran una asociación entre el tiempo que pasan los adolescentes viendo la televisión y los TCA menos explícita que con la obesidad, afirmando que un 25% del incremento de la obesidad entre adolescentes es debido al aumento del tiempo que pasan viendo la televisión (56), el cual conlleva implícitamente un aumento de la inactividad física.

Otro medio de difusión con gran impacto socio-cultural lo constituyen los medios de comunicación impresos, comenzando a aparecer en los últimos años estudios so-

bre la posible implicación de las revistas en los hábitos dietéticos de la población (57-60). A este respecto, Hamilton y Waller (58) realizaron un estudio experimental mostrando imágenes neutras e imágenes de modelos de revistas de moda a un grupo de mujeres con AN o BN y a un grupo control, encontrando como resultado que las pacientes con TCA presentaban un incremento del 25% en la distorsión de su imagen corporal tras la visión de las fotografías de modelos con respecto a la visión de fotografías neutras. En la misma línea, Pinhas et al (59) han observado en adolescentes universitarias, que la visión de fotografías de modelos producía un incremento del humor depresivo y de la irritabilidad en el grupo experimental con respecto al grupo control, al que únicamente se le mostraban imágenes sin figuras humanas. Por su parte, Field et al (60), sobre una muestra de 548 mujeres preadolescentes y adolescentes, encuentran que un 69% de las mismas reconoce que las fotografías de las revistas de moda han influido en su concepto de la figura corporal ideal y un 47% informó querer perder peso debido a la influencia de tales imágenes, existiendo una correlación positiva entre la frecuencia en la lectura de dichas revistas y la realización de dietas para reducir peso, la iniciación de programas de ejercicios y el sentimiento de que las imágenes de las revistas influyen en su concepto de la figura femenina, situación que fácilmente podemos extrapolar a los medios de comunicación audiovisuales, donde la mujer delgada con un «cuerpo perfecto» ha sido elevada al estatus ineludible de referente social.

No parece, pese a los intentos, que en el futuro se frene esta invasión en los medios de comunicación de mensajes nocivos dirigidos a la juventud relacionados con la «cultura del cuerpo», pues es evidente los grandes intereses económicos que rodean todo este mercado. No obstante, se necesitan más investigaciones para determinar la influencia de los medios de comunicación como una de las variables patogénicas en estos trastornos.

## CONCLUSIONES

En función de los conocimientos actuales, no se puede negar el incremento de la incidencia/prevalencia de la AN y BN en la población general, así como la mayor presencia de estos enfermos en las consultas tanto de atención primaria como especializadas, aunque a juicio de los autores, estas entidades no alcanzan proporciones ni mucho menos epidémicas. Consideramos más importante aún el hecho del aumento de los rangos de edad en la población de riesgo femenina, así como el incremento de casos en la población masculina que parece observarse en la práctica clínica diaria. Todo ello determinado, en gran medida, por los cambios sociales (cambios actitudinales alimentarios, dietas, etc.) y culturales (culto al cuerpo, el cuerpo como distingo social, la búsqueda de éxito a través del cuerpo, etc.), así como por la influencia de los medios de comunicación.

Si bien es cierto que estos medios de difusión parecen ejercer de alguna manera un poder patogénico y que

TABLA II Anorexia y bulimia nerviosas: variables dimensionales epidemiológicas

Bulimia nerviosa	Anorexia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición más precoz de trastornos afectivos (77-81%).</li> <li>• Más frecuente la fobia social (30%).</li> <li>• Más frecuente el abuso de alcohol y tóxicos.</li> <li>• Mayor prevalencia de trastornos de personalidad (28-70%), principalmente del tipo B, en especial borderline (25-50%). Esta elevada prevalencia puede que esté «enmascarada» por la alta similitud de estos síntomas o rasgos con los de la propia BN o ¿son manifestaciones de la misma enfermedad?</li> <li>• Trastorno de control de los impulsos grave hasta en un 25%.</li> <li>• Temperamento impulsivo y caótico.</li> <li>• Mayor grado de extroversión.</li> <li>• Más conductas sociopáticas.</li> <li>• Mayor labilidad emocional.</li> <li>• Mayor búsqueda de novedades.</li> <li>• Más existencia de un continuum impulsividad-compulsividad.</li> <li>• Importantes antecedentes vitales.</li> <li>• Puede simular fases cíclicas similares al trastorno afectivo estacional.</li> <li>• Mayores sentimientos de disforia.</li> <li>• Curso más inestable, con tendencia a la cronicidad hasta en un 25% de los casos, mejoría parcial en un 25% y/o remisión en un 50%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición más precoz del TCA.</li> <li>• Más incidencia de trastornos depresivos en las AN crónicas.</li> <li>• 80-100% tienen conductas bulímicas en algún momento de su evolución.</li> <li>• Frecuente alternancia sintomática entre AN y BN.</li> <li>• Las AN con bulimia tienen más antecedentes personales de obesidad premórbida, a diferencia de las restrictivas.</li> <li>• Las AN previamente obesas ganan peso más rápidamente que las que tenían peso previo normal. ¿Es posible una predisposición metabólica?</li> <li>• Mayor obsesividad, actuando con gran autocontrol, meticulosidad, orden, perfeccionismo y rigidez.</li> <li>• Mayores prevalencias de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicas. ¿Existencia de algún factor causal común?</li> <li>• Importantes antecedentes vitales en el tipo purgativo.</li> </ul>

Tomado de Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (1995) y Anorexia y Bulimia Nerviosas: Los hechos (en prensa).

no deberá extrañarnos que, ante la continua influencia de los medios de comunicación y los cambios de valores de la sociedad actual, la incidencia de los TCA aumente de forma alarmante en las próximas décadas (20), existen otros muchos factores que tendrían un papel relevante, los cuales perfilarian un determinado tipo de población vulnerable y susceptible ante los estereotipos culturales que convertiría a estas personas en víctimas propiciatorias de los mismos, donde en la aparición de un síndrome o trastorno completo influirían tanto factores psicosociales (culto al cuerpo, aumento de las conductas consumistas y hedonistas, pésima educación sanitaria sobre dietas y hábitos alimentarios y una mayor inmadurez infanto-juvenil) como biológicos.

Nos preguntamos si este aumento en las tasas de incidencia y prevalencia puede deberse en parte a una mayor demanda asistencial ocasionada, indirectamente, por una mayor alarma social, donde los pacientes con TCA no acuden al médico voluntariamente sino que son «llevados» por terceras personas. De manera que los medios de comunicación tendrían una doble acción, por un lado, actuando como factor patogénico psicosocial y, por otro, generando una alarma social que facilitaría una mayor afluencia a los dispositivos sanitarios de pacientes sin clara conciencia de enfermedad y que acudirían presionados por familiares u otras personas. En relación a esta influencia que ejercen los medios de comunicación, queda por dilucidar la posible presencia de rasgos de personalidad que hagan más vulnerable al grupo de población que padecerá un TCA. Qué tiene más relevancia, ¿el mensaje? ¿la interpretación que se hace del mismo? ¿ambos

por igual? ¿influye el incesante flujo de mensajes relativos a todo lo referente al cuerpo y a la figura, así como la continua información y divulgación de estas patologías, sobre la génesis, mantenimiento, cronicidad o remisión de las mismas? ¿es posible prevenir este «reciente» factor patogénico? A la vista de estos nuevos interrogantes, de difícil respuesta en el momento actual, serán necesarios estudios rigurosos que clarifiquen la situación en la que nos encontramos.

Por otra parte, en este aumento de la incidencia/prevalencia, ¿cuánto corresponde a factores socioculturales y cuánto a factores biológicos? Dilucidar entre la sociogénesis y la fisiogénesis, en el estado actual de los conocimientos, no es una tarea sencilla. Por un lado, es innegable el papel preponderante de los aspectos psicosociales y culturales en muchos casos de AN y BN, pero también es cierto que éstos no son constantes y se modifican y evolucionan a lo largo de las décadas, mientras que el cuadro clínico parece mantenerse y manifestarse psicopatológicamente inmutable, por lo que no podemos negar la influencia de factores biológicos determinantes en la incidencia y prevalencia de los TCA, afirmación que se apoya, igualmente, en los recientes estudios genéticos aparecidos (61-63).

Queremos reseñar, por último, que nos encontramos con dos entidades nosológicas cuantitativa y cualitativamente diferentes (tabla II) –si bien, en muchas ocasiones la existencia de cuadros mixtos dificulta enormemente el establecimiento de un diagnóstico diferencial no siendo, por otra parte, tan infrecuente la transición entre uno y otro cuadro– que presentan un elevado grado de morbili-

dad y de mortalidad asociado, por lo que debemos hacer hincapié en la importancia que tiene el diagnóstico precoz de estas enfermedades y en la imprescindible coordinación entre los distintos especialistas en el marco de un sistema multidisciplinar donde, el psiquiatra, debe constituir la piedra angular en el manejo de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia cultura y sociedad. Barcelona: Martínez Roca; 1996.
2. Ressler A. A body to die for: eating disorders and body-image distortion in women. *Int J Fertil Womens Med* 1988;43:133-8.
3. Gambill CL. Anorexia and bulimia in girls and young women... recertification series. *Physician Assistant* 1998;22:18, 20, 25-7 passim.
4. Devaud C, Michaud PA, Narring F. Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43:347-60.
5. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:352-9.
6. Hsu LKG. Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature (1954-1978). *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1041-6.
7. Fombonne E. Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995;166:462-71.
8. Fombonne E. Is bulimia nervosa increasing in frequency? *Int J Eat Disor* 1996;19:287-96.
9. Vant' Hof SE. Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious facts. *Lisse, Swets & Zeitlinger*; 1994.
10. Scheinberg Z, Bleich A, Koslovsky M, Apter A, Mark M, Kotler BM, Danon YL. Prevalence of eating disorders among female Israel defence force recruits. *Ha-refuah* 1992;123:73-8, 156.
11. Szabo P, Tury F. Complications of eating disorders. *Orv Hetil* 1994;135:1067-72.
12. Felker KR, Stivers C. The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence* 1994;29:821-34.
13. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:681-700.
14. Palmer TA. Anorexia nervosa, bulimia nervosa: causal theories and treatment. *Nurse Pract* 1990;15:12-8,21.
15. Pawluck DE, Gorey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *Int J Eat Disord* 1998;23:347-52.
16. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-22.
17. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:259-65.
18. Sánchez Planell L. Bulimia nerviosa. Monografías en Psiquiatría 1997; Año XI (2): 7-9.
19. Chinchilla-Moreno A. Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergon; 1994.
20. Turón Gil VJ. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson; 1997.
21. Lázaro L, Toro J. Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los trastornos del comportamiento alimentario. *Aula Médica Psiquiatría* 1999;3:205-19.
22. Hawkins RC, Clement PE. Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating techniques. *Addict Behav* 1980;5:219-26.
23. Halmi KA, Falk JR, Schwartz E. Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychol Med* 1981;11:697-706.
24. Fairburn C, Beglin S. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147:401-8.
25. Garner DM, Fairburn CG. Relationship between Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Diagnostic Implications. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner/Mazel; 1988.
26. Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson SA; 1995.
27. Chinchilla Moreno A. Anorexia y Bulimia nerviosas: Los hechos. Barcelona: Masson (En prensa).
28. Kinzl JE, Traweger C, Trefalt E, Biebl W. Eating disorders in women: a representative study. *Z Ernahrungswiss* 1998;37:23-30.
29. Gotestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995;18:119-26.
30. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di-Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, Rotella CM. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-5.
31. Ramacciotti CE, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Oso L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Res* 2000;94:131-8.
32. Cullberg J, Engström-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:314-9.
33. De Azebedo MH, Ferreira CP. Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:432-6.
34. Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, van der Graaf I, Limpens VE, Maiwald M, Spaaij CJ. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:1272-8.
35. Flament M, Ledoux S, Jeamment P, Choquet M, Simon Y. A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorders in adolescence. En: Steinhilber HC, ed. *Eating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia nervosa*. New York: De Gruyter; 1995. p. 21-36.

36. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health* 1999;24:212-9.
37. 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.
38. Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined in Japan. *Int J Eat Disord* 2000;28:173-80.
39. Sánchez-Planell L. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Vallejo-Ruiloba J, ed. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1998. p. 311-39.
40. Nielsen S. The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nation wide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatr Scand* 1980;81:507-14.
41. Garfinkel GE, Garner DM. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Montreal: Brunner/Mazel; 1992.
42. Crisp A H, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1976;128:549-54.
43. Pope HG, Champoux RE, Hudson JI. Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *J Nerv Ment Dis* 1978;175:620-3.
44. Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord* 1996;20:1-12.
45. Snyder R. Self-discrepancy theory, standards for body evaluation, and eating disorder symptomatology among college women. *Women Health* 1997;26:69-84.
46. Andersen AE, DiDomenico L. Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *Int J Eat Disord* 1992;11:283-7.
47. Downs AC, Harrison SK. Embarrassing age spots or just plain ugly? Physical attractiveness stereotyping as an instrument of sexism on American television commercials. *Sex Roles* 1985;13:9-19.
48. Garner DM, Garfinkel GE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep* 1980;47:483-91.
49. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviours among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1184-9.
50. King N, Touyz S, Charles M. The effect of body dissatisfaction on women's perceptions of female celebrities. *Int J Eat Disord* 2000;27:341-7.
51. Barret RTJ. Making our own meanings: a critical review of media effects research in relation to the causation of aggression and social skills difficulties in children and anorexia nervosa in young women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997;4:179-83.
52. Durant R, Baranowsky T, Johnson M, Thompson W. The relationship among television watching, physical activity and body composition of young children. *Pediatrics* 1994;94:449-55.
53. Meermann R, Vandereycken W, Napierski C. Methodological problems of body image research in anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Belg* 1986;86:42-51.
54. Tiggermann M, Pickering A. The role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 1996;20:199-203.
55. Verri AP, Verticale MS, Vallero E, Bellone S, Nespoli S. Television and eating disorders. Study of adolescent eating behavior. *Minerva Pediatr* 1997;49:235-43.
56. Dietz WH. You are what you eat, what you eat is what you are. *J Adolesc Health Care* 1990;11:76-81.
57. Nemeroff CJ, Stein RI, Diehl NS, Smilack KM. From the Cleavers to the Clintons: role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *Int J Eat Disord* 1994;16:167-76.
58. Hamilton K, Waller G. Media influences on body size estimation in anorexia nervosa and bulimia. An experimental study. *Br J Psychiatry* 1993;162:837-40.
59. Pinhas L, Toner BB, Ali A, Garfinkel PE, Stuckless N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *Int J Eat Disord* 1999;25:223-6.
60. 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:E36.
61. Gorwood P, Bouvard M, Mouren-Simeoni MC, Kipman A, Ades J. Genetics and anorexia nervosa: a review of candidate genes. *Psychiatr Genet* 1998;8:1-12.
62. Holland AJ, Hall A, Murray R, Russell GFM, Crisp AH. Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br J Psychiatry* 1984;145:414-9.
63. Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:469-71.

Correspondencia:  
 Delio Guerro-Prado  
 Hospital Ramón y Cajal  
 Servicio de Psiquiatría  
 Ctra. Colmenar, km 9,100  
 28034 Madrid