

Conocimientos sobre las consecuencias de los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes de Errenteria

(Knowledge on the consequences of the disorders of nutritional behaviour in adolescents in Errenteria)

Gorrotxategi Gorrotxategi, Pedro; Ibaguren Agirre, Oihana
Centro de Salud Beraun. Avda. de Galtzaborda, 67.
20100 Errenteria

BIBLID [1137-439X (2005), 27; 109-121]

Recep.: 21.11.03

Acep.: 11.03.05

El objetivo de este trabajo es conocer los conocimientos de los adolescentes del municipio de Errenteria sobre los problemas de comportamiento alimentario con el fin de elaborar un problema de promoción de la salud para esta franja de edad. Los conocimientos sobre la anorexia-bulimia son escasos en ambos sexos, desconociendo algunos aspectos importantes como la osteoporosis y las alteraciones cardíacas.

Palabras Clave: Adolescencia. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia. Bulimia.

Errenteria udalerriko nerabeek jate portaeraren arazoez zer dakiten ezagutzea da azterlan honen helburua, adin talde horretan osasuna sustatzeko programa bat moldatzearen. Ezagupen urri dute anorexia-bulimiari buruz, osteoporosia eta bihotz arazoak bezalako alderdi garrantzitsuak ezezagunak dituztela.

Giltza-Hitzak: Nerabearoa. Jate portaeraren nahasteak. Anorexia. Bulimia.

Le but de ce travail est de nous rendre compte des connaissances des adolescents de la commune d'Errenteria sur les problèmes de comportement alimentaire afin d'élaborer un problème de promotion de la santé pour cette tranche d'âge. Les connaissances sur l'anorexie-boulimie sont rares chez les deux sexes, car ils méconnaissent les aspects importants de l'ostéoporose et les altérations cardiaques.

Mots Clés: Adolescence. Troubles du comportement alimentaire. Anorexie. Boulimie.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario son un problema social y sanitario en nuestra juventud. Este problema tiene varias vertientes: los profesionales sanitarios dedicados a la adolescencia, las autoridades sanitarias, la incidencia del problema, sus consecuencias para la salud actual y futura de los jóvenes, el interés por el tema de los propios adolescentes, la importancia de la prevención desde atención primaria y la utilización de las nuevas tecnologías para difusión del conocimiento y ayuda a los afectados por este trastorno. A continuación veremos, sucesivamente, cada uno de estos puntos.

1.1. Profesionales dedicados a la atención al adolescente

Las preguntas sobre trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son habituales en las encuestas que se realizan a los adolescentes en los Centros de Salud y en las Unidades Específicas de Atención al Adolescente.

Así, en el programa de atención al adolescente del Instituto Catalán de la Salud de Girona, en el cuestionario de salud, en el apartado relativo a cómo ven su vida los adolescentes, existen, entre las posibles respuestas que éstos pueden dar, las siguientes: *Me veo demasiado delgado/a; me veo demasiado gordo/a*. En el apartado relativo a los hábitos, una de las preguntas es: *¿Sigues algún régimen especial de alimentación?* (1), que incide en los mismos contenidos antes referidos.

Preguntas similares se encuentran en el cuestionario utilizado en un estudio previo por los doctores Ojembarrena, Fernández de Pinedo, Gorostiaga, Lafuente y Lizarraga, de los Centros de Salud vizcaínos de Rekaldeberri, Zorroza, Abadiño y Erandio, en el que intentaban relacionar el fracaso escolar con algunos factores sociosanitarios, entre ellos, los trastornos del comportamiento alimentario (2).

1.2. Autoridades sanitarias

Los problemas del comportamiento alimentario son una preocupación tanto para los profesionales que atienden a niños y adolescentes como para las autoridades sanitarias; así, por ejemplo, en el "Plan Salud 2002-2010 Políticas de Salud para Euskadi-Euskadirako Osasun Politikak 2002-2010 Osasun plana", una de las estrategias de intervención recogida en el apartado relativo a la nutrición es la detección precoz en la infancia y adolescencia de los problemas de peso insuficiente y otros trastornos alimentarios (3).

En un estudio realizado por la Fundación "Salud, Innovación y Sociedad" en el año 2002, denominado "*Análisis prospectivo DELPHI*", se les preguntó a los pediatras del Estado Español cuáles deberían ser las líneas de investigación prioritarias en la salud infanto-juvenil en los próximos años. Más de la mitad de los consultados opinaron que la línea de investigación denominada "Salud mental de niños y adolescentes: trastornos del comportamiento alimentario (bulimia

y anorexia) y prevención, detección precoz y tratamiento de drogodependencias” era de alta prioridad (4).

1.3. Incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario en la población. Población de riesgo

Igualmente, la incidencia del problema es importante. Aunque cada uno de los trabajos consultados ofrece un dato diferente de esta incidencia, se podría decir que entre el 0,5 y 1% de las chicas de entre 12 y 20 años padecen anorexia y entre un 1 y 5% de las mayores de 15 años, bulimia (5-6). Según estudios realizados en España, en Madrid concretamente, la incidencia de anorexia en chicos y chicas de 15 años de edad sería: 0,69% para la anorexia y 1,24% para la bulimia y un 2,75% para TCA no incluidos en el epígrafe anterior (7). Más cerca de nuestra comunidad, en Navarra, en una población femenina de entre 12 y 21 años, la incidencia fue de 0,3% para la anorexia, 0,8% para la bulimia y 2,15% para trastornos no clasificados (8).

Pero más allá de la incidencia en sí de lo que podríamos considerar enfermos, que cumplen los criterios diagnósticos, está la denominada población de riesgo, es decir, aquellas adolescentes que se ven gordas o que realizan dietas de adelgazamiento. En estudios realizados tanto en España como en EEUU, casi el 50% de las adolescentes se ven gordas y un 20% dan elevadas las puntuaciones de los cuestionarios sobre anorexia (9). El paso de los que siguen dieta a los enfermos y de los cuadros parciales a los completos puede darse; por lo tanto, el problema no abarca al 5% (población enferma), sino que las medidas educativas y preventivas tienen que estar dirigidas a esa cuarta parte de la población (población de riesgo) que se encuentra en peligro de enfermar.

1.4. Consecuencias sanitarias de la anorexia y la bulimia a corto y largo plazo

La anorexia nerviosa cursa con reactivaciones y recaídas. Si bien con una intervención precoz y oportuna la mayoría de los pacientes mejoran, casi un tercio presentan reactivaciones de diversa magnitud en el primer año, un quinto en el segundo y cifras menores en los años sucesivos. Una parte de ellos necesita nuevos ingresos y los pacientes inestables, más de uno. Por lo tanto, la anorexia nerviosa tiene unas consecuencias muy importantes para la salud. En las unidades de adolescentes, con un programa adecuado de hospitalización y de seguimiento, se consigue, según los datos del Hospital Niño Jesús de Madrid (10), que el 65% de los pacientes anoréxicos tenga una recuperación completa, pero queda ese 35% de pacientes que no mejora, queda con un cuadro residual, se hace crónico o, incluso, puede morir.

Otros estudios que han analizado los trastornos subyacentes en suicidios de adolescentes en edades comprendidas entre los 11 y 19 años, con una media de edad de 15,5 años, encuentran que en el 70% de los casos había, como trastorno de base, una anorexia nerviosa (11).

1.5. Preocupación de los propios adolescentes

En una encuesta realizada en Madrid para adecuar el programa de los adolescentes a sus necesidades reales, cuando se les preguntó sobre los temas que preferían tratar en privado, nombraron, en segundo lugar, con un porcentaje del 23%, los temas de nutrición, obesidad y dietas, existiendo diferencias significativas a favor de las chicas, aumentando ese interés en ellas al aumentar la edad. En los chicos no se daba ese aumento, siendo similar el porcentaje a los 14 y a los 17 años. En un porcentaje parecido se encontraba su interés por la imagen corporal (23,6%), no existiendo en este punto diferencias entre los chicos y las chicas ni entre las diferentes edades. (12).

En otra ocasión, cuando se ha solicitado a los adolescentes debatir sobre sus conductas en relación con la salud y elegir ellos los temas que desearían para el debate, el tema más solicitado por los chicos fue “el acné” y el de las chicas “la morfología corporal” (13).

Vemos, en ambos trabajos, que la alteración de la imagen corporal y lo que se esconde tras ella, como es el comportamiento alimentario, está presente en las preocupaciones de los adolescentes.

1.6. Importancia de la prevención de los TCA desde la atención primaria

Dentro de la actividad médica en los centros de salud, una de las más importantes es la actividad preventiva.

En un reciente encuentro de expertos en salud de los adolescentes, su coordinador decía que, dentro de las actividades que deben realizar los pediatras en los controles de salud de adolescentes, es obligatorio investigar si éstos se sienten a gusto con su imagen corporal y si están realizando algún esfuerzo para modificarla. Así mismo, se les deberá explicar los cambios corporales que se producen en la adolescencia, entre ellos, el *cúmulo normal* de grasa en abdomen o caderas en las chicas. La regulación de la dieta y su normalización es también importante, el mero hecho de normalizar la nutrición, los horarios y la estructura de las comidas es un factor de protección fortísimo contra los trastornos del comportamiento alimentario (14).

Esa explicación de dónde se produce el acumulo normal de grasa en la adolescencia tiene mucha importancia. En un estudio llevado a cabo en Santiago de Compostela, dentro del proyecto GALINUT, las adolescentes que daban puntuaciones elevadas en el test de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test), un 82% deseaba perder peso en los muslos, un 78,6% en las nalgas, un 75% en la cintura y un 64,3% en la cadera (15), es decir, en los lugares donde se produce el depósito normal de grasa en las chicas con esta edad.

Además de las actividades formativas, es preciso mantener los exámenes sistemáticos de salud con un control cuidadoso de peso, talla y demás parámetros del examen físico convencional. Junto a ello, una anamnesis detallada de la tri-

ple vertiente clínica, social y nutricional puede permitir un despistaje precoz de alteraciones subclínicas de la nutrición. Por lo tanto, se deberá investigar el tipo de dieta, las razones que han llevado al adolescente a realizar ese tipo de dieta especial y, en caso de situaciones extremas en las que se presenten signos carenciales o trastornos de la conducta en relación con los alimentos, derivar al especialista que se considere necesario (16).

1.7. Utilización de las nuevas tecnologías para ayuda a los afectados por TCA

Con el fin de satisfacer la necesidad de información sobre los TCA de una forma equilibrada y eficaz, se realizó un proyecto financiado por la Comisión Europea (SALUT IST-2000-25026), con la finalidad de desarrollar herramientas diagnósticas y terapéuticas, inicialmente a través de Internet y, posteriormente, por medio de servicios de telefonía de tercera generación o de agendas personales. Se encuestó a un grupo de pacientes de TCA y los temas que más les interesaban eran, por orden de frecuencia: posibilidad de hacer preguntas a expertos, dirección de centros médicos de referencia, herramientas de autoayuda, descripción de la enfermedad y cuestiones personales. El 75% de los encuestados consideraba positivo disponer de estas posibilidades desde el teléfono móvil. Como conclusión del trabajo, los autores opinan que la aplicación de las nuevas tecnologías de la información puede resultar útil en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los TCA (17).

2. OBJETIVO

Durante la infancia y hasta los 13 años, existe una supervisión de la salud por parte de los pediatras y el niño acude habitualmente con sus padres a las consultas programadas en su centro sanitario. A partir de haber cumplido los 14 años, son menos necesarias este tipo de actividades de promoción de la salud, pero, ya que es el momento en que más cambios se producen en el niño, creemos necesario que se le proporcione al joven toda la ayuda que precise, un lugar al que pueda acudir a consultar sus dudas y preocupaciones y una serie de conceptos preventivos claros a la hora de enfrentarse a la vida de forma autónoma.

Hace unos años se inició un programa de educación sexual en el Centro de Salud de Beraun (municipio de Errenteria), llevado a cabo por una matrona y un médico de familia del Centro que en los últimos años se ha dejado de realizar. Lo que se pretende no es volver a poner en marcha el mismo programa, sino realizar uno nuevo que abarque todas las necesidades de salud del adolescente.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo previo es conocer las necesidades formativas, desde el punto de vista sanitario, y los conocimientos del joven, por medio de una encuesta, con el fin de elaborar posteriormente un programa preventivo y de promoción de la salud para esta franja de edad, tan escasamente atendida desde el sistema sanitario público.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta anónima a los estudiantes de los cursos de 3^º y 4^º de ESO de las Escuelas Públicas e Ikastolas de la localidad, tanto en castellano como en Euskera.

Para la realización de la encuesta se han tenido en cuenta cuestionarios realizados con anterioridad por otros profesionales sanitarios, adaptándolos a la población objeto de estudio y realizando posteriormente la encuesta en las dos lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma Vasca.

El cuestionario básico ha sido el utilizado por los doctores Ojembarrena, Fernández de Pinedo, Gorostiaga, Lafuente y Lizarraga, de los Centros de Salud vizcaínos de Rekaldeberri, Zorroza, Abadiño y Erandio (2), con unas pequeñas modificaciones para adaptarlo a la finalidad de nuestro estudio.

El cuestionario que se ha entregado a los adolescentes de Errenteria (Tabla 1) consta de cuatro preguntas. Las dos primeras inciden en lo que acabamos de definir como población de riesgo de la anorexia, es decir, aquellos jóvenes que han realizado algún tipo de dieta o que tienen una preocupación en relación con su imagen corporal. La tercera nos indica la vivencia de la enfermedad en los adolescentes, al indicarnos, en su entorno, el número de personas que padecen estos trastornos y la cuarta y más extensa tiene como objetivo saber el grado de conocimiento que tienen los adolescentes sobre la diversa sintomatología y consecuencias de estas enfermedades, para lo que se les ofrece una relación de diez síntomas diferentes, debiendo indicar en cada uno de ellos si aparece o no en la anorexia y en bulimia o si lo desconocen.

Tabla 1. Modelo de encuesta

1-A: Euskera

ELIKADURA- ARAZOAK				
Dieta motaren bat egin al duzu azken urte honetan?	Bai Ez			
Ba al duzu arazorik zure pisuarekin?	Bai Ez	Gehiegizko pisuagatik Gutxiegizko pisuagatik		
Ba al duzu anorexia edo bulimiaz diagnostikatuta dagoen lagunik?	Ez Bat Bat baino gehiago			
Hauetatik zein dira anorexia eta bulimiaren ondorio?	Estegorriko arazoak	Bai	Ez	Ez dakit
	Bihotz erritmo arazoak	Bai	Ez	Ez dakit
	Ilearen erortzea	Bai	Ez	Ez dakit
	Gorputzeko ilea gehitzea	Bai	Ez	Ez dakit
	Osteoporosia adin nagusian	Bai	Ez	Ez dakit
	Hortzetako arazoak	Bai	Ez	Ez dakit
	Hilekoa galtzea	Bai	Ez	Ez dakit
	Haurdun gelditzeko zailtasunak	Bai	Ez	Ez dakit
	Anemia	Bai	Ez	Ez dakit
	Bere buruaz beste egiteko arrisku handiagoa	Bai	Ez	Ez dakit

1-B: Castellano

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN			
¿Has realizado algún tipo de dieta en el último año?	Sí No		
¿Tienes algún problema en relación con el peso?	No Sí	Por considerar que el peso es excesivo o insuficiente	
¿Tienes algún amigo/a diagnosticado de anorexia o bulimia?	Ninguno 1 varios		
¿Cuál de estos trastornos son consecuencia de la anorexia y bulimia?	Alteración en el esófago Alteración en el ritmo del corazón Caida del cabello Aumento del vello en el cuerpo Osteoporosis en la edad adulta Alteraciones de los dientes Pérdida de la regla Disminución de la fertilidad Anemia Favorece el suicidio	Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No No No No No No
		No se No se No se No se No se No se No se No se No se No se	

Se han entregado 200 encuestas en los centros escolares “Ikastola Langaitz” y “Centro Escolar Cristóbal Gamón”. La población a la que se dirige la encuesta incluye, por lo tanto, ikastolas y centros públicos. No se ha incluido ningún centro escolar privado, dado que en el área básica de salud correspondiente al Centro de Salud de Beraun no existe ninguno de ese tipo.

El número de encuestas realizadas en cada uno de los centros educativos, el número de chicos y chicas en cada uno de ellos, así como el número de encuestas excluidas por no contener datos de edad, sexo o ambos (Gamón) o por haberse negado los adolescentes a responder al cuestionario figuran en la tabla 2.

Tabla 2. Número de encuestas realizadas y características de la población de cada uno de los centros de enseñanza

Centro escolar	Total	Excluidas	14 a.	15 a.	16 a.	17 a.	♀	♂
Cristobal Gamon	70	5	23	25	14	3	31	34
Langaitz Ikastola	79	8	40	20	9	2	41	30
Total	149	13	63	45	23	5	72	64

4. RESULTADOS

A continuación expondremos escuetamente los resultados obtenidos en el conjunto de los dos centros, ya que los resultados completos se encuentran en las tablas correspondientes que aparecen citadas en el texto.

No se exponen los datos específicos de cada uno de los dos centros porque el objetivo del trabajo es conocer los conocimientos y actitudes del conjunto de escolares de secundaria del municipio de Errenteria.

Los datos, en conjunto, de los dos centros escolares de Errenteria indican la preponderancia en las chicas de la realización de algún tipo de dieta en el año anterior (31% en chicas/8% en chicos), de problema con el exceso de peso (33/8%) y de la visión de la enfermedad en su entorno, ya que las chicas, en un 31%, dicen que tienen uno o varios amigos con la enfermedad, frente al 20% de los chicos. Lo mismo sucede en las preguntas sobre el conocimiento de la enfermedad: las chicas dan muchas más respuestas positivas que los chicos, siendo en ambos sexos los síntomas más reconocibles la ausencia de menstruación, la anemia, la predisposición al suicidio y la alteración esofágica; sin embargo, los aspectos más desconocidos son: el aumento del vello corporal y las alteraciones que se producen a nivel de los huesos y que tienen como consecuencia una osteoporosis que puede permanecer en la vida adulta (Tablas 3, 4, 5 y 6).

Tabla 3. Realización de dieta en el último año

Dieta en el último año	Chicos		Chicas	
	Sí	No	Sí	No
	5 (8%)	59 (92%)	22 (31%)	50 (69%)

Tabla 4. Existencia de un problema con la figura corporal

Problema con el peso	Chicos			Chicas		
	No	Excesivo	Insufic.	No	Excesivo	Insufic.
	58 (90%)	5 (8%)	1 (2%)	46 (64%)	24 (33 %)	2 (3%)

Tabla 5. Reconocimiento de la enfermedad en su grupo de amigos

Conocimiento diagnóstico en compañeros	Chicos			Chicas		
	Ninguno	Uno	Varios	Ninguno	Uno	Varios
	51 (80%)	10 (15%)	3 (5%)	50 (69%)	13 (18 %)	9 (13%)

Tabla 6. Conocimiento de los diversos signos de la anorexia-bulimia

	Chicos 64			Chicas 72		
	Sí	No	No sé	Sí	No	No sé
Alteración esófago	23	3	38	36	3	33
Alt. Ritmo corazón	16	10	38	18	8	46
Caída cabello	6	19	39	36	11	25
↑ Vello corporal	3	22	39	8	26	38
Osteoporosis adulto	3	10	51	10	6	56
Alteracion dientes	9	14	41	35	3	34
Pérdida menstruación	15	6	43	43	2	27
↓ Fertilidad	11	6	47	32	8	34
Anemia	25	2	37	54	0	18
Favorece suicidio	20	2	42	53	0	19

Para hacernos una idea general del grado de conocimiento sobre la enfermedad, hemos sumado las respuestas de los chicos y de las chicas, con el fin de establecer tres grupos, según su conocimiento de la enfermedad. Los aspectos más desconocidos son el aumento del vello corporal, la osteoporosis y las alteraciones a nivel del corazón. Los más conocidos, la anemia, la facilitación del suicidio, las alteraciones en el esófago y la desaparición de la menstruación. En un punto intermedio, escasamente conocidos, estarían: la caída del cabello, las alteraciones a nivel de los dientes y la disminución de la fertilidad (Tabla 7 y Figura 1).

Tabla 7. Suma de todos los encuestados: grado de conocimiento

7-A: Alto grado de conocimiento

	Sí	No	No sé
Anemia	79	2	81
Favorece suicidio	73	2	61
Alts. Esófago	59	6	71
Pérdida menstruación	58	8	70

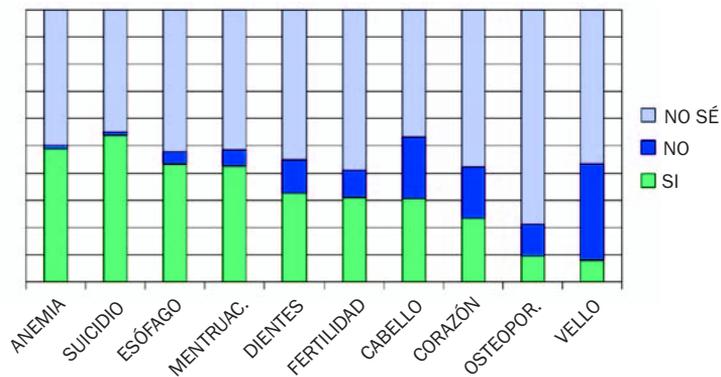
7-B: Grado intermedio de conocimiento

	Sí	No	No sé
Alteración dientes	44	17	74
↓ FERTILIDAD	43	14	81
Caída cabello	42	30	64

7-C: Desconocimiento

	Sí	No	No sé
Alt. ritmo corazon	34	18	84
Osteoporosis adulto	13	16	107
↑ Vello corporal	11	48	77

Figura 1: Grado de conocimiento de la sintomatología de la anorexia y bulimia en los adolescentes de Errenteria



5. DISCUSIÓN

En lo relativo a las dos primeras preguntas sobre la realización de una dieta en el año previo, hay un trabajo similar, realizado en la Comunidad de Cantabria, en el que responden afirmativamente el 4,3%, encontrando diferencias a favor de las mujeres y a favor de los adolescentes más jóvenes, entre 14 y 16 años. (18). En nuestro trabajo han respondido que casi el 20% ha realizado dieta, siendo la coincidencia con el trabajo citado la preponderancia en el sexo femenino (31% frente al 8%).

En cuanto a la sintomatología de la anorexia nerviosa, llama la atención la ignorancia general sobre la sintomatología de la anorexia-bulimia entre los adolescentes. En 8 de los 10 síntomas consultados, el desconocimiento es la respuesta más contestada. Dentro de estas respuestas de “no sé”, llama la atención el elevadísimo número en el apartado de “osteoporosis” y dentro de las respuestas negativas, el número máximo lo obtiene la pregunta sobre si se produce un aumento del vello corporal, observando en estas dos preguntas el menor número de respuestas afirmativas. La tercera pregunta en menor número de respuestas “sí” y la segunda en la respuesta “no sé” son las alteraciones del corazón, patología, que, como veremos, puede poner en peligro la vida de estas pacientes; por lo tanto, nuestro primer comentario se referirá a esos tres aspectos de la sintomatología de la anorexia-bulimia que son los más desconocidos para los adolescentes.

En la evolución a largo plazo, un problema muy importante de estas pacientes es la osteoporosis, aspecto, como hemos visto, muy desconocido por los jóvenes. El equipo que dirige el Dr. Argente, jefe de endocrinología pediátrica del Hospital Niño Jesús de Madrid, está realizando un amplio estudio en pacientes anóricas centrado en la disminución de la masa ósea que se produce en ellas y su hipotética recuperación en su futura evolución, una vez curadas de su proceso de anorexia (19). La pérdida de masa ósea es rápida, permanente y sólo parcialmente reversible. Esta pérdida puede tener relación con el déficit de estrógenos, el hipercorticismismo y la disminución del mediador de la hormona de crecimiento denominado IGF-1 (20).

Una de las más características sintomatologías de la anorexia nerviosa tiene su asiento en la piel. Se da tanto en las adolescentes como en las pacientes de mayor edad: sequedad de piel, caída del pelo y alteraciones en las uñas; sin embargo, un dato que se considera poco frecuente en adultos, pero que alcanza al 70% de los niños y adolescentes es la hipertrichosis, presencia de vello en todo el cuerpo, pero más intenso en tórax, abdomen y brazos (20-21). Esta característica de la sintomatología de la anorexia en la adolescencia es casi desconocida entre los escolares que hemos encuestado.

Las alteraciones cardiológicas son bastante frecuentes en la anorexia nerviosa. En un estudio realizado en Zaragoza a 17 adolescentes de entre 12 y 18 años que cumplían los criterios DMS-IV de anorexia nerviosa, se les realizó electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma. La conclusión a la que llegaron

los autores es que las enfermas con anorexia nerviosa tienen con frecuencia alteraciones cardíacas en la fase aguda de la enfermedad que se pueden detectar con el ECG. El hallazgo más frecuente es la bradicardia o enlentecimiento del ritmo del corazón, habiendo también otras alteraciones del ECG en el sentido de prolongación o enlentecimiento de algunos parámetros del mismo, como el intervalo QT. En la ecografía cardíaca, aunque se detectaban algunas pequeñas alteraciones, comparando con un grupo de adolescentes sanos de la misma edad, las diferencias no eran significativas; finalmente, los autores recomiendan el control cardiológico de estas pacientes, sobre todo en la fase de realimentación rápida, porque en ella, debido al enlentecimiento previo del corazón, pueden darse arritmias que, en ocasiones, ponen en peligro su vida (22).

Tras la explicación y discusión de los síntomas más desconocidos de la anorexia nerviosa y la bulimia para nuestros escolares, como punto final, queríamos resaltar que el Dr. J. San Sebastián Cabasés, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha analizado la prevención de los TCA en el ámbito escolar, como se pretende realizar a través del presente estudio. Según el referido autor, las ventajas y problemas de la actividad preventiva en el ámbito escolar son los siguientes: aunque el ámbito escolar es el ideal para la prevención de los TCA, la elaboración de un programa preventivo debería ser muy cuidadosa, dada la gran variabilidad que el adolescente tiene para captar e interpretar los mensajes que recibe. Los efectos nocivos que ha causado la sobredivulgación mal hecha de esta problemática nos debe llevar a extremar la cautela en cuanto a los mensajes y la forma de emitirlos. Dicho programa, una vez elaborado, se podría poner en práctica como experiencia piloto en un grupo de colegios, evaluándose los resultados de la misma. Si éstos fueran positivos podría aplicarse de forma generalizada a través de programas de formación de profesorado y a las familias, así como programas dirigidos a los alumnos (23). Esta reflexión coincide con el objetivo y finalidad de nuestro trabajo y será tenida en cuenta en actuaciones posteriores.

6. CONCLUSIONES

La realización de dietas y la existencia de un problema en relación con la figura corporal afecta a una tercera parte de las adolescentes estudiadas.

Los conocimientos que tienen los escolares de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria en el municipio de Errenteria sobre la anorexia y bulimia son escasos, por lo que sería necesario un plan divulgativo sobre la sintomatología y consecuencias de esas enfermedades en los centros educativos para dicho grupo de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. CORNELLÁ I CANALS, J.; LLUSENTE GUILLAMET, A. "El arte de entrevistar al adolescente". En: Prandi, F. (coordinador) *Pediatría Práctica*. Prous Science SA, Barcelona, 2001, pp. 83-97.

2. OJEMBARRENA MARTÍNEZ, E.; FERNÁNDEZ DE PINEDO MONTOYA, R.; GOROSTIAGA GARAY, E.; LAFUENTE MESANZA, P.; LIZARRAGA AZPARREN, M.A. "Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosantarios asociados". *An. Esp. Pediatr.*, 56; 2002, pp. 416-424.
3. *Políticas de Salud para Euskadi. Plan de salud 2002-2010*. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. 2002, p. 83.
4. *El futuro de la salud infantil y de la pediatría en España. Análisis prospectivo DELP-HI*. Fundación salud, innovación y sociedad. Barcelona, 2002, Vol. 2, p. 93. www.fundsis.org.
5. MCCALLUM, K. "Eating Disorders". *Current Opinion in Psychiatry*, 6; 1993, pp. 480-485.
6. HIDALGO VICARIO, M.I. "Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente". *Pediatría Integral*, 7; 2003, pp. 340-353.
7. MORANDÉ, G.; CELADA, J.; CASAS, J. "Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population". *J. Adolescent Health*, 24; 1999, pp. 215-219.
8. PÉREZ-GASPAR, M.; GUAL, P.; DE IRALA-ESTÉVEZ, J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M.A.; LAHORTIGA, F.; CERVERA S. "Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras". *Med. Clin. (Barc)*, 114; 2000, pp. 481-486.
9. MORANDÉ, G.; CASAS, J. "Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines". *Pediatr. Integral*, 2; 1997, pp. 243-260.
10. MORANDÉ LAVIN, G. "Tratamiento y utilización de nuevos recursos en la anorexia nerviosa: la experiencia del Hospital del Niño Jesús de Madrid". *An. Esp. Pediatr.*, 54 (supl 4); 2001, pp. 221-222.
11. OSONA RODRÍGUEZ, B.; GONZÁLEZ VICENT, M.; MENCÍA BARTOLOÉ, S.; CASADO FLORES, J. "Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos". *An. Esp. Pediatr.*, 52; 2000, pp. 31-35.
12. BRUGUERA, M.C.; ASOLO, I.; YEGA, M.; ESPINOZA, E. "Intereses y necesidades de salud en un grupo de adolescentes según sexo y edad". *An. Esp. Pediatr.*, 56; 2002, pp. 481-482.
13. WALKER, Z.; TOWNSEND, J.; OAKLEY, L.; Y COLS. "Health promotion for adolescents in primary care: randomized controlled trial". *BMJ*, 325; 2002, pp. 524-29.
14. CASAS RIVERO, J. "Papel del pediatra en el manejo de los trastornos del comportamiento alimentario". *An. Esp. Pediatr.*, 54 (supl 4); 2001, pp. 223-224.
15. LAMBRUSCHINI, N.; LEIS, R. "Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría". Tomo 5: *Gastroenterología-Hepatología-Nutrición*. Asociación Española de Pediatría. 2002, pp. 361-374.
16. POLANCO, I. "Nutrición y adolescencia". En: *Nutrición profiláctica y terapéutica*, SANED, Madrid, 1991, pp. 1-7.
17. MORENO, J.M.; OLIVEROS, L.; RODRÍGUEZ, V.; FERNÁNDEZ, E.; CARRILLO, M.; DE LA VIESCA, R.; GRUPO SALUT. "Desarrollo de nuevas tecnologías para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. El proyecto Salut". *An. Esp. Pediatr.*, 56; 2002, pp. 488.

18. PANUAGUA REPETTO, H.; GARCÍA CALATAYUD, S.; CASTELLANO BARCA, G.; REDONDO FIGUERO, C.; SARRALLE SERRANO, R. "Signos de alerta en adolescentes de trastornos del aprendizaje, de conducta alimentaria, psicosociales y familiares". *An. Esp. Pediatr.*, 56; 2002, p. 482.
19. MUÑOZ, M.T.; MORANDÉ, G.; GARCÍA CENTERA, J.A.; HERVÁS, F.; ARGENTE, J. "Implications of calcium phosphate metabolism in the development of osteopenia in adolescent with Anorexia Nervosa". *Annual Meeting of the European Society for Pediatric Endocrinology*, 1996. Abstract 35.
20. SCHULZE, U.M.; PETTKE RANK, C.V.; KREIENKAMP, M.; Y COLS. "Dermatologic findings in anorexia and bulimia nervosa of childhood and adolescence". *Pediatr. dermatol.*, 16; 1999, pp. 90-94.
21. GUERRA TAPIA, A.; GONZÁLEZ-GUERRA, E.; MINGOTE ADÁN, J.C. "Manifestaciones cutáneas de las alteraciones psicológicas en la infancia y adolescencia". *Monografía de Pediatría*, 132; 2001, pp. 356-370.
22. VAZQUEZ OLIVARES, M.; OLIVARES LÓPEZ, J.L.; FLETA ZARAGOZANO, J. "Alteraciones cardiológicas en adolescentes con anorexia nerviosa". *An. Esp. Pediatr.*, 54 (Supl 5); 2001, p. 103.
23. SAN SEBASTIÁN CABASÉS, J. "Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria". *Pediatría Rural y Extrahospitalaria*, 31; 2001, pp. 335-340.