

Sr Director:

Hay una necesidad de estudios metodológicamente rigurosos que usen muestras amplias y representativas de mujeres adolescentes para evaluar, de forma precisa, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)⁽¹⁾. En nuestro país son escasos los realizados⁽²⁻¹⁰⁾ (Tabla I). El más completo publicado hasta la fecha es el efectuado por Morandé y cols, en Móstoles, y publicado en su revista⁽²⁾. Hemos detectado un error tipográfico en el mismo al compararlo con otro artículo del mismo autor⁽³⁾. La prevalencia de F50.2 Bulimia nerviosa en las mujeres adolescentes estudiantes de Móstoles correcta es del 1,24% y no del 1,4%^(2,3). Nos parece importante comunicarlo para una mejor transmisión de la información, con el fin de evitar su perpetuación, al poder ser citado este dato de forma impropia por los lectores nacionales e internacionales de Anales Españoles de Pediatría en futuros artículos.

Fruto de esta preocupación por conocer de forma científica y exacta la frecuencia de los TCA en España hemos realizado

Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España

un trabajo de prevalencia en Zaragoza cuyos resultados preliminares⁽¹⁰⁾ no distan de los del grupo de Morandé que habla de una población de riesgo del 17,36% en mujeres y el 1,96% en varones y una prevalencia total de TCA del 4,69% de las chicas y un 0,9% de los chicos^(2,3). En Zaragoza un número de 2.194 estudiantes mujeres adolescentes de 2.600 participan voluntariamente en la encuesta (84,4%). No participan en el estudio 406 (15,6%) por encuestas incompletas o incorrectas, ausencias, negativas, o estar fuera del rango de edad (12-18 años). Usando el punto de corte de 30 en el Eating Attitudes Test (EAT), 353 mujeres (16,08%) son población de riesgo. En el segundo estadio tras la entrevista clínica (realizada sólo en mujeres) con criterios diagnósticos estrictos DSM-IV presentan F50.0 anorexia nerviosa un 0,14% (n=3), F50.2 Bulimia nerviosa un 0,55% (n=12) y F50.9 trastorno de la conducta alimentaria no especificado un 3,83% (n=84) con una prevalencia de TCA total de 4,51%. Participan 1.854 varones. No participan 263 (12,4%). Un 3,34% (n=62) puntúan igual o mayor que 30 en el EAT^(2,3,10).

Tabla I Estudios españoles de prevalencia de trastornos alimentarios

Autor	Lugar	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg
Morandé y cols.	Madrid	1985, 1986 1987	Escolares	v y m	X= 15	636 m 86 v	EDI, GHQ	sí	sí	sí
Toro y cols.	Barcelona	1989	COU, BUP, 7ºEGB, 8ºEGB	v y m	12-19	848 v 706 m	EAT	sí	no	no
Canals y cols.	Reus	1990	Escolares	v y m	13-14	520	EAT	sí	no	no
Carbajo y cols.	Reus	1990, 1991	Escolares	v y m	13 -15	290 v, 225 m	EAT	sí	no	no
Raich y cols.	8 ciudades catalanas	1990	BUP, FP	v y m	14-17	1.263 m, 1.155 v	EAT, EAV, BSQ	sí	no	no
Raich y cols.	5 ciudades catalanas, EEUU	1991	BUP, FP	v y m	14-17	1.041 m 935 v en España	EAT	sí	no	sí
Morandé y cols.	Móstoles	1993, 1994	1ºBUP, 2ºBUP, FP	v y m	X=15	725 m, 520 v	EDI, GHQ	sí	sí	sí
Loureiro y col.	A Coruña	1996	3ºBUP	m	X=16,7	607 m	EAT-40	sí	no	sí
Ruiz y cols.	Zaragoza	1997	ESO, FP, BUP, COU, 7ºEGB, 8º EGB	v y m	12-18	2.194 m 1.854 v	EAT, EDI, CIMEC, SCAN	sí	sí	sí

Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías. Hospital Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Grupo "ZARIMA". Unidad Mixta de Investigación. Hospital Clínico Universitario- Universidad de Zaragoza.
Correspondencia: Pedro Manuel Ruiz-Lázaro. Luis Vives 8, esc izda, 3ºA.
50006 Zaragoza

Bibliografía

- 1 Grigg M, Bowman J, Redman S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Preventive Medicine* 1996; 25:748-756.

- 2 Morandé G: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998; **48**:229-232.
- 3 Morandé G, Casas J: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997; **2**(3):243-260.
- 4 Morandé G: Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: Romero AI, Fernández A: Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; 1990. p.121-130.
- 5 Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L: Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology* 1989; **62**:61-70.
- 6 Canals J, Barceló R, Domènech E: Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiqu Inf* 1990; **4**:265-268.
- 7 Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A, Gross J: Eating disorder symptoms among adolescent in the United States and Spain: a comparative study. *International journal of Eating Disorders* 1992; **11**(1):63-72.
- 8 Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Bara* 1991; **18**(7):305-315.
- 9 Carbajo G, Canals J, Fernández J, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis* 1995; **16**(4):21-26.
- 10 Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI: Estudio de prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Comunicación oral. Barcelona: VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1998.

J.A. Vilelabeitia Deusto

An Esp Pediatr 1998;49:436.

Sr. Director:

En el artículo recientemente publicado en la sección de "Medicina Fetal y Neonatología⁽¹⁾, llama la atención que no se mencione -pese a un seguimiento neuropediátrico durante los primeros meses de vida- la duración o el tiempo de permanencia de la asimetría facial, un hecho que a nuestro entender es muy importante.

Habitualmente, cuando el pediatra detecta la anomalía, expone a los padres cual es su causa, que en la mayoría de los casos es la hipoplasia o asimetría del músculo depresor del ángulo de la boca. La explicación, por lo general, es bien recibida, pero a renglón seguido surge de ellos la pregunta obligada... ¿y cuándo se le va a "quitar"?

Así pues, además de diagnosticar la lesión en los primeros días de vida del recién nacido y, junto con una sencilla expli-

Asimetría facial con el llanto

cación, es adecuado informar a la familia que esta leve irregularidad puede estar presente y ser apreciable en similar o menor grado hasta los 12-15 meses de vida coincidiendo con la risa, el llanto o el bostezo.

Finalmente, como muy bien señalan los autores, la asimetría desaparece en pocos días en los casos de comprensión de la rama mandibular del nervio facial por la presión del hombro sobre el ángulo mandibular, debido a una mala postura intraútero. En el otro lado del espectro es probable que pueda perdurar más del año y medio señalado previamente en aquellos casos o situaciones que exista una parálisis facial congénita completa u otras anomalías o malformaciones asociadas.

Bibliografía

- 1 Martínez-Granero MA, Argüelles F, Roche MC, Omeñaca F, López-Terradas JM, Ortigado A. Asimetría facial con el llanto: estudio neurofisiológico y recuerdo clínico de esta entidad. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:44-48.

Pediatra. Ambulatorio de Algorta (Vizcaya)
Correspondencia: Avda. Basagoiti, 85 - 1º. 48990 Algorta (Vizcaya)