

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrabadella P, Pedro Bonet ML, Xirgu J, Aremengol S, Catalán R. Infecciones invasivas por estreptococcus pyogenes. Cambios en sus características clínicas, nuevos aspectos fisiopatológicos y enfoque terapéutico actual. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994; 12: 505-510.
2. Moses AE, Ziv A, Harari M, Rahav G, Shapiro M, Englehard D. Increased incidence and severity of Streptococcus pyogenes bacteremia in young children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 767-770.
3. Peterson CL, Vugin DJ, Meyers HB, Chacon SM, Voguth J, Larson J et al. Risk factor of invasive group A streptococcal infection in children with varicella. Case-control study. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 151-156.
4. Cockerill FR, MacDonald KL. An outbreak of invasive group A streptococcal disease associated with high carriage rates of invasive clone among school-age children. *JAMA* 1997; 277: 38-43.
5. Eriksson BK, Andersson J, Holm SE, Norgren M. Invasive Group A streptococcal infections: T1M1 isolates expressing pyrogenic exotoxins A and B in combination with selective lack of toxin-neutralizing antibodies are associated with increased risk of streptococcal toxic shock syndrome. *J Infect Dis* 1999; 180: 410-418.

Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas. No todo es cuestión de modas ni de medios

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 76-77)

Sr. Director:

En los últimos 100 años se ha producido una auténtica revolución en el mundo civilizado y España ha participado de ella. No olvidemos que en nuestro país la tasa de mortalidad infantil durante el primer año de vida, que en el año 1900 era del 290‰ nacidos vivos¹, se ha situado en el 6 o 7‰ en la actualidad². A comienzos del siglo, el 40% de los niños morían antes de cumplir los 5 años¹. La esperanza de vida al nacer se ha duplicado a lo largo de esta centuria, y la tasa de hijos por mujer en edad fértil se ha dividido por seis^{1,2}. Actualmente, en algunas comunidades autónomas españolas esta tasa es ya del 1,1².

Los avances sociales, tecnológicos, económicos, sanitarios y de otra índole han propiciado una indudable mejoría en el nivel y calidad de vida. Hay más igualdad entre los estamentos sociales con un reparto de la riqueza más solidario, menos injusto. Sin embargo, algunas de las transformaciones no han resultado totalmente beneficiosas para los seres más débiles e influenciados: niños, adolescentes y ancianos.

Durante las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio radical en formas y modos de vida que influyen decisivamente en la familia. El sector rural se ha despoblado y las ciudades han crecido desmesuradamente. La incorporación de la mujer al mundo laboral, derecho legítimo e incuestionable, ha modificado la estructura familiar. Los abuelos o familiares próximos ya no comparten techo, como antaño, con hijos y nietos, sin

participar tan activamente en el cuidado de éstos. El Mercado Común y la Unión Europea están influyendo en la sustitución de formas de vida tradicionales por otras. Los medios de comunicación, especialmente la televisión, y la entronización del ordenador en las viviendas, han cambiado los hábitos y generan formas distintas de comportamiento y de relación entre los miembros de la familia^{3,4}.

Han desaparecido unas enfermedades pero emergen otras. Entre ellas, los trastornos de la conducta alimentaria ocupan un lugar destacado. En España, la tasa de obesidad en la infancia y adolescencia afecta al 10% de la población⁵. La bulimia y la anorexia nerviosa afectan al 3% de los jóvenes⁵, y lo peor es que la prevalencia de estos procesos aumenta inexorablemente^{5,6}.

Ciertamente, en la génesis de estas dos últimas enfermedades, la moda, la televisión, determinados juguetes y las revistas influyen en la adquisición de unos hábitos nutritivos que pueden llegar a resultar suicidas. Pero responsabilizar exclusivamente a modas y a los medios de comunicación de estas graves enfermedades es no tener presente que la familia debería seguir siendo el centro educativo fundamental para los hijos.

Creemos que existen varios factores que influyen en las familias españolas actuales y que modifican su funcionamiento. Algunos de ellos son el aumento de la renta familiar, el trabajo simultáneo del padre y de la madre, las largas jornadas laborales y las grandes distancias entre la vivienda y el lugar del trabajo o la escuela. La consecuencia fundamental es el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos, que los primeros intentan compensar con bienes materiales. Los padres van delegando funciones antes intocables. Erróneamente se puede pensar que la educación corresponde a la escuela y a sus profesionales. Sin embargo, las pautas de comportamiento de los hijos deben transmitirlas los padres. Cerca del 40% de los escolares españoles realizan el desayuno, el almuerzo y la merienda en el propio centro escolar⁵. La educación en la comida, en la adquisición de hábitos nutritivos racionales, ya no corresponde plenamente a los padres. El cuidado del niño enfermo en el domicilio representa tantas dificultades para algunos padres que éstos presionan de manera más o menos encubierta para que su hijo ingrese en el hospital, con el objetivo de poder disponer de los días libres reglamentados por sus empresas para dedicarlos a la atención del niño. Durante las vacaciones escolares, sobre todo en verano, muchos niños y adolescentes son enviados a campamentos, colonias o residencias, no sólo en España sino también en otros países. A veces, el aprendizaje de otro idioma o los aspectos lúdicos no son la única razón para este tipo de iniciativas. La realidad es que las vacaciones de los padres son mucho más cortas y mientras éstas llegan no se sabe con quién dejar a los hijos.

Se está instaurando en la sociedad una nueva forma de educación de los hijos: la delegación de funciones de sus padres en personas o instituciones. La educación, la alimentación y los cuidados ya no dependen mayoritariamente de los progenitores: se comparten, en el mejor de los casos. La consecuencia fundamental de todo esto es la pérdida de autoridad de los padres. Ya no son el punto de referencia para los hijos desde edades bien tempranas, porque están ausentes en buena parte de sus vidas. Al llegar la adolescencia, aparecen con toda su crudeza el distanciamiento y la lejanía de unos y otros.

De esta nueva dinámica familiar surgen modificaciones culinarias importantes. El escaso tiempo disponible para cocinar, la

influencia de los medios audiovisuales, la progresiva uniformidad de la dieta europea, la utilización de alimentos precocinados o la paulatina sustitución de la cena por el denominado "picoteo" tienen como consecuencia el abandono progresivo del modelo dietético tradicional en España y en otros países mediterráneos⁷⁻¹¹.

El resultado de lo expuesto es que los niños pueden dejar de tener progresivamente unas pautas de comportamiento personales, sociales y alimentarias saludables. Esto, ayudado por modas y medios, constituye un extraordinario caldo de cultivo cuyo resultado es el espectacular incremento de la obesidad, de la anorexia nerviosa y de la bulimia en la juventud española y en la de otros países desarrollados.

Como hay situaciones irreversibles, y los cambios estructurales y dietéticos familiares lo son, lo más recomendable, a nuestro juicio, sería concienciar a la población sobre los beneficios de una dieta saludable divulgando, a través de los profesionales sanitarios y de los medios de comunicación, sus principios básicos, utilizar las escuelas y sus comedores como soporte informativo y educativo para los niños, enseñar al adolescente a aceptar su cuerpo con sus rasgos peculiares ayudándole a mantener un espíritu crítico sobre lo que se le ofrece como modelo en los medios de comunicación y obligar, mediante legislación, a que las industrias alimentarias utilicen macronutrientes de calidad.

No obstante, desde nuestro punto de vista, lo más importante es que los padres sigan siendo los protagonistas de la educación de sus hijos, dedicándoles el mayor número de horas posible y que almuerzos y cenas constituyan momentos lúdicos y educativos, con el objetivo de lograr que los niños adquieran desde pequeños unas pautas adecuadas de comportamiento alimentario que puedan perdurar y transmitir a las futuras generaciones.

M. Labay Matías

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel
Obispo Polanco. Teruel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pfaundler M, Schlossmann A. Tratado enciclopédico de pediatría. Tomo I. Barcelona: F. Seix editor, 1909.
2. Instituto Aragonés de Estadística. Mortalidad en Aragón. Zaragoza: Ediciones Diputación General de Aragón, 1995.
3. Martín Calama J, Buñuel Álvarez C, Labay Matías MV, Valero Adán MT, De Miguel Pardo C, Valle Sánchez F et al. Hábitos nutricionales y estudio antropométrico de los niños de Teruel. En: Sociedad Nestlé AEPa, editor. Premios Nutrición Infantil 1992 (1.ª ed.). Barcelona: Áncora, S.A., 1993; 203-257.
4. Mur de Frenne L, Fleta Zaragoza J, Garagorri Otero JM, Moreno Aznar L, Bueno Sánchez M. Actividad física y ocio en los jóvenes II: Relación con los hábitos dietéticos. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 126-132.
5. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid: Ediciones Ergón, 1998.
6. Morandé G. Trastornos de la conducta alimentaria. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998; 48: 229-232.
7. Masana L. Norte y sur. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 138-139.
8. Gorgojo L, Guallar E, Martín Moreno JM, López Nomdedeu C, Vázquez C, Martí Henneberg C et al. Encuestas alimentarias en los niños españoles de edad escolar: análisis del período 1984-1994. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 368-374.
9. Iturbe Lete A, Emparanza Knorr J, Perales Antón A. Modelo dietético de los adolescentes de Guipúzcoa. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 471-478.
10. Grande Covián F. Prevención pediátrica de la aterosclerosis. *An Esp Pediatr* 1995; 43: 87-93.
11. Dalmau Serra J, Fernández Lorente B. Controversia sobre el tratamiento de la obesidad. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 327-328.