

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL TERCERO, CUARTO,
QUINTO DE SECUNDARIA DE UN COLEGIO ESTATAL DE LA
CIUDAD DE MOQUEGUA; 2009 “**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:
BACH. HAYLEEN JAZMIN PAREDES TELLEZ**

TACNA – PERÚ

2010

A Dios por todas sus
bendiciones

A mis queridos padres:
Celso e Irma

A mis hermanos:
Celso Antonio
César Eduardo

AGRADECIMIENTO

- Al Dr. Patricio Cruz Mendez por el asesoramiento profesional brindado para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A los miembros de la comisión evaluadora por sus valiosas sugerencias colaborando en la culminación del presente trabajo.
- A todos las personas y amistades de las que he recibido ayuda profesional y apoyo moral y de esta manera han contribuido en la finalización de mi trabajo de investigación.

INDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	01
INTRODUCCION	02

CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio	04
1.2. Bases Teóricas	09
1.2.1. Generalidades	09
1.2.2. Adolescencia	11
1.2.2.1. El adolescente y su imagen corporal	12
1.2.2.2. Desarrollo psicosocial del adolescente	13
1.2.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	15
1.2.3.1. Clasificación	16
1.2.3.2. Análisis histórico	21
1.2.3.3. Epidemiología	24
1.2.3.4. Factores de riesgo de los TCA	27
1.2.3.5. Perfil sociodemográfico	36
1.2.3.6. Criterios diagnósticos de los TCA	39
1.2.3.7. Complicación y secuelas	49
1.2.3.8. Tratamiento	52
1.2.3.9. Prevención	53
1.2.4. Instrumentos para la evaluación de casos de TCA en adultos y adolescentes	56
1.2.4.1. EAT- 40 (Eating attitudes Test)	56
1.2.4.2. MINI KID: (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) versión para niños y adolescentes	58
1.3. Definiciones generales básicas	58
1.3.1. Glosario de abreviaturas	60

CAPÍTULO II.- EL PROBLEMA, JUSTIFICACION, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. El problema	62
------------------	----

2.1.1. Planteamiento del problema	62
2.1.2. Formulación del problema	63
2.2. Objetivos	63
2.3. Justificación	64
2.4. Hipótesis	65
2.5. Operacionalización de variables	65
CAPÍTULO III.- DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Investigación	67
3.2. Ámbito de estudio	67
3.3. Población y muestra	67
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	67
3.5. Instrumentos de recolección de datos	68
3.6. Producción y registro de datos	68
3.7. Procedimiento de análisis de datos	69
CAPÍTULO IV.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
RESULTADOS	70
CAPÍTULO V.- DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXO	110

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima, es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 10 a 1, pero aunque actualmente las mujeres jóvenes siguen siendo el grupo más afectado, los varones, los niños menores de 12 años y las mujeres maduras comienzan a agregarse a la lista de víctimas de este trastorno.

Métodos: Se trabajo con 308 estudiantes del 3º,4º y 5º de secundaria de un colegio estatal de la ciudad de Moquegua-2009, a quienes se les aplico el cuestionario EAT y el M.I.N.I. para determinar el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria.

Resultados: El grupo en estudio presenta según el EAT un nivel bajo de riesgo a los TCA (42,5%). la probabilidad de presencia de algún trastorno alimentario es igual en los estudiantes de ambos sexos. (p: 0.260). No existe diferencia significativa según índice de masa y sexo (p: 0.798) pero a mayor índice de masa corporal mayor riesgo a TCA y esta asociación es altamente significativa (p: 0.00). Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa (p: 0.002). La asociación de riesgo actitudinal de padecer riesgo medio de trastorno alimentario y la presencia de riesgo de anorexia nerviosa es altamente significativa (p: 0.006).

Conclusiones: El 42.5% de los estudiantes de 3ro, 4to y 5to año de un colegio estatal de Moquegua se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo de algún trastorno alimentario. El 11.04% de los estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa actual. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa (p: 0.002).

Palabras claves: Adolescencia, Trastornos de la conducta alimenticia, anorexia, bulimia, índice de masa corporal.

INTRODUCCION

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas o delgados que, en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia. Eso ocurre con las anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciéndose dependientes del símbolo de ésta, por lo que pueden llegar hasta morir de hambre.¹

Los estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas.²

En la actualidad uno de los trastornos que más se están incrementando en los países occidentales, tanto en el número de casos como en el inicio cada vez más temprano en el que surgen, son los trastornos alimentarios; en particular, la anorexia y la bulimia. Consecuentemente cada vez hay una literatura más extensa sobre este tema.

Históricamente se nos sitúa este problema en las prácticas cristianas, con el ayuno como prototipo de 'purificación del alma'. Las "santas anoréxicas" poseían muchas de las características que se dan actualmente. Ahora bien esta situación reflejaría, lo que podría ser el aspecto central de este tema, la función que debe desempeñar el cuerpo en la sociedad.³ En este sentido, al menos desde el Renacimiento, el cuerpo sirve como medio de presentación cotidiana a los demás. Es decir, el éxito social, sobre todo de la incipiente burguesía, requería -igual que actualmente- el manejo de las impresiones. El cuerpo y su vestimenta serán aquí un elemento cardinal. A través de él se *reflejaría* el estatus del individuo, sus intereses, sus logros y, por tanto, se le debe prestar atención y "manejar". Desde entonces hasta ahora lo único que ha

habido es un cambio en la moda y costumbres que se considerarán adecuadas, pero no así en la función que el cuerpo debe desempeñar. Así el papel y la imagen del cuerpo es determinante a la hora de valorar el “éxito” en la vida. En nuestra época, donde además uno parece que puede aspirar a cualquier cosa o las posibilidades de acción son múltiples, esto se convierte en algo primordial.

Un “aliado” evidentemente de esta condición son los medios de comunicación. Los intereses en la moda del vestir, los modelos que se toman como referencia, las actividades que uno debe realizar (sobre todo en época de verano) son reflejo de esta situación social. Por lo que se refiere a la ‘estética’ del cuerpo, la delgadez, la piel morena, lo andrógino es lo que en estos momentos prima socialmente por una serie de razones. En particular esta situación ha incidido hace bien poco con más fuerza en la condición social de la mujer.

El periodo de transición del paso de la niñez a la edad adulta, denominada adolescencia se dan profundos cambios de tipo cognitivo, emocional y fisiológico. Es un periodo de construcción social, se presentan cambios asociados a procesos como la clarificación de la propia identidad, la madurez sexual, la decisión vocacional y de la búsqueda de la independencia. Todos y cada uno de ellos van definiendo lentamente el perfil, que la persona tendrá cuando alcance la edad adulta.

En este lento y delicado proceso de desarrollo del individuo surgen problemas que condicionan seriamente esta evolución. Problemas como el de la depresión, los trastornos de la personalidad, las conductas sexuales inadecuadas, el consumo de tabaco, drogas y alcohol y sobretodo y de manera cada mas habitual los llamados trastornos de la conducta alimentaria.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.-

Realizaron un estudio titulado "Prevalencia de TCA y su relación con variables sociales, personales y culturales en estudiantes de nivel secundario" en el Área de de Salud Gijón (Asturias). Se brindo una encuesta donde se incluyo variables sociales, personales y el EAT-26 las chicas llenaron la encuesta influencias del Modelo estético del Cuerpo (CIMEC-26). De 860 encuestas validas con un 50% de mujeres. Hubo una prevalencia de 12.8% de Anorexia, 87.3% eran mujeres, 88.3% vivían en la ciudad, 84% pertenecían a la clase social media y media-baja, 92% estudiaban bachillerato, 28.5% asistían a escuelas privadas, 18.3 % tenían a sus padres separados, 27% realizaron actividades para adelgazar, el 39.7% se veían gordas y el 81% deseaban adelgazar, el 94.5% de las chicas con TCA, mostraron alteraciones en el C1 MEC-26.⁴

En España, esta patología ha pasado de ser poco frecuente a cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Hoy, entre el 1% y el 2% de niñas adolescentes padecen anorexia, aumentando el porcentaje hasta el 2-4% en la conducta bulímica. Además, se puede afirmar que una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años piensa" que su peso es elevado.

En un reciente estudio, llevado a cabo por el Departamento de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, dentro del Proyecto GALINUT, con el fin de conocer el riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes y su relación con la autoimagen y la composición corporal, y en el que se realiza el Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test-EAT*) a 509 adolescentes sanos, de entre 14 y 18 años, que no cumplen criterios

DSM-IV para anorexia y/o bulimia nerviosa, se pone en evidencia una incidencia de conductas preanorexígenas, índice de EAT superior o igual a 30, del 5,5% de la muestra total, en el 9,6% de las mujeres frente al 0,8% de los varones. Estos datos corroboran las cifras anteriores y reflejan la elevada frecuencia de este tipo de conductas en los adolescentes, así como la mayor susceptibilidad del sexo femenino.⁵

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años.

En Chile no disponemos de información sobre la prevalencia de estos trastornos. La Dra. Behar (Chile 1998) publicó los resultados de un estudio en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, los que evalúan el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontrando en escolares de III y IV Medio de la V región del país que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%. No se ha publicado un seguimiento de estos grupos, lo que permitiría evaluar la capacidad de predecir TCA en estas jóvenes.

Alrededor del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis, pero no así en su etiopatogenia lo que es más complejo. Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana. A la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. Esta situación se observa con mayor frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la prevalente focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social, tendencia que se acentúa durante la

adolescencia. Por otro lado, los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres.⁶

Estudio la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en una muestra representativa de 1.543 adolescentes y jóvenes de 12 a 21 años de ambos sexos, escolarizados en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). MÉTODO: Muestreo aleatorio por conglomerados, eligiendo los centros al azar en función de dos variables: a) Madrid capital vs. municipios CAM; y b) centro público, concertado o privado. Fueron excluidos los centros de educación especial. El estudio epidemiológico consistió en dos fases: Una primera fase de barrido, en la que se administró: una ficha de datos sociodemográficos generales junto con dos instrumentos de barrido: a) Eating Attitudes Test (EAT-40) y b) Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). Todos los sujetos (n = 349) que igualaron o superaron el punto de corte 20 en el EAT-40 y/o que cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV-TR en el EDE-Q fueron seleccionados para una segunda fase de entrevista, junto con una muestra aleatoria de probables controles (n = 270). La entrevista utilizada fue Eating Disorder Examination (EDE). RESULTADOS: El 3,3% de la muestra: 51 sujetos (4 varones y 47 mujeres) cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV-TR de TCA en la entrevista EDE. La tasa de prevalencia de TCA fue de 5,13% en mujeres (2,73% trastornos alimentarios no especificados (TCANE); 2,29% bulimia nerviosa (BN) y 0,11% anorexia nerviosa (AN)) y de 0,64% en varones (0,48% TCANE; 0,16% BN y 0,00% AN). Las variables sociodemográficas que han mostrado tener asociación con el padecimiento de TCA en la muestra fueron: sexo, edad, número de hermanos, familias monoparentales y fallecimiento de alguno de los padres; siendo superior en: mujeres (Odds Ratio (OR) = 8,4), mayores de 19 años (OR = 4), hijos únicos (OR = 2), alumnos que viven sólo con uno de los padres (OR = 4) y aquellos cuyo padre o madre ha fallecido (OR = 6).⁷

Estudio epidemiológico transversal de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la Región de Murcia. Se reclutó una muestra representativa de 2.005 adolescentes, de ambos géneros, de 12 a 17 años, que cumplimentaron en la primera fase de la investigación la siguiente batería de pruebas: Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Inventory (EDI) y Autoconcepto Forma 5 (AF5). Ciento veintiséis casos superaron los puntos de corte establecidos para pasar a la segunda fase de la investigación. Dos evaluadores realizaron a los participantes seleccionados para la segunda fase una entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (grado de acuerdo entre los entrevistadores: 96,10%)

La prevalencia de los trastornos de la conductas alimentaria en general en la Región de Murcia es 6,29% y, en particular, es 0,45 anorexia nerviosa, 1,40% bulimia nerviosa y 4,44% trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La prevalencia es mayor en el género femenino, especialmente en anorexia y bulimia nerviosas, y a la edad de 13 años. Los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan negativamente con el autoconcepto físico.⁸

El perfil epidemiológico de las enfermedades del chileno ha cambiado notoriamente en las últimas décadas. Las diferentes acciones en salud, la generación de un mayor conocimiento científico nacional en áreas prioritarias y la mejoría en las condiciones de saneamiento ambiental entre otras, han permitido erradicar la desnutrición infantil y disminuir la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Esto se ha traducido en una disminución de la mortalidad infantil de 125 por 1 000 nacidos vivos en la década de los 60 a 16 por 1 000 a comienzos de 1990, llegando actualmente a cifras de 7,8 por 1000.

Los datos de vigilancia epidemiológica que disponemos, a través de las estadísticas del Ministerio de Salud, demuestran que la población infantil, de menores de 6 años, presenta cifras cada vez menores de bajo peso y un incremento importante en los niveles de malnutrición por exceso. Esta

realidad no es ajena a 10 que sucede en otros países en desarrollo o desarrollados, en los que al igual que en nuestro país, los cambios desfavorables en los estilos de vida están determinando un perfil epidemiológico caracterizado por el sedentarismo, los malos hábitos alimentarios y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs). Estas patologías, que representan una importante carga en morbilidad y mortalidad en la edad adulta, se originan en gran parte, muy precozmente en la etapa infantil, incluso antes, en la etapa fetal, y se incrementan durante toda la vida.

Recientemente el Ministerio de Salud inició para todo el país una "Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital", que pretende relevar el tema nutricional, a través de la consejería en vida sana, en todas las acciones de salud, con énfasis en la infancia y en el embarazo, con el objetivo de prevenir las ECNTs.

Actualmente, existen diversas iniciativas, tanto en el ámbito de salud como de educación, y en conjunto con grupos académicos expertos, cuyo objetivo es contribuir a la promoción de la salud y a la prevención tanto de la malnutrición por exceso como de las enfermedades asociadas a ella (diabetes, hipertensión, cardiovasculares y otras).

El Ministerio de Salud en respuesta a la necesidad de concordar la forma de evaluar a los escolares y adolescentes formuló en el año 2004, la norma técnica de evaluación del estado nutricional del niño(a) de 6 a 18 años, 10 que constituye el primer paso para avanzar en la tarea de intervenir también en este grupo etario.

No podemos dejar de lado otro grupo de enfermedades del ámbito nutricional, que afectan a los escolares, y especialmente a los adolescentes, y que tiene que ver con alteraciones en la conducta alimentaria, de distintos niveles de gravedad, y que están relacionadas con un cambio en el modelo de belleza y éxito y que también debemos enfrentar desde la mirada de la promoción de la salud y de la prevención en grupos de riesgo.⁹

En el presente trabajo se analiza la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes.

Aplicando el Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), el Sick Control On Fat Food (SCOFF) y la subescala de insatisfacción corporal (BD) del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) a 841 estudiantes, de 12 a 19 años, se analizaron las conductas alimentarias de riesgo, se estudiaron las diferencias en función del sexo y la edad y se analizó la relación de dichas conductas con el grado de insatisfacción corporal. El 21,29% tuvo puntuaciones significativas en el SCOFF y el 7,13% en el EAT-40. Por sexos, hubo diferencias significativas (13,93% y 3,23% en SCOFF y EAT-40 para los varones, 29,38% y 10,70% para las mujeres). Con respecto a datos anteriores, se observa un descenso del riesgo en las mujeres y un incremento en los varones. Se observó una mayor insatisfacción corporal en las chicas de 12 a 17 años, si bien la diferencia entre chicas y chicos, en alteraciones alimentarias, se centra en los 14-16 años. La insatisfacción corporal correlacionó positiva y significativamente con el Índice de Masa Corporal, EAT-40 y SCOFF. Para implantar programas de prevención primaria en la población adolescente, es necesario conocer las conductas alimentarias de riesgo y el grado de insatisfacción corporal, para poder plantear específicamente las intervenciones a llevar a cabo, involucrando al profesorado como agente primario de trabajo en el contexto escolar.¹⁰

1.2. BASES TEORICAS.-

1.2.1. Generalidades

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. Los TCA no son una patología moderna ni un problema nuevo, ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, en cambio, es la virulencia con la que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético. El incremento en los últimos años ha conducido a que durante

la última década se haya producido una gran proliferación de investigaciones a fin de poder determinar, por una parte, los principales factores implicados en la adquisición y mantenimiento de estos TCA y, de otra, desarrollar instrumentos de evaluación y procedimientos terapéuticos potentes para poder tratar dichos trastornos y potenciar las vías para su prevención.¹¹

Los TCA están actualmente de moda. Desde hace unos años raro es el día en que en los medios de comunicación no nos informan de algún aspecto relacionado con el tema (se enfatiza sobre su alta causalidad social, el incremento de su frecuencia, la sintomatología, medidas terapéuticas...). Además participamos de una sociedad consumista, despilfarradora y superficial en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido; en contraposición, calan otros mensajes publicitarios que identifican cuerpos. En este contexto no tiene demasiado sentido el sacrificio; por ello, en lugar de una dieta muy restrictiva que supone sacrificio, se utiliza pronto el vómito o laxantes o diuréticos, lo que complica el proceso.

Los TCA son alteraciones psicológicas que conllevan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; de ellos los más conocidos son la AN y la BN, pero también se incluyen otros como los trastornos no especificados, los trastornos por atracón y otros trastornos atípicos (pica y rumiación) que pueden darse en la edad infantil y en ciertas alteraciones mentales. Suelen caracterizarse por:

- Gran preocupación por el peso corporal y la figura.
- Percepción alterada de la imagen corporal.
- Dietas extremas o ayunos.
- Episodios de sobreingesta.
- Combinación de ayunos prolongados y sobreingesta.
- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta (en atracones).
- Pueden cursar con adelgazamiento (anorexia nerviosa, anorexia bulímica), con normopeso (bulimia) y con sobrepeso (comedores compulsivos).

En la actualidad parece evidente que los TCA tienen un origen multicausal, en el que convergen múltiples factores (genéticos, psicológicos, socioculturales, cognitivos), en continua interacción, que hacen más difícil la solución de los mismos. El diagnóstico requiere descartar otras enfermedades y reconocer estos trastornos cuando se dan con otros síntomas, como aparición tardía de la pubertad, amenorrea primaria o secundaria, asociada a otras patologías (renales y cardiovasculares) por el riesgo inmediato que suponen para la vida de la paciente.

1.2.2. La Adolescencia

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.¹²

El término **adolescente** se usa generalmente para referirse a una etapa que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.¹²

Uno de los principales cambios que se viven en la adolescencia tiene que ver con la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, ese cuerpo que es muy diferente al que tenías de niño o niña.

Esta situación provoca una especie de aislamiento (un ejemplo de esto es que se prefiere pasar mucho tiempo a solas encerrado/a en el cuarto) y a la vez a una exploración constante del cuerpo. También surgen sensaciones de vergüenza e incomodidad, especialmente por la creencia de que las demás personas están muy pendientes de los

cambios que ha experimentado nuestro cuerpo. Esto también genera que se le dedique mucho tiempo y atención a la apariencia física, probando nuevas formas de vestir, peinarse, hablar, caminar, con la intención de mostrarse más atractivo y de ser aceptado.

1.2.2.1. El adolescente y su imagen corporal¹³

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes.

En la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, se puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarla”.

Según Bruch, la anorexia nerviosa tiene tres características: un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal.

El experto en adolescencia y trastornos alimentarios, Alfredo Goño Grandmontagne, catedrático español de Psicología Evolutiva y de la Educación refiere “Muchas personas no están a gusto con su cuerpo y tiene directamente que ver con nuestra sociedad, donde impera el ideal corporal de la delgadez asociada al éxito, a la belleza, al autocontrol y a otras cualidades positivas. Los medios de comunicación

difunden persistentemente este modelo difícil de alcanzar.”. Remarcó que “cuando la gente compara la imagen corporal propia con el ideal interiorizado, surgen sentimientos de insatisfacción corporal y personal, de ansiedad y una necesidad compulsiva de cambio físico. Entonces, aparecen los trastornos.

La gente recurre a la inanición, a purgas mediante vómitos, diuréticos o laxantes, ejercicio físico compulsivo o desgaste de zonas corporales concretas que, como sucede en el caso de la anorexia y la bulimia, ponen en grave peligro la salud física y psicológica”.

1.2.2.2. Desarrollo psicosocial del adolescente

Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma.

La adolescencia es una etapa de transición, y los cambios físicos, psíquicos y sociales que se operan, entrañan la necesidad de que el individuo se adapte a ellos. Cuanto más rápido se produzcan estos cambios, tanto más difícil será la adaptación. El éxito con que el adolescente transcurra por esta etapa dependerá, en gran parte, de la forma en que se le preparo para ello durante su niñez. La transición biopsicosocial de esta época de la vida, no es necesariamente uniforme ni sincrónica, pudiendo haber asincronías entre los aspectos biológico, intelectual, emocional y social¹⁴.

Etapas del desarrollo psicosocial del adolescente.-

1. Adolescencia Temprana Esta primera etapa comprende las edades de 10 a 13 o 14 años en las mujeres y de 12 a 14 o 15 años en los varones, es decir, entre la primera mitad y las primeras dos terceras partes del desarrollo puberal. En

esta etapa el adolescente aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal.

Es una etapa de tensión y conflictos familiares por causa del adolescente. Etapa donde se manifiesta cierta rebeldía. La autoestima esta poco desarrollada y el adolescente es muy susceptible a la crítica. Las relaciones sociales son predominantemente con jóvenes del mismo sexo, pero ya pueden iniciarse algunas con el sexo opuesto y a través de ellas se va reforzando la masculinidad o la feminidad. Con respecto a esta primera etapa, es oportuno señalar que la incertidumbre que tiene el adolescente con respecto a su rol, la percepción de su realidad biopsicosocial nueva y cambiante que debe aceptar ¹⁴

2. Adolescencia Intermedia: A Esta segunda etapa corresponde a las edades de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 años en los varones.

Es cuando los caracteres sexuales secundarios están ya en sus estadios 4 o 5 y la velocidad de crecimiento está declinando o ha terminado en algunos casos. Ya están menos preocupados por sus cambios físicos y menos incierto al respecto, pero la imagen corporal no está aun plasmada y tratan de ser lo más atractivos posible buscando un intenso "sex appeal "para atraer al sexo opuesto. Tanto mujeres como varones pasan mucho tiempo arreglándose para lucir lo mejor posible, y la vestimenta, el peinado los adornos, etc., son muy importantes en esta etapa. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia debido

a que el proceso de maduración de la imagen corporal no es aun completo.

En esta etapa se reduce más claramente el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y mas desafiante.

La identidad esta mejor desarrollada en esta etapa y la autoestima es más satisfactoria¹⁴.

Adolescencia Avanzada: Esta última etapa del desarrollo psicosocial comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 años en los varones.

Los adolescentes de estas edades son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar ya plasmada. El arreglo personal debe ser menos compulsivo y ansioso que en la etapa anterior¹⁴.

1.2.3. Trastornos de la Conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos que se caracterizan por alteraciones graves en la alimentación; que a nivel conductual, pueden manifestarse de manera patognomónica con una dieta restrictiva, con empleo de conductas compensatorias como el vómito, laxantes, diuréticos, o el ejercicio en exceso. A parte de otras muchas alteraciones comportamentales. A nivel cognitivo, los TCA conllevan insatisfacción corporal, tanto a nivel de la forma como del peso, que lleva en la mayoría de los casos de los pacientes, a distorsionar y a sobrevalorar el peso y la forma de sus cuerpos.

En la clasificación de los años 80¹¹ los TCA se trataron como una subclase dentro de los trastornos en la infancia, la niñez y la

adolescencia, y se hallaban dentro de los trastornos cuya principal manifestación era somática, con los trastornos por movimientos estereotipados y otros trastornos de manifestación somática. Con la aparición del DSM- IV¹⁵ se los incluyó como categoría independiente denominada Trastornos de la conducta alimentaria. En ellos se incluirían trastornos como la anorexia nerviosa, que tendría como principal característica la no aceptación a mantener el peso dentro de unos mínimos normales y la bulimia nerviosa, que se caracterizaría por episodios continuados de ingesta voraz que irían seguidamente acompañados de otro tipo de conductas compensatorias que no son apropiadas, como la provocación del vómito, el uso excesivo de fármacos laxantes, y diuréticos, u otros tipo de medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos dos tipos de trastorno tendrían en común la distorsión de la percepción de la forma como del peso corporal. El DSM- IV¹⁵ también incluye aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta específico (TCANE), en donde se incluiría Tanto el “trastorno de sobreingesta” denominado “trastorno por atracón” en la posterior revisión¹⁶ que se halla dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores.

1.2.3.1. Clasificación¹⁷

1.2.3.1.1. Anorexia nerviosa (Ana)¹⁷

Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones. En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva, de miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite de peso corporal.

Generalmente existe desnutrición de grado variable, con cambios endocrinos y metabólicos secundarios que pueden llegar a ser graves.

Los síntomas incluyen dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, consumo de reductores de apetito y diuréticos.

La Anorexia nerviosa se puede clasificar en dos tipos:

1. **Anorexia restrictiva**, en la cual la persona solamente disminuye su ingesta de alimentos sin tener comportamientos compensatorios
2. **Anorexia purgativa y/o con ingesta compulsiva**: durante el episodio de anorexia, se han tenido comportamientos compensatorios como comer compulsivamente, purgarse, inducirse el vómito, laxarse, usar diuréticos, hacer ejercicio en forma excesiva, etc.

1.2.3.1.2. Bulimia nerviosa (Mia) ¹⁷

Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar y tomar purgantes.

Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, que incluye una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa unos meses o unos años antes.

La sintomatología puede ser compartida por ambos trastornos y muchos pacientes son difíciles de clasificar dentro de un grupo concreto.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa en función del tipo de purga que se utiliza para compensar el atracón.

Tipo purgativo: Cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito, enemas, laxantes, diuréticos u otros fármacos para eliminar lo más pronto posible el alimento del cuerpo.

Tipo no purgativo: El individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes diuréticos ó enemas en exceso.

1.2.3.1.3. Trastorno alimentario no especificado (TANE) ¹⁷

Los trastornos alimentarios no se limitan sólo a la anorexia y a la bulimia. Existe una tercera categoría denominada Trastorno Alimentario no Especificado.

Pacientes que si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (Anorexia o Bulimia).

Como en los siguientes casos:

- Mujeres que cumplen todos los criterios para la Anorexia, pero con menstruación regular.
- Se cumplen todos los criterios para la Anorexia pero con peso dentro de los límites de la normalidad (típico de pacientes obesos).
- Se cumplen todos los criterios para la Bulimia, pero con una frecuencia de atracones y/o conductas compensatorias menor a 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida.
- Masticar y escupir, sin tragar, cantidades importantes de comida.

- Trastorno por ingesta compulsiva, atracones, recurrente en ausencia de conductas compensatorias.
- Fobia a la gran mayoría de alimentos y/o conductas de vómito que, según refiere el paciente, justifique el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria, pero sin que exista un miedo intenso a aumentar de peso.

1.2.3.1.4. Síndrome de descontrol alimentario (SDA) Trastorno por atracón ¹⁷

Este trastorno tiene algunos de los comportamientos de la bulimia nerviosa como el "hambre voraz", con la diferencia de que la persona afectada aunque se siente culpable luego de tener un atracón no hace nada para contrarrestarlo.

Se cree que el 40% de las personas afectadas son hombres, lo cual marca una diferencia cuantitativa importante con la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

La persona afectada con SDA ingiere frecuentes comidas en donde la cantidad de alimento es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

Esto genera problemas en los sistemas digestivo y endocrino con consecuencias físicas que incluyen obesidad, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, daño o pérdida del riñón, artritis, deterioro del sistema óseo e incluso la muerte.

Quienes sufren de este desorden, presentan una combinación de síntomas similares a los analizados en los comedores compulsivos y los bulímicos. La víctima ingiere grandes cantidades de comida -atracción- en un pequeño periodo de tiempo (menos de dos horas), de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena. El peso de estas personas se ha caracterizado por ser más

elevado que el apropiado, con tendencia a dificultárseles más el bajar de peso que a un individuo sin este desorden. Estas personas después de la comilona sienten ataques de culpa y depresión severa, sin embargo y a diferencia de la Bulimia, las personas con el desorden del atracón, no utilizan ningún medio de purgación, no usan laxantes o practican ejercicio de forma compulsiva después de los episodios de comida.

Las razones que causan este desorden son muy similares a las de los comedores compulsivos: utilizan el atracón como una forma de esconderse y de huir de sus emociones, para llenar un vacío interno y para manejar y evadir el diario estrés, la angustia y el dolor.

1.2.3.1.5. Bulimarexia ¹⁷

La persona que se vale de los atracones de comida como forma de enfrentar los repentinos y violentos retorcijones de hambre que siente, y luego vomita, purgándose para mantener su peso en niveles muy bajos, sufre de Bulimanoxia.

Es probable que desde el punto de vista físico éste sea el trastorno de alimentación más peligroso y de mayor riesgo para la vida.

La persona enferma no sólo sobrelleva los efectos de la inanición sino que además impone a su cuerpo una terrible sucesión de atracones seguidos de purgas o vómitos. Para muchos investigadores no se debe diferenciar bulimarexia de anorexia, aduciendo que el estado mental y la visión del mundo de alguien bulimarético son los mismos que los de una anoréxica.

Para otros autores existe una gran diferencia entre la persona que puede seguir pasando hambre -sin reconocer necesidad o hambre alguna- y la persona que quiere hacer

eso, pero en realidad es hasta cierto punto incapaz de negar sus necesidades por completo.

1.2.3.1.6. Vigorexia ¹⁷

Aunque la vigorexia no es precisamente un trastorno de la alimentación, si guarda con estos mucha relación pues sus causas subyacen en los problemas de índole socio-cultural, los afectados presentan falta de aceptación y dismorfia corporal.

Las personas que padecen vigorexia tienen tal obsesión por verse musculosas que se miran constantemente en el espejo y nunca se ven satisfechos.

Como se ven muy delgados para su gusto emplean todos los medios disponibles para aumentar su masa muscular. Se aíslan en el gimnasio durante horas para levantar pesas y aunque estén lesionados siguen tratando de sacar más músculos; siguen dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular y abusan de sustancias como hormonas y esteroides anabólicos. Estas últimas producen el aumento de la masa muscular, pero también anomalías hepáticas que con el tiempo pueden degenerar en cáncer de hígado.

1.2.3.2. Análisis histórico ¹⁸

Los trastornos de la alimentación no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar, no son un problema nuevo, lo novedoso es la virulencia con la que se han presentado en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético.

Antes de su individualización como síndromes encontramos en la literatura un cierto número de descripciones históricas. Existe ahora la evidencia de antecedentes históricos reconocibles de anorexia nerviosa, si la consideramos como toda evitación del alimento de

origen nervioso, sin causa orgánica encontrada o con un peso corporal anormalmente bajo sostenido.

En la Antigüedad: Ya en el **Corpus hipocraticum**, conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos (año 460-377 antes de Cristo) en sus Aforismos, se dice “Los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada”.

Soranos (años 93-138) describe la amenorrea y la anorexia en la mujer.

Galeno (año 155) describe un cuadro de emaciación (adelgazamiento morbo) en el cual el paciente es incapaz de comer. También describió la Kynos orexia o hambre canina como sinónimo de la bulimia.

En la Civilización Romana la ingesta masiva y la conducta de purgarse posterior a una comida copiosa constituían un ritual socialmente aceptado en banquetes y fiestas.

En el Talmud judío se hace referencia al “boolmut” o “boolmot”, un trastorno hiperfágico (comer en exceso) que aparece en las personas con problemas emocionales.

En la edad media: Relatos de casos bien documentados de anorexia nerviosa se encuentran en la literatura que describe a los primeros santos cristianos; este es el caso de mujeres santas, en la Edad Media, que ahora han sido consideradas sospechosas de padecer un trastorno alimentario. Un extendido ayuno, los peculiares hábitos alimentarios y la resistencia en contra de toda forma de tratamiento son elementos de las vidas de estas santas que se pueden encontrar en las actuales descripciones de la anorexia nerviosa.

Santa Wilgefortis o **Virgofortis** (hija mártir del rey de Portugal) que ayunó cuando su padre la obligó a contraer matrimonio, cubriéndose de vello (años 700 a 1000 antes de Cristo). Su imagen barbada fue objeto de culto en toda Europa (Santa Liberata en España), por las

mujeres que quieren apartarse de las “servidumbres de su sexo”, en los problemas menstruales, embarazo, dolores del parto.

Santa Catalina de Siena (1347-1380). Se narran sus rigurosas abstinencias alimentarias y los episodios de ingesta masiva y el tipo de caña que esta santa empleaba para inducirse el vómito y se listan las hierbas purgantes que utilizaba.

Lidwina de Schiedam, que vivió durante años alimentándose “sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia”.

En nuestro país **Santa Teresa de Ávila** (1500) comenzó a usar constantemente una rama de olivo para inducirse el vómito y vaciar totalmente el estómago para así poder acoger dignamente la hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento.

Del siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación recabando la atención pública y recompensas materiales siendo considerados sus ayunos como milagrosos por panfletos y periódicos de la época.

A partir de la segunda mitad del XVII cambia su consideración social y las “**doncellas milagrosas**” pasan a ser simplemente “**muchachas ayunadoras**”.

La **Chlorosis** es otra enfermedad relacionada. En 1554 **Lange** la describe en mujeres jóvenes, la mayor parte vírgenes. Pocos autores de su tiempo mantienen que puede darse también en varones jóvenes y delicados.

En la descripción original no se hace referencia al color verde de la piel referido por otros.

Un profesor en Montpellier es el primero, en 1615, que describe este color anormal blanco o verde de las pacientes vírgenes afirmando que tienen depravados y caprichosos apetitos asociados con un descenso de la ingesta de alimentos y a veces náuseas y vómitos.

Se recomendaba el vivir con un hombre, la cópula y el embarazo como tratamiento.

En pleno S. XVIII o en el S. XIX los “artistas del hambre” o “esqueletos vivientes”, más frecuentemente hombres, exhibían públicamente su habilidad para resistir vivos largos períodos de ayuno como describe magistralmente Franz Kafka en el tercero de la serie de cuatro cuentos, publicada en 1924, “Un ayunador profesional” quizás como sólo un iniciado, un anoréxico, puede hacerlo.

La primera descripción clínica sistemática se atribuye a **Richard Morton**, que en 1689 la llamó “consunción nerviosa, atrofia nerviosa o ptisis nerviosa” coincidiendo básicamente con la anorexia nerviosa actual. Esta descripción trata de un muchacho de 16 años, hijo del reverendo Steele, cuya etiología atribuye a estudiar demasiado y otra paciente de 18 años, la hija de Mr. Duke, con amenorrea, disminución del apetito y trastornos psicológicos.

La bulimia no se define oficialmente hasta los años setenta. Pero no es un trastorno nuevo, pese a las creencias populares, siendo usada por vez primera por **Trevisa** en 1398.

1.2.3.3. Epidemiología

Los trastornos de la alimentación afectan mucho más a la mujer que al varón (entre un 6/1 y un 10/1). En el caso de la anorexia la preponderancia del sexo femenino es aún mayor, estando alrededor de un 95%. Sin embargo, en pacientes infantiles, no existen diferencias tan marcadas. La prevalencia de la anorexia entre mujeres se ha señalado en un 0,5%-3,7%. En el caso de la bulimia, las diferencias también son menos llamativas, siendo los varones aproximadamente un 40% de la población afectada. En el caso de las mujeres, la prevalencia de la bulimia estaría entre un 1,1% y un 4,2%.

En cuanto a la variable edad, los TCA se desarrollan en la adolescencia o en la juventud, aunque existen casos excepcionales que aparecen después de los 40 o en la infancia. En el caso de la

bulimia, el inicio es algo más tardío, comenzando entre los 18 y los 20 años.¹⁹

En un principio se pensaba que los TCA eran más frecuentes en los niveles socioculturales medios y altos. Sin embargo, en la actualidad esta tendencia ha desaparecido; por un lado cabe destacar una mayor uniformidad entre las clases sociales y un acceso igualitario hacia los estereotipos culturales en los que el éxito se asocia a un culto a la delgadez y a una figura atractiva. Sin embargo, sí existen grupos de riesgo según sea el desempeño profesional, hallándose mayor riesgo en grupos de atletas, bailarines y modelos entre otros.

1.2.3.3.1. Prevalencia de los TCA

En los diferentes estudios el porcentaje de casos en TCA en población general se situaría entre el 1.28% y el 8.65%.¹⁵ Las diferencias en la prevalencia están relacionadas con las diferentes características de los estudios, como por ejemplo la selección de la muestra, la edad de la muestra y el método de cribado para seleccionar la población de riesgo. En las mujeres, la prevalencia sería superior a la de los hombres hallándose entre el 4.1% y el 5.8 %, frente a la de los hombres que se hallaría entre el 0.0% y el 0.9%.¹⁵

La prevalencia de lo que se denominaría estrictamente anorexia nerviosa (AN) se situaría entre el 0.3% y el 0.9 % en mujeres y entre el 0.0% y el 0.3% en hombres siendo inferior a la de la bulimia nerviosa (BN) que se situaría entre el 0,37% y el 3,94 % en mujeres y entre el 0.36% y el 0.6% en hombres.¹⁵

La prevalencia de los denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) sería superior a la AN y la BN, situándose entre el 1.3% y el 4.71% en mujeres y el 0.0% y el 0.77% en hombres.¹⁵ De hecho los TCANE son muy comunes llegando a afectar a las tres cuartas partes de toda la comunidad de sujetos con

diagnósticos de TCA²⁰. Recientes evidencias en diferentes estudios epidemiológicos, como por ejemplo la predominancia de nuevos casos en el período de la adolescencia media²¹, sugieren que la prevalencia de los TCA está en alza en los adolescentes y que la edad de inicio es más temprana. Una prevalencia media de 0,5% en anorexia nerviosa y en bulimia nerviosa fue hallada en mujeres adolescentes²². En otro estudio, un 1.28% (2.31% mujeres y un 0.13% en hombres) del total de una muestra en la cual más de un 13.16% tenía una edad inferior a los 12 años tenía un diagnóstico de TCA²³. No obstante existen pocos estudios en población no-clínica por debajo de los 12 años que informen de diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria.

1.2.3.3.2. Incidencia de los TCA

La incidencia de los TCA ha aumentado en las últimas décadas del pasado siglo. En un estudio epidemiológico sobre TCA llevado a cabo entre 1970 y 1989,²⁴ hallaron que las tasas de incidencia fueron estables durante la mayor parte del periodo estudiado, pero que hubo un significativo aumento de la incidencia de la AN y la BN en los últimos 5 años del estudio.

En una revisión de las tasas de incidencia,²⁵ concluyeron que la incidencia total fue superior para la BN que para la AN. De hecho,²⁶ hallaron que en el año 2000, las tasas de incidencia en un centro de medicina primaria fue de 4.7 y 6.6 por 100,000 para AN y para BN respectivamente. A su vez, en un estudio realizado con mujeres de entre 20 y 32 años se halló que la incidencia de AN, en población general se situaba alrededor de 100 casos/100,000 y cerca de 500 casos/100,000 año en bulimia nerviosa²⁷.

Esta mayor incidencia en BN podría deberse a la participación en el estudio de un grupo de sujetos con un rango de edad más elevado que es el que está usualmente más relacionado con la BN.²¹

Hallaron una incidencia superior de 300 casos/100,000 en una muestra de mujeres de entre 13 y 22 años, y hallaron una incidencia similar en BN.²⁸

Hallaron una incidencia similar en AN de 270/100,000/año en una población de mujeres de los 15 a 19 años.¹¹

1.2.3.4. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria²⁰

Los estudios transversales han generado hipótesis en referencia a los factores de riesgo de los TCA, pero este tipo de trabajos no nos permiten determinar si los factores identificados preceden el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa o son las consecuencias de estos trastornos.

En la última década los estudios longitudinales han asociado los trastornos tempranos de la alimentación²⁹ la preocupación por el peso³⁰, el perfeccionismo³¹, la obsesión por la delgadez y la tendencia hacia la somatización³², con un mayor riesgo de un posterior desarrollo de TCA. Existe un consenso de que un acercamiento multifactorial que comprenda factores biológicos y sociales es el más valorable a la hora de explicar el desarrollo y el mantenimiento de los TCA³³; ³⁴.

1.2.3.4.1. Factores de tipo individual³⁵

1.2.3.4.1.1. Factores biológicos

Muchos estudios sugieren que el **IMC** es un consistente predictor de TCA. En varios estudios se halló una asociación directa entre

un IMC elevado y los síntomas básicos de TCA^{36, 37, 38}.

Se halló que el sobrepeso, fue un importante antecedente en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, probablemente a través del inicio de una dieta, tanto en hombres como en mujeres³⁹.

En lo referente a **genética**, los principales genes estudiados son los codificadores de las proteínas implicadas en la regulación del hambre, la composición del cuerpo y las rutas de los neurotransmisores relacionados con la regulación del comportamiento⁴⁰.

Diferentes estudios han hallado una relación entre la anorexia nerviosa y el alelo A de polimorfismo -1438G/A2A del gen 5-HT2A que codifica el receptor de **serotonina**^{41, 42}.

En otro estudio, que se realizó con 200 familias, se halló que en 200 sujetos con TCA y 232 familiares afectados con algún tipo de TCA, la mayoría (95%) de los familiares tenía algún tipo de AN, en un pequeño porcentaje (1,3%) tenía un diagnóstico de bulimia nerviosa y tan sólo un 2.6% tenía un diagnóstico de TCANE⁴³. Esta asociación se mostraría más fuerte en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo que en la de tipo purgativo⁴⁴.

El **desarrollo puberal** en relación con los compañeros de los niños y las niñas parecen

tener importantes implicaciones en la imagen corporal y la popularidad⁴⁵. El desarrollo temprano en los chicos es generalmente una ventaja en el desarrollo. Tanto en términos de que la forma de su cuerpo se ajusta al ideal sociocultural y a una mayor capacidad atlética, si se comparan con los niños de maduración tardía⁴⁶.

El desarrollo puberal tardío en varones pareció implicar un mayor riesgo de desarrollar niveles más altos de insatisfacción corporal, de tener comportamientos alimentarios alterados y de la realización ejercicio para lograr que sus cuerpos estuvieran en consonancia con el ideal sociocultural^{46, 47}.

El reverso parece ser para las mujeres adolescentes con el desarrollo puberal tardío en lugar de las que tienen un desarrollo puberal temprano, las cuales tendrían más posibilidades de tener un cuerpo conforme al ideal sociocultural⁴⁸.

1.2.3.4.1.2. Factores psicológicos

A parte de los factores psicopatológicos, los factores psicológicos como son la baja **autoestima**, y **variables de personalidad**, alto nivel de **neuroticismo** y alto **perfeccionismo**, han sido objeto de un gran número de estudios que los han relacionado con el desarrollo de un T.C.A. Un alto nivel de neuroticismo y una baja autoestima, podrían ser ambas, causas y consecuencias del desarrollo de un trastorno

de la conducta alimentaria, creando una especie de “círculo vicioso” (un mecanismo de feedback positivo) que perpetuaría el problema⁴⁹.

Hallaron que el perfeccionismo orientado hacia uno mismo es más específico de los TCA que del trastorno depresivo o ansioso⁵⁰.

Hallaron que altos niveles de perfeccionismo predijeron el desarrollo de sintomatología bulímica sólo cuando se combinaba con la percepción de estar en sobrepeso; las mujeres que mostraron una baja autoestima fueron más susceptibles a la interacción entre perfeccionismo y el sobrepeso percibido ⁵¹.

En un estudio se halló que el desarrollo de sintomatología bulímica en un período de 5 semanas fue predicho por la interacción del perfeccionismo, la insatisfacción corporal, y la autoestima⁵².

Otro factor de riesgo importante es **la imagen corporal**¹³, un alto grado de insatisfacción corporal es una de las características clínicas cruciales en los trastornos de la conducta alimentaria, y también ha sido consistentemente identificada como la clave en los patrones subclínicos de alimentación desadaptada y de la dieta.⁵³

La insatisfacción corporal está relacionada con un triple aumento en el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria⁵⁴.

De hecho, a su vez, la insatisfacción con la propia figura parece estar consistentemente

relacionado con el empeoramiento de la patología alimentaria^{55, 56}

Los rasgos de **personalidad**⁵⁷ han sido implicados en el inicio, en la expresión sintomática y en el mantenimiento de los TCA. Basados en el modelo de personalidad propuesto por Robert C. Cloninger los resultados de diferentes estudios han mostrado que generalmente una alta evitación del daño, baja autodirección y baja cooperación son comunes en todas las clases de TCA^{58; 59; 60}.

Los estudios con muestras de pacientes adultos han mostrado a su vez que de acuerdo con los diferentes perfiles de personalidad, los pacientes con AN podrían ser diferenciados de aquellos con BN, así como del grupo control de sujetos sanos⁵⁸.

Existen consistentes diferencias entre los diferentes grupos de TCA referentes a la personalidad, una alta restricción y persistencia, y una baja búsqueda de la novedad en la AN y una alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y rasgos de trastorno de la personalidad borderline en el Trastorno por atracón⁶¹.

La **comorbilidad psiquiátrica** ha demostrado ser predictiva también. La prevalencia de trastornos de ansiedad en general y en particular el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es más alta en la población con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que en un grupo no clínico de mujeres^{62; 63}.

El 83% de los sujetos con AN y el 71% de aquellos con BN tuvieron al menos un diagnóstico de ansiedad en la vida que comúnmente tuvo su inicio en la infancia previo al TCA⁶⁴; ⁶³. La comorbilidad del trastorno de ansiedad es anterior a la aparición de el TCA en el 75% de los sujetos con AN, y en el 88% de los sujetos con BN.

Los adolescentes con distimia, trastorno de pánico y depresión mayor, tuvieron significativamente más probabilidades de padecer un TCA, que aquellos que no tenían ningún diagnóstico, aunque la distimia podría estar más fuertemente asociada a los TCA en adolescentes⁶⁵.

De hecho, hallaron que la presencia de distimia en la adolescencia era un posible factor de riesgo en el desarrollo de la bulimia nerviosa⁶⁶.

1.2.3.4.1.3. Factores comportamental o del comportamiento⁶⁷

La **dieta** restrictiva es un fenómeno comportamental que se está convirtiendo en algo muy frecuente entre los adolescentes, y está ciertamente relacionado con la patogénesis de los TCA como factor de riesgo. En varios estudios se ha hallado que la práctica de la dieta es un importante factor de riesgo para el desarrollo de TCA⁶⁸; ⁶⁹; ⁷⁰; ⁷¹.

En un estudio, se halló que la dieta y los comportamientos inapropiados para el control de peso predijeron resultados relacionados con

la obesidad y los TCA, en los posteriores 5 años⁷². En otro estudio, sobre la evaluación de las dietas de mujeres adolescentes, fue aplicada una versión modificada del recordatorio de 24 horas en 3 días alternativos. El 21% de las 279 adolescentes mostraron síntomas de AN.

El análisis de la ingesta alimentaria mostró que las calorías, el calcio y el hierro fueron inferiores a las recomendaciones del *Standing Committee on the Specific Evaluation of Dietary Reference Intakes (DRI Committee)* y el *National Research Council*. Comparadas con las mujeres sin síntomas, tenían una significativamente menor ingesta de calorías y hierro y una mayor ingesta de proteínas⁷³.

El **ejercicio físico** ha mostrado tener relación directa con los TCA. Para un gran número de mujeres con AN ha demostrado ser una parte integral de la patogénesis y la progresión de la inanición⁷⁴. El ejercicio excesivo ha mostrado estar asociado en particular a la AN de tipo purgativo⁷⁵. De hecho se ha observado que un alto sentimiento de culpa cuando uno se salta el ejercicio estaba relacionado con niveles marcadamente más altos de psicopatología de la conducta alimentaria y una calidad de vida más deficitaria. La combinación del ejercicio destinado únicamente a la pérdida de peso y a la figura y un intenso sentimiento de culpa, estarían asociados entonces, a unos altos niveles de TCA⁷⁶.

1.2.3.4.2. Factores familiares⁷⁷

Aunque algunos estudios no han hallado ningún papel predictivo específico de los factores familiares ^{78; 79}.

En los últimos años, la evidencia ha reforzado la idea de que los padres pueden contribuir directamente a los trastornos de la alimentación de sus hijos a través de diferentes aspectos. Podrían ser el entorno que generan, valores que infunden, en particular fomentado un entorno que enfatiza el atractivo físico, admira la delgadez, enfatiza en exceso todo lo referente a las comidas y la alimentación y alienta conductas como la dieta y el ejercicio en la búsqueda de una figura corporal ideal. El papel de la familia es un aspecto importante en el estudio de los factores de riesgo de los problemas alimentarios de los hijos. Muchos estudios se han centrado en la percepción del adolescente del funcionamiento familiar, en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa^{80; 81, 82}.

Hallaron que los sujetos con algún tipo de diagnóstico de TCA, tuvieron unos patrones de alimentación más desfavorables a edades tempranas que los sujetos sanos o controles, y que estos patrones desfavorables en conjunción con una importancia excesiva otorgada a la comida tanto por el individuo como por la familia podrían aumentar el grupo control ⁸³.

A su vez, en una amplia muestra de mujeres en edad escolar, el predictor más fuerte de sintomatología bulímica fueron los comentarios negativos de los miembros de la familia acerca del TCA de las mismas, su apariencia física y su necesidad de hacer dieta⁸⁴.

Se sabe también que el impacto de los valores paternos puede ser observado a una edad relativamente temprana. Hallaron que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tenían hijas con más preocupación por la delgadez, que sentían una mayor

presión social hacia la delgadez y que intentaban modificar su peso⁸⁵.

En otro estudio con niños de escuela elemental, los intentos para perder peso y una baja autoestima estuvieron significativamente relacionados con los comentarios de los padres acerca de su apariencia física y su peso, y con las quejas acerca del peso de los propios padres⁸⁶. Los hallazgos⁸⁶ apoyan la hipótesis, y la investigación clínica con una cohorte de mayor edad⁸⁷, de que tanto los comentarios como el modelado parental pueden influir en la conducta alimentaria de los hijos, y en especial de las hijas.

1.2.3.4.3. Factores de tipo sociocultural⁸⁸

Existen estudios⁸⁹ en el que se pretende probar las hipótesis según las cuales el desarrollo de la insatisfacción corporal es considerado como una experiencia normativa en muchas mujeres de la cultura del oeste y es una fuerza impulsora hacia las dietas. Así una vez la delgadez es reconocida como un estándar social para la apariencia, se interioriza y a su vez la exposición a los medios de comunicación, las actitudes y comportamiento de la madre y de los iguales acerca del peso corporal está asociado a la conciencia del ideal de delgadez. Estos autores obtuvieron como resultado, que el grado en el que las niñas (de edades comprendidas entre los 9 y los 12 años) de manera individual creían que debían estar conformes con las presiones socioculturales (internalización), estaba asociado con su nivel de conciencia ante esas presiones.

Con lo cual, el predicho rol mediacional de la internalización fue confirmado, indicando que las niñas que eran conscientes del ideal de delgadez, experimentaban insatisfacción corporal una vez lo habían internalizado. La influencia ejercida por la presión social sobre la delgadez, la interiorización del ideal de delgadez y el papel del exceso

de peso aumentan el riesgo de padecer insatisfacción corporal y por tanto de desarrollar un TCA, de especial modo en los adolescentes^{70; 90}. De hecho algunos estudios han mostrado que la insatisfacción corporal es un importante factor de riesgo para el desarrollo^{91; 54} y el mantenimiento de los TCA⁹²

A través de la historia, el ideal de belleza ha sido modelado por la sociedad, siendo en la actualidad difícil de alcanzar⁹³. De hecho en un estudio se comprobó que los programas de televisión “reality shows” relacionados con las operaciones de cirugía estética y de cambio de imagen se relacionaban con actitudes y comportamientos alterados en mujeres, sobre todo en los casos, en los que existía una interiorización del ideal de delgadez⁹⁴.

1.2.3.5. Perfil sociodemográfico: Como conclusión podemos decir que la población con riesgo de padecer anorexia nerviosa son adolescentes del sexo femenino y perteneciente a clases altas, medias superiores de ambientes urbanos, de países industrializados, desarrollados occidentales.⁹⁵

La bulimia nerviosa es más frecuente en las clases medias.

En un estudio mediante encuestas a estudiantes de 72 países muestra que la proporción de mujeres jóvenes que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla; es más elevada que la de los/as jóvenes y aumenta significativamente con la edad¹⁷.

Están preocupadas por su peso...

- A los 11 años 22-44% de las niñas
- A los 13 años 30-40% de las niñas
- A los 15 años 37-61% de las niñas

SEXO.- La gran mayoría de pacientes, cerca de 90%, son mujeres. Las mujeres son las más afectadas, ya que la mayoría de los estudios identifican la incidencia en función del sexo en una relación

de 10 mujeres por cada hombre²⁰. Factores de riesgo para hombres, incluyendo una autoestima pobre y una incidencia más alta de lo normal de los abusos físico y sexual durante la niñez, son similares a los factores de riesgo para mujeres. Los hombres son más aptos para ocultar un trastorno de la conducta alimentaría que las mujeres, haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostique.

Las adolescentes mujeres son afectadas mucho más que los varones en proporción de 9:1 y, entre ellas, el problema es más frecuente en las atletas o gimnastas, las de las fuerzas armadas, las vegetarianas y las que tienen pubertad adelantada²⁰.

EDAD.- La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá en 0.5% a 3% de todos los adolescentes¹². 25% de los anoréxicos son niños incluso tan pequeños como de seis años. En EEUU aproximadamente el 1 % de la población cumple los criterios del DSM-IV y entre el 5-10% de las mujeres entre los 16-25 años presentan anorexia subclínica. La prevalencia de la BN es más incierta que la de la AN. Se calcula que afecta a un 3-10% de la población adolescente americana. Es pues más frecuente en edad cercana a la pubertad y en la segunda década de la vida ¹⁶.

Una revisión realizada en España de estudios de doble fase, que implica que en una primera fase se utilice un instrumento para identificar a la población en riesgo y en una segunda se llevo a cabo una entrevista diagnóstica con una muestra aleatoria de la población de riesgo, identifica entre un 0,2%-0,5% la prevalencia de la anorexia nerviosa en adolescentes. Por su parte⁹⁶, tras revisar los estudios de dos fases más sofisticados y complejos, informan de una prevalencia de la bulimia nerviosa en torno al 1 % en adolescentes y adultas ³.

También se confirma que los trastornos de la conducta alimentaría se desarrollan en edades tempranas, fundamentalmente en la adolescencia.⁴⁷ encuentran en una revisión de 12 estudios de casos sobre la incidencia de la anorexia nerviosa en Norteamérica,

Holanda, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Suiza e Israel, que las adolescentes (13 a 19 años) de sexo Femenino presentan 5 veces más anorexia nerviosa comparadas con mujeres de otras edades.¹¹

NIVEL EDUCATIVO.-

Los estudiantes preuniversitarios corren un riesgo inclusive mayor. Los cálculos de la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%. Sin embargo este problema debe estar bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal.

Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes preuniversitarias han comido excesivamente en algún momento los jóvenes que ocasionalmente se inducen al vomito después de comer demasiado, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continua después de la juventud.¹¹

En un estudio realizado en España en estudiantes universitarios para detectar los sujetos con riesgo de padecer trastornos alimentarios. El análisis estadístico indico que las mujeres tenían puntuaciones más altas para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal e ineficacia que los varones; además, las mujeres tienen un índice de masa corporal más bajo. Encontrándose una prevalencia muy alta, un total de 6,4% de casos de trastornos de la conducta alimentaría¹¹.

NIVEL SOCIOECONOMICO.- Desde los primeros trabajos, clínicos o epidemiológicos, se manifiesta de forma explícita que la anorexia nerviosa se presenta con mayor frecuencia en unos estratos socioculturales concretos: altos y medio altos. En los primeros trabajos de los años setenta destaca que es superior la incidencia de este trastorno en las escuelas de mayor nivel social⁹⁷.

Más tarde se observo que si bien hasta 1975 el 70.6% de las pacientes anoréxicas pertenecían a las clases altas a partir de esta de esa fecha se reducían al 52%. Se considera que los cambios de

distribución de la enfermedad hay que atribuirlo a las actitudes de los adolescentes, independientemente de la clase social, hacia la comida, la sexualidad, la imagen corporal y el peso. El nivel de exigencia y la disponibilidad de alimentos son similares entre los miembros de diferentes clases. Contrariamente a lo que se creía antes, ya está aclarado que no hay diferencias significativas en la prevalencia de los TCA en relación a la condición socioeconómica ni a la raza, habiéndoseles declarado como un problema "global"⁹⁸.

EDUCACION.- La mayoría de los autores y de forma unánime consideran que las pacientes anoréxicas son jóvenes con un buen rendimiento intelectual, que tienen éxito en sus estudios por pertenecer a clases medias y altas pueden desarrollar estas capacidades; estas características unidas a la autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás se interpreta habitualmente como un marco adecuado donde desarrollar el trastorno.²⁷

La población joven de estas sociedades occidentales tiene muchos puntos en común: programas educativos similares e intereses culturales comunes: moda, música, cine etc., que les hace por un igual susceptibles frente a la presión cultural de los estereotipos culturales, "la cultura de la delgadez y el éxito a través de una grafica atractiva".⁵

1.2.3.6. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria ^{16, 17}

1.2.3.6.1. Anorexia nerviosa

La clínica ha demostrado que para el diagnóstico de la anorexia nerviosa existen 4 puntos clave a tener en cuenta que juegan un papel decisivo son:

A. La presencia de un marcado bajo peso, no debido a causas orgánicas sino a un rechazo a mantener el peso

corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. **Pérdida marcada de peso** que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento). La CIE-10 sería más estricta indicando que el índice de masa corporal (IMC) del sujeto debía ser igual o ser inferior a 17.5 Kg. /m². Es importante decir que estos datos son tan sólo una guía para el clínico, pero no son un estándar único para el peso mínimo normal.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso. En el caso de la CIE-10 la pérdida de peso vendría originada por:

- 1.) La evitación de consumir “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes:
- 2.) Vómitos autoprovocados.
- 3.) Purgas intestinales autoprovocadas.
- 4.) Ejercicio excesivo.
- 5.) Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Mantendrían conductas inapropiadas como las dietas estrictas que no superan las 600-800 kilocalorías. Adoptarían también rituales alimentarios peculiares (cortar la comida a trozos pequeños y arreglarla minuciosamente en el plato, esconder comida...). Todo ello conllevaría como es normal a una consecuente disminución de peso⁹⁹.

C. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; influencia excesiva de la silueta corporal y el peso en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual. Existiría una sobrevaloración de la imagen y la figura que influiría en el comportamiento del paciente. En la CIE-10 se explicaría como una

psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales. Sería como una imposición del enfermo a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

Los pacientes anoréxicos verían sus cuerpos tal y como son, la distorsión se hallaría en la imagen mental que ellos tienen de su cuerpo. La imagen mental del cuerpo en la población general, está algo distorsionada, lo que quiere decir que existiría cierta diferencia entre la imagen real y la mental; la diferencia con la anorexia nerviosa es que la distorsión es bastante extrema en comparación¹⁰⁰. En la anorexia nerviosa, los pacientes tienden a valorarse en exceso a través de su cuerpo ya que es bien cierto que la concepción que se tiene de uno mismo viene en parte determinada por nuestro cuerpo, la imagen que se tiene del propio cuerpo está influyendo de algún modo sobre la imagen general que se tiene de uno mismo, con lo cual en el caso de la anorexia nerviosa la determinación de la autoimagen general como persona está extremadamente determinada por el cuerpo. Varios estudios han demostrado que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general^{61; 101; 102; 103}. Las mujeres que tienen una autoestima más negativa con trastornos alimentarios tienen más alteradas la percepción y la valoración corporal.

D. En las mujeres pospuberales, **presencia de amenorrea**; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo: estrógenos).

Al producirse un trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, en las mujeres

se manifestaría como anteriormente indicado con la amenorrea y en el varón con una pérdida del interés y de la potencia sexual. A su vez añade que se podrían presentar concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina.

El 5º punto clave a tener en cuenta que tendría que ver con el tiempo de aparición de la anorexia nerviosa, planteando que si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse pero la menarquía es tardía.

Se hace una exclusión de la anorexia nerviosa cuando han existido atracones recurrentes de forma regular, optando por el diagnóstico de la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa fue dividida en dos subtipos, la de tipo restrictivo (ANR) y aquellos anoréxicas de tipo compulsivo / purgativo, con episodios bulímicos y/o conducta purgativa (ANBP). Los dos subtipos se diferencian por la presencia o ausencia de comportamientos como episodios bulímicos o episodios de purga a través del vómito o la utilización de forma descontrolada de laxantes, diuréticos y enemas. La diferenciación entre los tipos restrictivo y compulsivo de anorexia fueron basados en las investigaciones que indicaban la existencia de diferencias entre las mujeres con ANR y ANBP, en las medidas de impulsividad, abuso de sustancias, índice de suicidio y labilidad emocional.

En una revisión que¹⁰⁴ hicieron de 12 estudios que examinaban las diferencias entre ANR y de ANBP se halló una elevada impulsividad en el comportamiento de las ANBPs, que se mostraba en la frecuencias de robos, de abuso de sustancias, intentos de suicidio, y autolesiones.

1.2.3.6.2. Bulimia nerviosa ^{16, 17}

Los pacientes con bulimia tenían tres aspectos comunes¹⁰⁵:

- 1.) Una pérdida de control subjetiva respecto a la comida y episodios bulímicos
- 2.) Una conducta compensatoria para el control del peso corporal
- 3.) Una extrema preocupación por la imagen corporal y el peso.

No fue hasta la aparición del DSM-IV en 1994 que la bulimia no sufrió las consecuentes modificaciones con respecto a anteriores criterios diagnósticos. Principalmente los cambios fueron:

- 1.) Una mejor y más detallada descripción de los episodios de voracidad, o atracones, y del sentimiento de pérdida de control.
- 2.) Una diferenciación entre los pacientes bulímicos de tipo purgativo y no purgativo. ¹⁰⁶Se comprobaron mayores grados de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones) entre las que se purgan, en comparación a las que no lo hacen)
- 3.) La adquisición de aspectos más cognitivos en lo que se refiere a la imagen corporal.

La clínica ha demostrado que para el diagnóstico de la bulimia nerviosa existen 4 puntos clave a tener en cuenta que juegan un papel decisivo son:

A. La presencia de Atracones: denominados “episodios de sobreingesta”) recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.

2.) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer y no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

Las mismas pacientes hicieron una analogía entre los denominados atracones y la adicción a fumar, al alcohol y hasta las drogas. El término que se utiliza para denominar dichos episodios en inglés *binge eating* que las mismas pacientes dieron, no significaría más que borrachera, embriaguez.

B. La utilización de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito (la manera más típica de provocar el vómito, es a través de la introducción de los dedos, pero puede llegar a convertirse en una conducta refleja), uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, el empleo de dietas restrictivas, el ayuno, y ejercicio excesivo. La CIE-10 añade el hecho de que si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento de insulina. Las estrategias más utilizadas son el vómito y/o las dietas, pero

no son una regla imprescindible para el diagnóstico de estos pacientes.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas **tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.**

Aunque es bastante habitual que estos episodios se den de manera muy variable; podrían llegar a darse hasta diez o más de diez episodios diarios.

Lo más complicado es establecer la cantidad de comida que debe ser ingerida, el aporte energético puede ir entre las 3 y las 27 veces las calorías recomendadas por día, con lo cual un episodio bulímico puede ir de las 1.000 a las 10.000 Kcal o más¹⁰⁷. El tipo de alimentos que se ingieren en estos episodios de ingesta voraz, suelen ser habitualmente muy calóricos, serían precisamente aquellos alimentos que no se permiten en las dietas o los calificados “alimentos prohibidos” (pasteles bollería chocolate, patatas fritas, helados, frutos secos, etc.)¹⁰⁸.

Los estados de ánimo disfórico, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conductas, ya que los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. Caracterizaría como un miedo morboso a engordar, en el cual el enfermo se fijaría de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo sano; Añadiría a su vez el hecho de que podrían existir pero no

siempre, antecedentes previos de AN con el intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz podría manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o en una fase transitoria de amenorrea.

Las actitudes negativas hacia la propia imagen y peso. Esta opinión influiría al igual que en la anorexia nerviosa, de manera negativa al estado de ánimo y a la conducta alimentaria del paciente.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. Al igual que en el caso de la anorexia nerviosa la bulimia nerviosa fue dividida en dos subtipos, la de tipo purgativo con episodios de conducta purgativa y la de tipo no purgativo. Los dos subtipos se diferenciarían por la presencia o ausencia de comportamientos como los episodios de purga a través del vómito o la utilización de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.2.3.6.3. Trastornos de la Conducta alimentaria no especificados(TCANE) ^{16, 17}

Estas formas subclínicas pueden representar un “grupo de alto riesgo” para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria más severos¹⁰⁹; y existen evidencias de que la severidad de la psicopatología y el grado de deterioro psicosocial en los casos de TCANE es comparable al observado en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa¹¹⁰.

Debe darse el diagnóstico de **TCANE**^{111, 112} en los casos en los que:

1. Cumpliendo todos los criterios diagnósticos requeridos en la anorexia nerviosa, presentan una menstruación de forma regular.
 2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto por el hecho de que aunque haya producido una gran pérdida de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad (p. ej. En el caso de los pacientes obesos que han bajado significativamente de peso tras hacer dietas muy intensas).
 3. Cumpliéndose todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se cumple el requisito de frecuencia y número de atracones y de conductas compensatorias inapropiadas, ya que éstos aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
 4. El hecho de emplear conductas compensatorias inadecuadas después de la ingestión de pequeñas cantidades de comida por parte de un sujeto que se halla en un peso normal como podría ser es caso de la inducción al vómito (p. ej. después de haber ingerido tan sólo dos galletas).
 5. Cuando se dan síntomas, que algunas veces acompañan a los trastornos alimentarios como lo que se denomina la **catadura** (*tasting*) que consistiría en la masticación y posterior expulsión sin ser tragadas de grandes cantidades de comida.
 6. Trastorno por Atracón denominado en el DSM-IV “Trastorno por sobreingesta”, se caracteriza por atracones recurrentes, en ausencia de la conducta compensatoria típica de la bulimia nerviosa.
- Tanto el “trastorno de sobreingesta” como el “trastorno por atracón” se hallan dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores.

Los criterios de investigación para el trastorno por atracón son:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo (p.e., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
4. Comer a solas para esconder su voracidad
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

(Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número).

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

1.2.3.7. Complicaciones y secuelas

1.2.3.7.1. Consecuencia y secuelas de la anorexia nerviosa ^{111, 112}

Secuelas cardiovasculares

1. Arritmias
2. Bradicardia.
3. Disminución del tamaño cardíaco: corazón “en gota”.
4. Prolapso de válvula mitral
5. Hipotensión.
6. Cierta grado de insuficiencia cardíaca.

Secuelas endocrinológicas

1. Ovarios poliquísticos
2. Osteoporosis
3. Déficit de hormonas tiroideas, con la consecuente disminución del metabolismo basal.
4. Trastorno en la regulación de la producción de insulina

Secuelas dermatológicas

1. Alopecia (caída del cabello)
2. Acné tardío.
3. Piel pálida-amarillenta y seca, con tendencia a la ruptura de vasos capilares (“arañitas”).

Secuelas digestivas

1. Síndrome de mal absorción por “intestino liso”: hay una gran disminución en la superficie absorptiva intestinal lo que conlleva fundamentalmente a déficit minerales (hierro, calcio, magnesio y zinc) y polivitamínicos.
2. Alteraciones en el ritmo evacuatorio
3. Reflujo gastroesofágico
4. Úlcera gastroduodenal - gastritis crónica.

Secuelas hematológicas

1. Déficit de leucocitos (glóbulos blancos), lo que determina mayor propensión a las infecciones. Muchos pacientes presentan alteraciones inmunológicas similares a las del SIDA.
2. Anemia
3. Trastornos en la coagulación sanguínea

Secuelas nerviosas

1. Anomalías electroencefalográficas.
2. Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular
3. Psicosis.

Secuelas psiquiátricas

1. Depresión endógena.
2. Neurosis / psicosis maniaco depresiva.

1.2.3.7.2. Consecuencias y secuelas de la bulimia nerviosa ^{29, 30}

Consecuencias físicas y químicas.-

Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Es causado por deshidratación y los comportamientos purgativos.

Esófago: Esofagitis, ruptura esofágica producto del esfuerzo realizado para vomitar.

Estómago: Es habitual la presencia de gastritis, dilatación y ruptura gástrica.

Intestino: Es habitual la aparición de constipación por dos motivos: el abuso prolongado de laxantes, fármacos, desequilibrios realizados en la dieta.

Alteraciones cardiovasculares y metabólicas:

- Arritmias cardíacas
- Disminución de la presión arterial.
- Alteraciones en los iones de la sangre.
- Trombocitopenia.
- Cetoacidosis
- Déficit de Hierro. Anemia.
- Variaciones abruptas en los niveles de azúcar en sangre
- Edemas

Problemas neurológicos y musculares: Contracturas y parálisis musculares. Convulsiones epilépticas. Trastornos endocrinos.

Aparato genital: Amenorrea, por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios. Atrofia de ovarios. Quistes de ovarios. Infertilidad. La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis.

Complicaciones urinarias: Alteraciones renales. Infecciones urinarias.

Atrofia Muscular: Desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular.

Alteración del Funcionamiento Neuromuscular: Malnutrición. Convulsiones.

Artritis (degenerativa): Puede ser causada por desbalances hormonales y déficits vitamínicos así como un incremento en la tensión de articulaciones en personas que comen compulsivamente.

Alteraciones en la boca: Los dientes acaban erosionándose y se desgastándose el esmalte, caries,

dañando las encías, el paladar y la garganta. Alteraciones en las glándulas salivales: Aumentan de tamaño, especialmente las parótidas.

Cáncer de garganta y cuerdas vocales (Laringe)

En las manos: erosiones llamadas "signos de Russell" que parecen quemaduras, callosidades y lastimaduras en los dedos, por el roce contra los dientes.

Debilidad y Fatiga

Muerte.

1.2.3.8. Tratamiento ^{113, 28}

Desde una perspectiva dietético-nutricional, los objetivos del tratamiento en la anorexia nerviosa son detener la pérdida de peso y cubrir las necesidades nutricionales mínimas de la persona. Se debe proporcionar progresivamente una mayor cantidad de alimentos básicos, hasta llegar al nivel adecuado de acuerdo a la edad, sexo, talla y peso real al principio del tratamiento. Al mismo tiempo deben arreglarse los hábitos alimenticios, de manera que su dieta sea completa, equilibrada y bien distribuida durante todo el día. Los alimentos a añadir en el menú deben establecerse con arreglo a lo que la persona ingiere espontáneamente, incrementando su variedad y cantidad según la tolerancia y la evolución, por lo que la motivación y disposición del enfermo para aceptar las orientaciones en su dieta son esenciales. Los cambios en la alimentación deben realizarse despacio, con tiempo para que se asienten los cambios psicológicos necesarios para aceptar el incremento de peso.

Por ello, debe explicarse que ese aumento inicial es debido a la rehidratación y no a una acumulación de grasa; esta aclaración evita que la persona se angustie. Los cambios en la alimentación deben de hacerse con prudencia.

En personas bulímicas, el control de peso pasa a ser un objetivo secundario, el objetivo primordial será controlar las crisis. Se ayudará a la persona a adquirir hábitos adecuados en todo lo que se refiere a la conducta de alimentación: fijar horarios regulares de comidas, establecer al menos 3 ó 4 comidas al día sin omitir ninguna y dedicarles el tiempo necesario, y evitar siempre las dietas estrictas y los períodos largos de tiempo sin ingerir ningún alimento.

No obstante, debe clasificarse adecuadamente al paciente en cuanto al grado de afectación que presente: en una anorexia nerviosa severa y descompensada (Ej: paciente deshidratado, en shock, con arritmias cardíacas) es primordial tomar medidas terapéuticas que tiendan a conservar la vida; recuperado el paciente de esta situación extrema, se realizarán las restantes medidas de apoyo.

La mayoría de los profesionales idóneos se desempeña en equipos interdisciplinarios, con un común denominador: la recuperación del paciente mediante la reeducación nutricional y el abordaje de aquellos conflictos psicológicos que desencadenaron las alteraciones en la conducta de alimentación. Algunas personas prefieren un tratamiento individualizado, mientras que otras escogen un contexto grupal donde pueden compartir lo que les sucede, no sólo con un profesional, sino también con gente que se encuentra en similares condiciones.

1.2.3.9. Prevención

Prevención primaria

- **Modificación de conductas precursoras de la enfermedad**

Dirigida a la población general, una educación dietética que tenga en cuenta las costumbres culturales y tipo de vida; así como las tradiciones, fiestas y celebraciones, con el fin de orientar y desarrollar

una cultura de la alimentación apoyada en los conocimientos de la propia población, fácil de desarrollar y no sujeta a modas.

- **Identificación de los grupos de riesgo**

Tenemos a nuestro alcance cuestionarios (EAT-40, EDI, BITE) mediante los cuales se pueden detectar aquellos sujetos que están en situación de riesgo de padecer la enfermedad. Sobre este grupo deberá incidir un paquete de medidas que pueden ir desde la información al seguimiento, intentando evitar la eclosión del trastorno. Deberían ser los poderes públicos los que ejercieran un control sobre muchas de estas actividades, y en su defecto los grupos sociales sensibilizados deberían exigir un mayor control y una política de prevención y tratamiento de los trastornos de la alimentación.

- **Educación escolar**

Prevención secundaria

- **Diagnóstico y tratamiento precoces**

Cuando la pérdida de peso alarma a las familias, que también han observado la presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por la figura y el peso, entonces acuden al médico. En ocasiones, el tratamiento se demora, no tanto por un diagnóstico como por la pretensión de resolver el problema desde una vertiente estrictamente somática.

- **Tratamientos correctos**

Los objetivos de tratamiento son los siguientes¹¹⁴:

1) Recuperar un peso saludable. Lograr una menstruación y ovulación normal en las mujeres, el deseo sexual normal y los niveles hormonales en varones, y restaurar el crecimiento físico y sexual normal, y el desarrollo en niños y adolescentes.

- 2) Evitar las complicaciones físicas.
- 3) Reforzar la motivación del paciente en la cooperación y recuperación de modelos saludables en la alimentación así como la participación en el tratamiento.
- 4) Proporcionar educación para una nutrición saludable y los modelos de alimentación.
- 5) Corregir los pensamientos disfuncionales, las actitudes y los sentimientos relacionados con el trastorno de la alimentación.
- 6) Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, incluidos la alteración del humor, y de la conducta.
- 7) Conseguir apoyo familiar y proporcionar a la familia consejo y terapia cuando sea apropiado.
- 8) Prevenir las recaídas.

Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales. Tener en cuenta que en las terapias de grupo hay un riesgo de contagio y competición para lograr ser las más delgadas o las que mayores conductas desadaptadas tengan¹¹⁵. El equipo multidisciplinar estaría formado por un psiquiatra que organiza el tratamiento y dirige las diferentes intervenciones terapéuticas de una serie de profesionales como psicólogos, internista o endocrinólogo y otros profesionales que intervienen como consultores.^{34, 116}

- **Prevención de recaídas.-**

Las medidas más eficaces para prevenir las recaídas son las combinadas: farmacológicas, psicosociales y de educación nutricional. Hay varios trabajos en los que los ISRS (Flavoxamina, en particular) se ha mostrado eficaz en la prevención de recaídas¹¹⁷.

Otras medidas tales como la educación nutricional, el tratamiento psicosocial y el seguimiento durante al menos dos años después de la desaparición de la sintomatología se han mostrado útiles.

Prevención terciaria

Por razón de la novedad del trastorno al considerar que éste se puede resolver favorablemente con el tiempo, ha hecho que los profesionales no se hayan planteado todavía que existe un grupo importante de pacientes crónicos, refractarios al tratamiento, a los que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.⁴²

1.2.4. Instrumentos para la evaluación de casos de TCA en adultos y adolescentes

Después de realizar una revisión literaria, los instrumentos psicológicos más utilizados en población clínica y no clínica son:

- BITE (Bulimic Investigatory Test); Henderson y Freeman (1987)
- EAT- 40 (Eating attitudes Test) ; Garner y Garfinkel (1979)
- EAT- 26 (Eating Attitudes Test) ;Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982)
- EDI (Eating Disorders Inventory); Garner, Olmsted y Polivy (1983)
- EDI-2 (Eating Disorders Inventory); Garner (1991)
- EDE (Eating Disorders Examination); Fairburn y Cooper (1987)
- EDE-Q (Eating Disorders Examination Self-report Questionnaire); Fairburn y Beglin (1994)
- SEDs (Survey for Eating Disorders); Götestam y Agras (1995)
- EDS-5 (Eating Disturbance Scale); Rosenvinge, Perry, Bjogurn, Bergesen, Silvera, Holte (2001)

Estos instrumentos son todas escalas autoevaluativas a excepción del EDE que es una entrevista específica para TCA. No hemos presentado otras entrevistas de diagnóstico psicopatológico que incluyen también los TCA. A continuación vamos a describir las características de los instrumentos que se utilizaron:

1.2.4.1. EAT- 40 (Eating attitudes Test)⁵

EAT o el Eating Attitudes Test es un inventario a modo de autoinforme de 40 ítems, con una escala de Likert por respuesta de

elección forzada, presenta 6 posibles respuestas que van de “siempre” a “nunca”. Una puntuación de 3 es obtenida en una respuesta extrema en la dirección de la anorexia, con alternativas adyacentes de 1 y 2. Con lo cual sólo puntuarían las 3 primeras posibilidades de elección de la 1 a la 3. La puntuación total de este cuestionario va de 0 a 120; el valor máximo indica mayor grado de trastorno.

Fue desarrollado en respuesta a la necesidad de un instrumento de cribado para la detección de la anorexia, específicamente se cuestionaba de qué modo las personas que tenían una profesión o una carrera profesional en el que se les exigía estar delgados podían ser más vulnerables a la anorexia nerviosa.

Las propiedades psicométricas del EAT, son buenas. La fiabilidad Alfa de Cronbach es 0.94 y la fiabilidad test-retest. en uno de los estudios llevado a cabo con el EAT fue de 0.84. Presenta además una buena sensibilidad y especificidad (Garfinkel & Newman, 2001).

La frecuencia de puntuaciones elevadas del EAT (en o por encima del punto de corte 30 para el EAT-40 y de 20 para el EAT-26 varía considerablemente. Sobre el 10 % y el 15% de las mujeres jóvenes puntúan en o por encima de estos puntos de corte. Pero de todos modos todo ello depende de la muestra, ya que hay estudios que muestran frecuencias del 4 al 6% y otras de más del 20%.

El punto de corte que los autores seleccionaron fue de un 30. En un estudio en una muestra de población no clínica se halló que el punto de corte 25 tenía una mejor validez discriminante que el 30 ya que presentaba una mayor sensibilidad y una no mucho menor especificidad, en acuerdo con los criterios diagnósticos de la CIE-10.

El análisis factorial dio como resultado 7 factores: preocupación por la comida; imagen corporal hacia la delgadez; vómitos y abuso de laxantes; comer lentamente, comer de manera clandestina; y presión percibida para ganar peso.

El EAT se halla adaptado a la población española por Castro et al. en 1991. Obtuvo valores de 0.61 en su validez interna y el coeficiente de consistencia alfa de Cronbach fue de 0.93.

1.2.4.2. MINI KID: (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) versión para niños y adolescentes.¹¹⁸

El MINI KID es una entrevista diagnóstica clínica estructurada, que fue desarrollada en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, dirigida a los niños y adolescentes (De 6 a 17 años 11 meses), que puede ser administrada fácil y rápidamente (aproximadamente 25 minutos); sigue la misma estructura y formato que el MINI para adultos, por lo que se basa en preguntas clave que se ramifican a determinar la presencia o no de cada diagnóstico, con lo cual se busca reducir el número de preguntas realizadas. El MINI KID abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos. Preferentemente se debe administrar al niño o al adolescente en presencia del padre o el tutor, las preguntas se deberán leer de manera literal. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “sí o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo.

Actualmente se realizan los estudios de validez y confiabilidad interevaluador de su versión en inglés, sin embargo se ha utilizado en estudios farmacológicos en niños y adolescentes, en donde demostró ser un instrumento útil para diagnosticar la comorbilidad de la población estudiada se presentó el estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la entrevista en México. La confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente y la validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo a lo reportado en un estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría realizado en el 2004¹¹⁹.

1.3. DEFINICIONES GENERALES BÁSICAS

Adolescencia:

Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Trastornos de la conducta alimentaria:

Los Trastorno de la Conducta Alimentaria son manifestaciones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso y la comida experimentados por mujeres y hombres. Estos incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el comer compulsivamente. Todos estos son problemas emocionales serios que pueden llegar a tener consecuencias letales.

Anorexia:

Es un trastorno alimentario que se caracteriza por la falta anormal del apetito y que puede ser por causa fisiológica o psicológica, acompañada generalmente de un cuadro depresivo presente por lo general en mujeres y adolescentes.

Anorexia nerviosa:

Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso dentro de los valores normales; acompañándose de peso corporal y alteraciones en la percepción de la forma.

Bulimia

Es un trastorno mental en el que se relaciona con la comida específicamente con hambre en exceso.

Bulimia nerviosa:

Se da cuando aparecen episodios recurrentes de voracidad, a los que se siguen conductas compensatorias inadecuadas (vómitos autoprovocados, consumo de laxantes, fármacos y diuréticos, ayuno y/o ejercicio excesivo).

Rumiación:

Es la regurgitación repetida de comida del estómago a la boca, de donde se expulsa o se mastica indefinidamente.

Obesidad Simple:

Aunque no está incluida como trastorno psiquiátrico en la clasificación europea CIE-10, en muchos pacientes obesos se aprecian factores psicológicos con un papel importante en su etiología.

Índice de masa corporal:

También conocido como índice de Quételet, se define como el cociente obtenido al dividir el peso en kilogramos (kg) por la talla al cuadrado (m²). Es una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional del sujeto. Clasificación de OMS del IMC:

- < 18,5 kg/m²: Bajo peso
- 18,5 a 24,9: Peso normal
- 25 a 29,9: Sobrepeso
- 30 a 34,9: Obesidad grado 1
- 35 a 39,9: Obesidad grado 2
- > 40: Obesidad mórbida o grado 3.

1.3.1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

TCA	: Trastornos de la conducta alimentaria
AN (Ana)	: Anorexia nerviosa
ANR	: Anorexia nerviosa restrictivo
ANBP	: Anorexia nerviosa con episodios bulímicos purgativos
BN (Mia)	: Bulimia nerviosa
TANE O TCANE	: Trastornos alimentarios no especificados
SDA	: Síndrome de descontrol alimentario
CIMEC-26	: Encuesta influencias del Modelo estético del Cuerpo
EAT	: Test de Actitudes Alimentarias
EDE-Q	: Eating Disorder Examination-Questionnaire
EDI	: Eating Disorders Inventory
DSM-IV	: Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales del APA

APA	: American Psychiatric Association
CIE-10	: Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud 10ma versión
SCOFF	: Sick Control On Fat Food
CIMEC -26	: Encuesta influencias del Modelo estético del Cuerpo
ECNTs	: Enfermedades crónicas no transmisibles
OMS	: Organización Mundial de la Salud

CAPITULO II

EL PROBLEMA, JUSTIFICACION, OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1 EL PROBLEMA.-

2.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

En la actualidad la sobrevaloración de la delgadez como imagen que otorga prestigio y autoestima, agravada por la publicidad actual está llevando a más y más mujeres, en especial adolescentes y varones jóvenes a torturar sus cuerpos sometiéndose a dietas estrictas y rigurosas, que muchas veces ponen en riesgo su salud física y emocional constituyendo esto un camino a los desórdenes alimenticios

Debido a que la adolescencia es un periodo de desarrollo donde la inestabilidad y el cambio es uno de los factores predominantes, a menudo se muestran inseguros e influenciables frente a la construcción de la propia identidad y por esto, a menudo los cánones sociales y estéticos tienen una influencia clave en su desarrollo.

En nuestra población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE).¹²⁰

Frente a esto se hace necesario determinar la prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria en nuestro medio eligiendo como área problemática a investigar una población vulnerable

ya que es la institución educativa estatal más representativa de la ciudad de Moquegua en la que asisten estudiantes de diversas zonas, debido a que no hay estudios recientes que se hayan realizado en esta institución educativa, con el propósito de identificar y valorar el riesgo en los adolescentes entre las edades de 13 a 18 años que son estudiantes del tercero, cuarto, quinto de secundaria de un colegio estatal de Moquegua debido a lo anteriormente mencionado se escogió este grupo etario ya que los adolescentes son más propensos a padecer esta clase de trastornos ya que es una etapa de transiciones en la que se presentan una serie de cambios y son fáciles de ser influenciados

2.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La finalidad de la presente investigación es determinar: ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria de un colegio de la ciudad de Moquegua.2009?

2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en los (las) estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria de un colegio de la ciudad de Moquegua – 2009.

2.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las categorías de riesgo: bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los (las) estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria de un colegio de la ciudad de Moquegua – 2009.
- Determinar el subtipo de Trastorno de conducta alimentaria (Anorexia, Bulimia y TCANE) en la población en estudio en los

(las) estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria de un colegio de la ciudad de Moquegua – 2009.

- Determinar como los TCA se distribuyen por edad y sexo en la población en estudio

2.3 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen en la actualidad un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto social en nuestro entorno. Su prevalencia es cada vez mayor en nuestra sociedad y por eso se hace cada día más necesario abordar su solución no solo desde la vertiente terapéutica, sino sobretodo desde la faceta de la prevención. Tiene relevancia científica por cuanto, los estudios sobre trastornos alimentarios contribuyen al conocimiento de la salud mental del adolescente. Esto se ha visto reflejado en el notable aumento de las investigaciones sobre el tema en otros países y en nuestro país. Los resultados que se obtengan ayudaran al conocimiento sobre TCA en nuestro medio.

En los TCA además de los tratamientos efectivos es conveniente adoptar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia o mejorar el pronóstico¹²¹. La prevención primaria es ideal y tienen una acción más directa en la reducción de la incidencia del trastorno. En los TCA se sabe que existen unos factores desencadenantes de la enfermedad y que están presentes en la mayoría de los pacientes: la sumisión a los estereotipos culturales, el deseo de adelgazar y la desinformación dietética. Prevenir los TCA, especialmente la AN, puede significar la obligación de establecer medidas muy tempranas; los programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenirlos. Si se redujese el número de personas jóvenes que hacen dieta de forma innecesaria, disminuiría la incidencia de la AN. Por lo tanto, una educación temprana en los aspectos positivos (alimentos,

ejercicio, dietas) y negativos (anorexia, bulimia y obesidad) pueden reducir la futura aparición de estas patologías.

Es factible de realizarse el presente trabajo de investigación porque se dispone de los elementos necesarios que ayudan a su realización como los recursos intelectuales, económicos y el apoyo de una institución educativa secundaria de la ciudad de Moquegua. A través del presente trabajo lo que buscamos es ampliar el panorama acerca de los problemas que conlleva los TCA con el objetivo de contar con información a fin de realizar un aporte para su cabal conocimiento y de esta manera su prevención, así como para mejorar los métodos de detección, evaluación y tratamiento del adolescente.

HIPÓTESIS

Dado que los Trastornos de la Conducta Alimentaria es un problema de salud por su elevada prevalencia en la adolescencia. Es posible que los estudiantes de nivel secundario de una Institución educativa de Moquegua presenten alta incidencia de trastornos de la conducta alimentaria.

2.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Años cumplidos a la fecha	13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años	Razón
Sexo	Género	Femenino Masculino	Nominal
Peso	Kilogramos	Se consideró el peso más bajo registrado	Nominal
Talla	Metros	Se tratará como variable continua	Razón

IMC	Peso (kg)/Talla (m) al cuadrado. Según determinación de la OMS	Bajo peso Normo peso Sobrepeso Obesidad tipo I Obesidad tipo II	Intervalo
Trastornos de la conducta alimentaria	Test de actitudes alimentarias	(A) Nunca (B) Casi nunca (C) Algunas veces (D) Bastantes veces (E) Casi siempre (F) Siempre	
Anorexia nerviosa	M.I.N.I. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW).	Anorexia nerviosa actual No Si	Nominal
Bulimia	M.I.N.I. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW).	Bulimia nerviosa actual No Si Anorexia nerviosa tipo Compulsivo/purgativo actual No Si	Nominal

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de campo de tipo descriptivo y de corte transversal

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en estudiantes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de un colegio estatal de la ciudad de Moquegua -2009.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: La población del presente estudio estuvo constituida de estudiantes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de ambos sexos de un colegio estatal de la ciudad de Moquegua, que según los criterios de inclusión y exclusión quedo constituida por 308 adolescentes.

MUESTRA: No se realizó muestreo ya que se trabajo con toda la población objeto de estudio.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. **Criterios de inclusión:** Fueron incluidos en el estudio

- Estudiantes de ambos sexos que se encontraban cursando el tercero, cuarto y quinto año de secundaria.
- Estudiantes que deseen colaborar con el trabajo de investigación

3.4.2. **Criterios de exclusión:** se excluyeron a los siguientes adolescentes

- Aquellos estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria que eran portadores de otras patologías orgánicas.

- Estudiantes que no asistieron al colegio en el periodo que se realizó la recolección de datos.
- Instrumentos llenados incorrectamente.

3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se utilizaron dos test ya validados:

- **CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACION (EAT)**
(anexo 1)

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979⁵

VALIDEZ: Se encuentra validada en la versión española por Castro y cols.¹²² Posee una buena validez discriminante.

- **M.I.N.I. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW).** (Anexo 2)

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, desarrollada juntamente por psiquiatras y médicos en los Estados Unidos y Europa, que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje 1 del DSM IV-TR y el CIE-10. Tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto.¹²³ (ver anexo 03 de confiabilidad de alfa de Cronbach)

3.6. PRODUCCION Y REGISTRO DE DATOS

El estudio se realizó en 2 sesiones: en la primera sesión se recogieron datos a través de los instrumentos anteriormente descritos, los cuales se entregaron a cada profesor de aula, además previamente se les brindo una breve referencia del llenado correcto, se explicó a los estudiantes la manera de responder las alternativas, se explicó además la importancia del estudio que se realizaba y la sinceridad de sus respuestas. El tiempo de duración del llenado del instrumento fue de 20 minutos, Posteriormente se calificaron las encuestas, considerando que en el presente estudio se utilizó como un punto de corte de 30 puntos para EAT-40 (que es el recomendado por los diseñadores del test),

Para la segunda sesión el investigador procedió a pesar, tallar y concertar una entrevista cuyos puntos estuvieron basados en los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, para lo cual se empleo el instrumento denominado MINI KID (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW) y con el que se determino el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa compulsivo/purgativo.¹⁶

3.7. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Se procedió a la tabulación y grafica de los resultados, según los objetivos propuestos, elaborando tablas de simple entrada, gráficos de barras y pastel. Se empleo la estadística descriptiva (distribución de frecuencias absolutas y relativas),

El instrumento utilizado es el Cuestionario de actitudes ante la alimentación EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)^{5,122}. Posee una buena validez discriminante. Es la herramienta auto administrado más ampliamente utilizado para la evaluación de los desordenes alimentarios.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

			Sexo		
			Femenino	Masculino	Total
Edad	13 a 14 años	n	69	60	129
		%	53.5%	46.5%	100.0%
	15 a 16 años	n	84	53	137
		%	61.3%	38.7%	100.0%
	17 a 18 años	n	23	19	42
		%	54.8%	45.2%	100.0%
Total	n	176	132	308	
	%	57.1%	42.9%	100.0%	
Edad	Media		14.69	14.82	14.73
	Mínimo		13.00	13.00	13.00
	Máximo		18.00	18.00	18.00
	Desviación típica		1.26	1.35	1.33

Fuente: Test EAT-40/ M.I.N.I

En la tabla 01 se observa la distribución de frecuencia de los alumnos sujetos de estudio según edad y sexo. 129 estudiantes se encuentran entre 13 a 14 años, de los cuales el 53.5% son de sexo femenino y el 46.5% de sexo masculino. La mayor frecuencia se encuentra en los que tienen 15 a 16 años (n=137), de los cuales, predominantemente, el 61.3% es de sexo femenino y el 38.7% de sexo masculino. En el grupo de 17 a 18 años(n=42), el 54.8% es de sexo femenino y el 45.2% de sexo masculino, el género femenino también es predominante en este grupo de mayor edad.

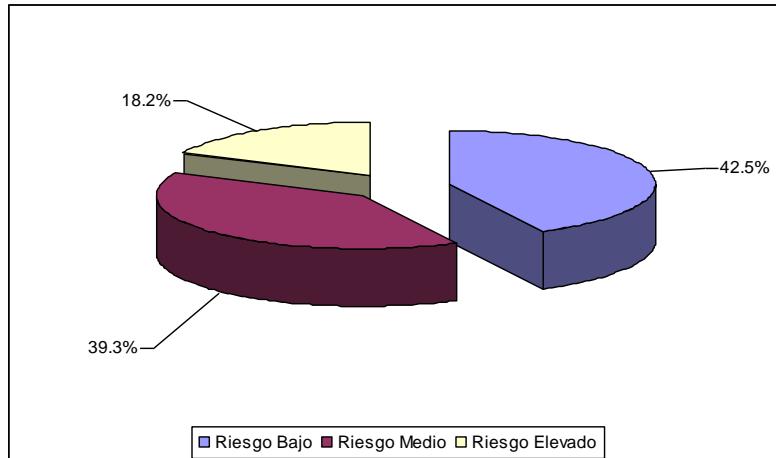
TABLA 02

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE RIESGO ALIMENTARIO SEGÚN TEST ACTITUDINAL EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		n	%
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Riesgo Bajo	131	42.5%
	Riesgo Medio	121	39.3%
	Riesgo Elevado	56	18.2%
	Total	308	100.0%

Fuente: EAT-40

Graf. 01 : Riesgo de trastorno alimentario



En la tabla 02 y gráfico 01 se observa la frecuencia de riesgo de trastorno actitudinal alimentario. El 42.5% del grupo de estudio se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo.

TABLA 03

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE RIESGO ALIMENTARIO SEGÚN TEST ACTITUDINAL Y SEXO EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Riesgo Bajo	68	51.91%	63	48.09%	131	100.00%
	Riesgo Medio	75	61.98%	46	38.02%	121	100.00%
	Riesgo Elevado	33	58.93%	23	41.07%	56	100.00%
	Total	176	57.14%	132	42.86%	308	100.00%

Fuente: Test EAT-40

		Sexo
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Chi-cuadrado	2.696
	gl	2
	Sig. (valor p)	.260

En la tabla 03 se muestra los resultados obtenidos aplicado el test de actitudes alimentarias para la medición de riesgo de algún trastorno alimentario. El grupo que presentó un bajo riesgo (n=131), es ligeramente más frecuente, de los cuales el 51.91% es de sexo femenino y un 48.09% de sexo masculino. El grupo de varones presenta el menor riesgo de algún trastorno alimentario. En el grupo con riesgo medio (n=121) el 61.98% es de sexo femenino y el 38.02% de sexo masculino, proporción mayor en mujeres respecto a los varones.

De los 56 estudiantes con riesgo elevado, el 58.93% es del sexo femenino y el 41.07% del sexo masculino.

NO existe una diferencia altamente significativa entre el sexo y el riesgo de padecer algún trastorno actitudinal alimentario. Proporcionalmente, la probabilidad de presencia de algún trastorno alimentario es igual en los estudiantes de ambos sexos. (p: 0.260).

TABLA 04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL INDICE DE MASA SEGÚN SEXO DE LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
INDICE DE MASA	Bajo Peso	50	28.4%	42	31.8%	92	29.9%
	Normal	108	61.4%	76	57.6%	184	59.7%
	Sobrepeso	12	6.8%	7	5.3%	19	6.2%
	Obesidad Tipo I	1	.6%	2	1.5%	3	1.0%
	Obesidad Tipo II	5	2.8%	5	3.8%	10	3.2%
	Total	176	100.0%	132	100.0%	308	100.0%

Fuente: Test EAT-40

		Sexo
INDICE DE MASA	Chi-cuadrado	1.658
	gl	4
	Sig.	.798

En la tabla 04 se observa la distribución del índice de masa según sexo. El índice de masa es un adecuado indicador de valoración nutricional. La mayor proporción de estudiantes (59.7%) presenta un normal diagnóstico nutricional, según el índice de masa, seguido del grupo con bajo peso (n=92) representado por un 29.9%.

Según sexo no existe diferencia en la distribución según índice de masa, las proporciones son similares. No existe diferencia significativa según índice de masa y sexo (p: 0.798)

TABLA 05

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL INDICE DE MASA (DIAGNOSTICO NUTRICIONAL) SEGÚN TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS							
		Riesgo Bajo		Riesgo Medio		Riesgo Elevado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
INDICE DE MASA	Bajo Peso	41	44.57%	51	55.43%	0	.00%	92	100.00%
	Normal	81	44.02%	52	28.26%	51	27.72%	184	100.00%
	Sobrepeso	6	31.58%	8	42.11%	5	26.32%	19	100.00%
	Obesidad Tipo I	3	100.00%	0	.00%	0	.00%	3	100.00%
	Obesidad Tipo II	0	.00%	10	100.00%	0	.00%	10	100.00%
	Total	131	42.53%	121	39.29%	56	18.18%	308	100.00%

Fuente: Test EAT-40

		TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS
INDICE DE MASA	Chi-cuadrado	58.688
	gl	8
	Sig.(valor p)	.000

En la tabla 05 se observa la distribución de asociación entre índice de masa y la medición del riesgo de trastorno alimentario según el test actitudinal.

En el grupo con bajo peso (n=92), el 44.57% presenta un bajo riesgo y un 55.43% un riesgo medio.

La distribución es ampliamente diferente en el grupo con índice de masa normal (n=184) donde el 44.02% presenta un bajo riesgo, un 28.26% riesgo medio y un 27.72% riesgo elevado el riesgo. Asimismo en el grupo con diagnóstico de sobrepeso (n=19), el 31.58% presenta un bajo riesgo, el 42.11% riesgo medio y el 26.32% un riesgo elevado.

Se puede evidenciar que existe una asociación entre el índice de masa y la presencia de riesgo para tener un trastorno alimentario. A mayor índice de masa mayor riesgo y esta asociación es altamente significativa (p: 0.00)

TABLA 06

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL RIESGO DE ANOREXIA, BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA COMPULSIVO/PURGATIVO EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		n	%
Anorexia Nerviosa	No	274	88.96%
	Sí	34	11.04%
Bulimia nerviosa actual	No	228	74.03%
	Sí	80	25.97%
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	No	284	92.21%
	Sí	24	7.79%

Fuente: Test M.I.N.I

En la tabla 06 y gráfico 02 se observa la distribución de frecuencia de la aplicación del test M.I.N.I., según el cual, el 11.04% de los estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa actual. Cabe destacar que algún estudiante podría tener más de un desorden alimentario, es por eso que la distribución porcentual de los tres grupos puede ser mayor a 100.

Graf. 02 Frecuencia de Trastorno Alimentario

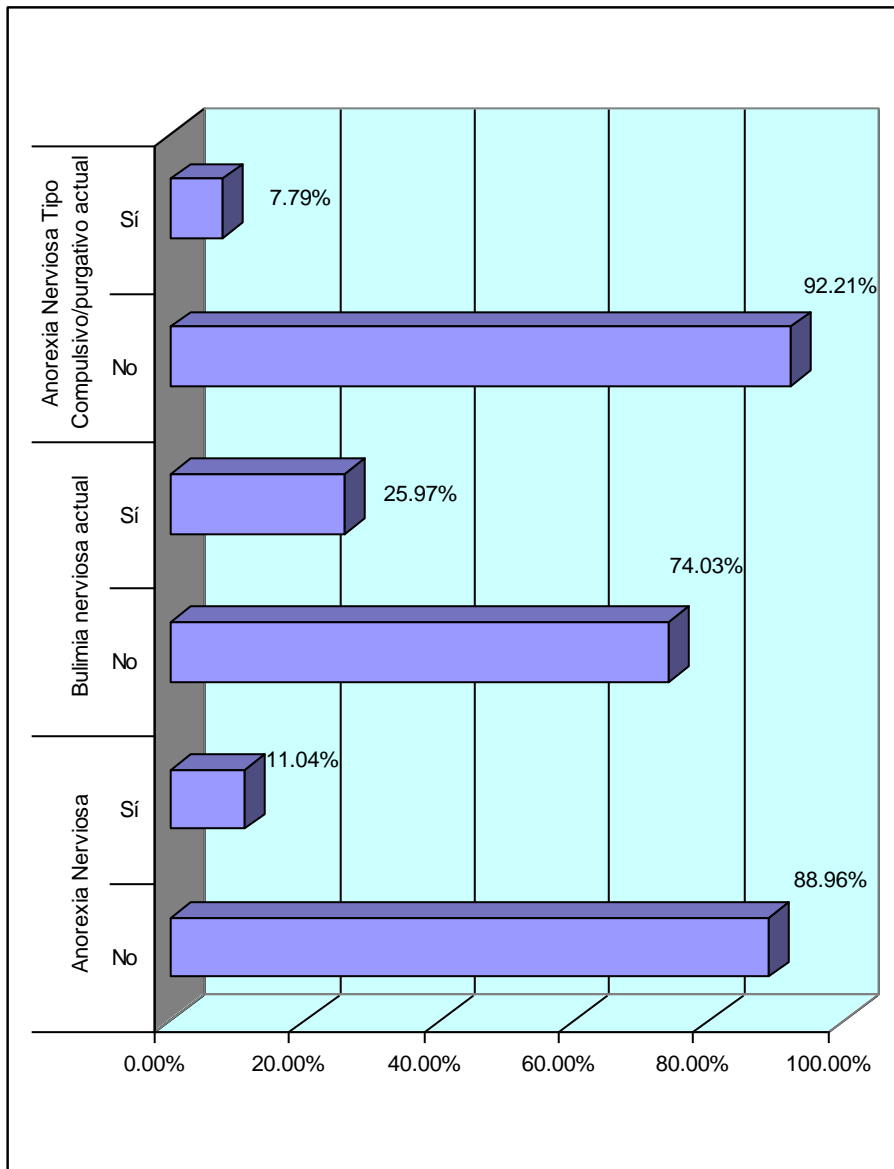


TABLA 07

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN RIESGO DE BULIMIA NERVIOSA ACTUAL EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Riesgo a presentar Bulimia nerviosa actual					
		No		Sí		Total	
		n	%	n	%	n	%
Riesgo a presentar Anorexia Nerviosa	No	204	74.45%	70	25.55%	274	100.00%
	Sí	24	70.59%	10	29.41%	34	100.00%
	Total	228	74.03%	80	25.97%	308	100.00%

Fuente: Test M.I.N.I

		Bulimia nerviosa actual
Anorexia Nerviosa	Chi-cuadrado	.235
	gl	1
	Sig. (valor p)	.628

En la tabla 07 se observa la distribución de frecuencia del riesgo de padecer anorexia nerviosa según el riesgo de sufrir bulimia nerviosa actual. Del grupo sin riesgo de anorexia nerviosa (n=274), el 74.45% no presentaba riesgo de bulimia y un 25.55% si. Del total de estudiantes con anorexia nerviosa (34%) tampoco, el 70.59% no presentó riesgo de bulimia nerviosa actual y 29.41% si. No existe diferencia significativa (p: 0.628) entre el riesgo de padecer anorexia nerviosa o no padecerla y el riesgo de tener bulimia nerviosa actual. La anorexia no está asociada a bulimia.

TABLA N 08

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL SEGÚN RIESGO DE BULIMIA NERVIOSA ACTUAL EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Riesgo a presentar Bulimia nerviosa actual					
		No		Sí		Total	
		n	%	n	%	n	%
Riesgo a presentar Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	No	223	78.52%	61	21.48%	284	100.00%
	Sí	5	20.83%	19	79.17%	24	100.00%
	Total	228	74.03%	80	25.97%	308	100.00%

Fuente: Test M.I.N.I

	Chi-cuadrado	Bulimia nerviosa actual
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual		38.302
	gl	1
	Sig. (valor p)	.000

En la tabla 08 se presenta la distribución del riesgo de padecer anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo y la presencia de bulimia nerviosa actual. Del grupo con el trastorno de anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativo (n=24) el 79.17 también presentaba bulimia nerviosa actual. Existe una asociación altamente significativa entre el riesgo de padecer anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo y la presencia de bulimia nerviosa actual.

TABLA 09

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL RIESGO A LOS
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS Y SEXO EN LOS ALUMNOS
DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL.
MOQUEGUA 2009**

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Anorexia Nerviosa	No	154	56.2%	120	43.8%	274	100.0%
	Sí	22	64.7%	12	35.3%	34	100.0%
	Total	176	57.1%	132	42.9%	308	100.0%
Bulimia nerviosa actual	No	135	59.2%	93	40.8%	228	100.0%
	Sí	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%
	Total	176	57.1%	132	42.9%	308	100.0%
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	No	166	58.5%	118	41.5%	284	100.0%
	Sí	10	41.7%	14	58.3%	24	100.0%
	Total	176	57.1%	132	42.9%	308	100.0%

Fuente: Test M.I.N.I

		Sexo
Anorexia Nerviosa	Chi-cuadrado	10.019
	gl	1
	Sig.	.002
Bulimia nerviosa actual	Chi-cuadrado	1.532
	gl	1
	Sig.	.216
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	Chi-cuadrado	2.546
	gl	1
	Sig.	.111

En la tabla 09 se observa la distribución de frecuencia del riesgo de anorexia, bulimia y anorexia compulsiva según sexo. En el grupo con presencia de riesgo de anorexia nerviosa (n=34), el 64.7% es de sexo femenino y el 35.3% de sexo masculino. De los que no presentaban el trastorno mencionado (N=274), el 56.2% era de sexo femenino y el 43.8% de sexo masculino. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa (p: 0.002).

En el grupo con Bulimia nerviosa actual (n=80), el 48.8% era de sexo

masculino y el 51.3% de sexo femenino y esta diferencia no es significativa (p: 0.216).

Asimismo, los que padecían anorexia nerviosa compulsiva (n=24), el 58.3% era de sexo masculino y el 41.7% de sexo femenino, y esta diferencia no es estadísticamente significativa (p: 0.216).

TABLA 10

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL RIESGO A LOS
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN EDAD EN LOS
ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO
ESTATAL. MOQUEGUA 2009**

		Edad							
		13 a 14 años		15 a 16 años		17 a 18 años		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Anorexia Nerviosa	No	115	42.0%	122	44.5%	37	13.5%	274	100.0%
	Sí	14	41.2%	15	44.1%	5	14.7%	34	100.0%
	Total	129	41.9%	137	44.5%	42	13.6%	308	100.0%
Bulimia nerviosa actual	No	86	37.7%	120	52.6%	22	9.6%	228	100.0%
	Sí	43	53.8%	17	21.3%	20	25.0%	80	100.0%
	Total	129	41.9%	137	44.5%	42	13.6%	308	100.0%
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	No	121	42.6%	127	44.7%	36	12.7%	284	100.0%
	Sí	8	33.3%	10	41.7%	6	25.0%	24	100.0%
	Total	129	41.9%	137	44.5%	42	13.6%	308	100.0%

Fuente: Test M.I.N.I

		Edad
Anorexia Nerviosa	Chi-cuadrado	.038
	gl	2
	Sig.	.981
Bulimia nerviosa actual	Chi-cuadrado	26.979
	gl	2
	Sig.	.000
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual	Chi-cuadrado	2.965
	gl	2
	Sig.	.227

En la tabla 10 se contrasto la presencia de riesgo a los trastorno alimentario según el M.I.N.I. y la edad. En el grupo con anorexia nerviosa (n=34), la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 15 a 16 años, seguido del grupo de 13 a 14 años (41.2%). No hay asociación entre la edad y la presencia de anorexia (p: 0.981). La distribución de bulimia nerviosa es mayor en el grupo de 13 a 14 años (53.8%) seguido por un 21.3% pertenecientes al grupo de 15 a 16 años. La asociación solo es significativa en el grupo con riesgo de bulimia nerviosa (p: 0.00).

No existe asociación entre anorexia nerviosa compulsivo/purgativo y la edad (p: 0.227).

TABLA 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS Y PRESENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Anorexia Nerviosa					
		No		Sí		Total	
		n	%	n	%	n	%
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Riesgo Bajo	119	90.8%	12	9.2%	131	100.0%
	Riesgo Medio	100	82.6%	21	17.4%	121	100.0%
	Riesgo Elevado	55	98.2%	1	1.8%	56	100.0%
	Total	274	89.0%	34	11.0%	308	100.0%

Fuente: Test EAT-40/ M.I.N.I

		Anorexia Nerviosa
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Chi-cuadrado	10.269
	gl	2
	Sig.	.006

En la tabla 11 se observa la asociación entre el riesgo de padecer algún trastorno alimentario según el test actitudinal y la presencia de anorexia nerviosa. Se puede observar que los estudiantes con riesgo medio en el test de actitudes tienen una alta probabilidad de padecer anorexia nerviosa (17.4%) comparado con los demás grupos del test de actitudes alimentarias, y esta asociación diferencial es altamente significativa.

La asociación de riesgo actitudinal de padecer riesgo medio de trastorno alimentario y la presencia de riesgo de anorexia nerviosa es altamente significativa (p: 0.006).

TABLA 12

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS Y PRESENCIA DE BULIMIA NERVIOSA EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Bulimia nerviosa actual					
		No		Sí		Total	
		n	%	n	%	n	%
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Riesgo Bajo	93	71.0%	38	29.0%	131	100.0%
	Riesgo Medio	84	69.4%	37	30.6%	121	100.0%
	Riesgo Elevado	51	91.1%	5	8.9%	56	100.0%
	Total	228	74.0%	80	26.0%	308	100.0%

Fuente: Test EAT-40/ M.I.N.I

		Bulimia nerviosa actual
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Chi-cuadrado	10.423
	gl	2
	Sig.	.005

En la tabla 12, se muestra la distribución de las actitudes alimentarias y el riesgo de padecer bulimia nerviosa actual. El test actitudinal muestra que en el grupo de bajo riesgo actitudinal, el 71.% no muestra bulimia y el 29% si lo padece. En el grupo con riesgo medio, el 69.4% no evidencia riesgo de bulimia nerviosa actual y el 30.% si. En el grupo de riesgo elevado, el 91.1% no padece de bulimia nerviosa actual y el 8.9% si.

Existe una diferencia entre los que padecen de bulimia nerviosa actual y el riesgo de padecer algún trastorno alimentario. (p: 0.005).

TABLA 13

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS Y PRESENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

		Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual					
		No		Sí		Total	
		n	%	n	%	n	%
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Riesgo Bajo	126	96.18%	5	3.82%	131	100.00%
	Riesgo Medio	106	87.60%	15	12.40%	121	100.00%
	Riesgo Elevado	52	92.86%	4	7.14%	56	100.00%
	Total	284	92.21%	24	7.79%	308	100.00%

Fuente: Test EAT-40/ M.I.N.I

		Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/purgativo actual
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	Chi-cuadrado	15.201
	gl	2
	Sig.(valor p)	.001

En la tabla 13 se observa la asociación entre el riesgo actitudinal de trastorno alimentario y el riesgo de padecer anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa. En el grupo con riesgo actitudinal bajo, el 96.18% no padece el riesgo de anorexia nerviosa tipo compulsiva y sólo el 3.82% si lo padece. En el grupo con riesgo medio (n= 121), el 87.60% no padece el trastorno y un de 12.40% si lo padece. El 7.14% de los estudiantes con actitudes alimentarias con riesgo elevado padece también el trastorno de anorexia nerviosa tipo compulsiva /purgativa.

La mayor frecuencia se presenta en el grupo con riesgo de trastorno alimentario medio respecto a los demás grupos, seguido de los que presentan riesgo elevado y esta diferencia es altamente significativa (p: 0.001)

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró (tabla 02 y grafico 01) que la frecuencia de riesgo de trastorno actitudinal alimentario. El 42.5% del grupo de estudio se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo. Es decir más del 50% presenta un riesgo mediano y alto a presentar un TCA.

Esto se puede explicar debido a que las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice la actual cultura de la delgadez. Las adolescentes tienden a equiparar bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez. Hay adolescentes con una insatisfacción importante en relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a dichos modelos parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal.^{124, 125, 126.}

Además los resultados obtenidos aplicado el test de actitudes alimentarias para la medición de riesgo de algún trastorno alimentario (tabla 03) se encuentra que el grupo que presentó un bajo riesgo (n=131), es ligeramente más frecuente que los demás; de los cuales el 51.91% es de sexo femenino y un 48.09% de sexo masculino. El grupo de varones presenta el menor riesgo de algún trastorno alimentario. En el grupo con riesgo medio (n=121) el 61.98% es de sexo femenino y el 38.02% de sexo masculino, proporción mayor en mujeres respecto a los varones. De los 56 estudiantes con riesgo elevado, el 58.93% es del sexo femenino y el 41.07% del sexo masculino.

NO existe una diferencia altamente significativa entre el sexo y el riesgo de padecer algún trastorno actitudinal alimentario. Proporcionalmente, la probabilidad de presencia de algún trastorno alimentario es igual en los estudiantes de ambos sexos. (p: 0.260).

Respecto al sexo, queda bien consensuado por todas las investigaciones que la proporción sigue siendo decantada claramente hacia el sexo femenino^{127; 128; 129, 130, 131, 132, 133.} La anorexia es más común entre las mujeres adolescentes de la clase media y alta. También se presenta en hombres, pero es poco

común. En un estudio que se realizó en un hospital importante durante un período de 20 años, sólo 9% de los pacientes a quienes se diagnosticó anorexia eran hombres¹³⁴.

En otros estudios se confirma que los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan en edades tempranas, fundamentalmente en la adolescencia.

En una revisión de 12 estudios de casos sobre la incidencia de la anorexia nerviosa en Norteamérica, Holanda, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Suiza e Israel, que las adolescentes (13 a 19 años) de sexo femenino presentan 5 veces más anorexia nerviosa comparadas con mujeres de otras edades¹³⁵.

En Cataluña¹³⁶ (n=1.554) hallaron que un 9,8% de las chicas de 12-19 años y un 1,2% de los varones eran población de riesgo de padecer un TCA (utilizando el EAT).¹³⁷ encuentran el 7,3% de las chicas y el 2,6% varones (n=3.544).

(n=515) en Tarragona hallan en el 12,4% de las chicas y 8,3% de los varones de 13-14 años. En estos estudios se muestra como los adolescentes españoles presentan actitudes hacia el cuerpo y la alimentación semejante al resto de los países occidentales, casi un 50% de la población estudiada deseaba disminuir peso y el grado de insatisfacción corporal era mayor todavía.

En Asturias, sobre una muestra de estudiantes de edad media de 15,91 años, reportan un riesgo potencial para las mujeres del 7.7% y del 1.1% para hombres.

En un estudio sobre 1.854 varones adolescentes, de 12 a 18 años hallan un 3,3% de sujetos en riesgo de padecer un TCA. En Gerona¹³⁸, utilizando el EAT encuentran que el 17.3% de las chicas adolescentes están en riesgo de padecer TCA y un 0.6% de los chicos.

Con respecto a la distribución del índice de masa según sexo (tabla 04) se observa que el índice de masa corporal es un adecuado indicador de valoración nutricional. La mayor proporción de estudiantes (59.7%) presenta un normal diagnóstico nutricional, según el índice de masa, seguido del grupo con bajo peso (n=92) representado por un 29.9%.

Según sexo no existe diferencia en la distribución según índice de masa, las proporciones son similares. No existe diferencia significativa según índice de masa y sexo (p: 0.798)

estudio realizado en Chile (1996)¹³⁹ concluyó que el índice de masa corporal aumenta significativamente con cada etapa del desarrollo puberal, entre 0,5 y 1,3 kg/m² en mujeres, paralelamente, a partir de estudios realizados en Chile, Suecia y Guatemala, comparó el IMC, encontrándose una gran similitud en los valores promedio por estadio puberal, lo que sugiere su generalización.

En otro estudio realizado en Argentina¹⁴⁰ se encontró que en cuanto a la estratificación por sexos, aunque las curvas de IMC de varones y mujeres son muy similares, encontramos una diferencia estadísticamente significativa al definir los grupos para una mayor prevalencia de sobrepeso en los varones ($p=0.003$). También los cambios se relacionaron con la edad, aumentando el IMC a razón de 0.37 kg/m² por año de edad. Sin embargo, la diferencia por sexos se mantiene ya que los varones aumentan 0.51 kg/m² por año mientras que las mujeres aumentan 0.28.

Esto también lo reafirma un estudio realizado en España en estudiantes universitarios para detectar los sujetos con riesgo de padecer trastornos alimentarios. El análisis estadístico indicó que las mujeres tenían puntuaciones más altas para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal e ineficacia que los varones; además, las mujeres tienen un índice de masa corporal más bajo. Encontrándose una prevalencia muy alta, un total de 6,4% de casos de trastornos de la conducta alimentaria¹¹.

Con respecto a la distribución de asociación entre índice de masa y la medición del riesgo de trastorno alimentario según el test actitudinal (tabla 05) se encontró que en el grupo con bajo peso ($n=92$), el 44.57% presenta un bajo riesgo y un 55.43% un riesgo medio. La distribución es ampliamente diferente en el grupo con índice de masa normal ($n=184$) donde el 44.02% presenta un bajo riesgo, un 28.26% riesgo medio y un 27.72% riesgo elevado el riesgo. Asimismo en el grupo con diagnóstico de sobrepeso ($n=19$), el 31.58% presenta un bajo riesgo, el 42.11 riesgo medio y el 26.32 un riesgo elevado.

Se puede evidenciar que existe una asociación entre el índice de masa y la presencia de riesgo para tener un trastorno alimentario. A mayor índice de masa mayor riesgo y esta asociación es altamente significativa ($p: 0.00$)

Esto, lo corrobora el trabajo realizado¹⁴¹ en el que encontraron que existe una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores

clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el índice de masa corporal y la edad de los adolescentes. Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres.

En la tabla 06 y gráfico 02 se observa la distribución de frecuencia de la aplicación del test M.I.N.I., según el cual, el 11.04% de los estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa actual. Cabe destacar que algún estudiante podría tener más de un desorden alimentario, es por eso que la distribución porcentual de los tres grupos puede ser mayor a 100. Estos datos son superiores a los de otros autores.

Con respecto a ello en un trabajo realizado, se encontró que entre el 1% y el 2% de niñas adolescentes padecen anorexia, aumentando el porcentaje hasta el 2-4% en la conducta bulímica. Además, se puede afirmar que una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años piensa " que su peso es elevado, lo cual confirma nuestros resultados dejando en claro el riesgo de padecer estos TCA.

Hallaron¹⁴² en chicas de 15 años de Madrid, una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 4,6%. Hallaron en población femenina Navarra de 12-21 años una prevalencia del 4,1% (anorexia nerviosa un 0.3%, un 0.8% para la bulimia y un 3.1% para el trastorno de alimentación no especificado).

En la tabla 07 se observa la distribución de frecuencia del riesgo de padecer anorexia nerviosa según el riesgo de sufrir bulimia nerviosa actual. Del grupo sin riesgo de anorexia nerviosa (n=274), el 74.45% no presentaba riesgo de bulimia y un 25.55% si. Del total de estudiantes con anorexia nerviosa (34%) tampoco, el 70.59% no presentó riesgo de bulimia nerviosa actual y 29.41% si. No existe diferencia significativa (p: 0.628) entre el riesgo de padecer anorexia nerviosa o no padecerla y el riesgo de tener bulimia nerviosa actual. La anorexia no está asociada a bulimia.

En el estudio realizado¹⁴³ manifiesta que la bulimia nerviosa se inicia más tardíamente que la anorexia, alrededor de los 18 a 20 años, mientras que la anorexia en edades cercanas a la pubertad, lo cual contribuye al hecho de que

un buen número de casos de bulimia se han dado en pacientes que han tenido anorexia previamente.

No se han descrito investigaciones en las que se analicen cuadros mixtos de trastornos alimentarios, sin embargo en un informe realizado por el Sistema de vigilancia de Factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en Madrid en 1996, refieren que la información disponible sobre ingresos hospitalarios por este tipo de trastornos alimentarios nos indica que ha habido un aumento en el número de ingresos en los últimos años. Así, de los 86 anuales ingresos ocurridos en los años 1990/1991, se pasó a un total de 225 ingresos en 1996. El 83,1% de estos 225 ingresos se debieron a anorexia nerviosa, el 14,7% lo fueron por bulimia y el 2,2% fueron cuadros mixtos (anorexia más bulimia).

En la distribución de frecuencia de anorexia, bulimia y anorexia compulsiva según sexo (tabla 9), el grupo con presencia de riesgo de anorexia nerviosa corresponde en el 64.7% al sexo femenino y el 35.3% de sexo masculino. De los que no presentaban el trastorno mencionado, el 56.2% era de sexo femenino y el 43.8% de sexo masculino. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa (p: 0.002).

En el grupo con Bulimia nerviosa actual (n=80), el 48.8% era de sexo masculino y el 51.3% de sexo femenino y esta diferencia no es significativa (p: 0.216). Asimismo, los que padecían anorexia nerviosa compulsiva (n=24), el 58.3% era de sexo masculino y el 41.7% de sexo femenino, y esta diferencia no es estadísticamente significativa (p: 0.216).

Al igual que el estudio¹⁰, se encontraron que al analizar las conductas alimentarias por sexos, hubo diferencias significativas (13,93% y 3,23% en SCOFF y EAT-40 para los varones, 29,38% y 10,70% para las mujeres).

En tanto que en el estudio realizado⁸ se encontró que con respecto a la prevalencia de los trastornos de la conductas alimentaria en general en la Región de Murcia es 6,29% y, en particular, es 0,45 anorexia nerviosa, 1,40% bulimia nerviosa y 4,44% trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La prevalencia es mayor en el género femenino, especialmente

en anorexia y bulimia nerviosas, y a la edad de 13 años, datos semejantes a los encontrados en el presente trabajo.

Durante décadas la sociedad ha ido colocando roles estereotipados que con el tiempo se ha ido invirtiendo, mientras que las mujeres que presentan trastornos en su alimentación no son juzgadas, los hombres que lo padecen sufren un trato negativo relacionándolo con la homosexualidad o bisexualidad; incluso en aquellos que buscan la “perfección” de sus cuerpos actualmente ya tienen un nombre, se les denomina “metrosexuales” y son los que cuidan su apariencia y su físico. En múltiples investigaciones esta diferencia entre sexos se sigue dando, pero en estos últimos tiempos ha ido disminuyendo significativamente²⁰.

Al asociar el riesgo de padecer algún trastorno alimentario según el test actitudinal y la presencia de anorexia nerviosa (tabla 11), se puede observar que los estudiantes con riesgo medio en el test de actitudes tienen una alta probabilidad de padecer anorexia nerviosa (17.4%) comparado con los demás grupos del test de actitudes alimentarias, y esta asociación diferencia es altamente significativa.

La asociación de riesgo actitudinal de padecer riesgo medio de trastorno alimentario y la presencia de riesgo de anorexia nerviosa es altamente significativa (p: 0.006).

En el estudio realizado¹⁴⁴, la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo mostró un incremento importante de la medición 1997 a las mediciones 2000 y 2003, tanto entre los varones como entre las mujeres. El porcentaje de hombres que reportaron tres o más indicadores de riesgo en 1997 fue de 1.3% con diferencias significativas con respecto a la medición 2000 (4.3%), mientras que no hubo diferencias significativas entre las mediciones 2000 y 2003 (3.8%). En las mujeres se observó un incremento significativo de 1997 (3.4%) a las mediciones 2000 y 2003 (9.6% para ambos casos).

El análisis del tipo de conducta de riesgo registró un incremento en los hombres y mujeres de todas las edades en la preocupación por engordar (aproximadamente 50% más) y en el uso de métodos purgativos después de la medición de 1997.

Al evaluar la distribución de las actitudes alimentarias y el riesgo de padecer bulimia nerviosa actual se encontró que existe una diferencia significativa entre los que padecen de bulimia nerviosa actual y el riesgo de padecer algún trastorno alimentario. (p: 0.005). (Tabla 12), lo mismo que la asociación entre el riesgo actitudinal de trastorno alimentario y el riesgo de padecer anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa (tabla 13) se encontró que la mayor frecuencia se presenta en el grupo con riesgo de trastorno alimentario medio respecto a los demás grupos, seguido de los que presentan riesgo elevado con una diferencia es altamente significativa (p: 0.001) Podemos inferir que si bien el grupo en estudio tiene riesgo actitudinal medio o bajo en su mayor proporción, de estos, ya existen grupos que padecen el trastorno de anorexia, bulimia o anorexia nerviosa compulsivo/purgativo. Y esta asociación es altamente significativa.

Se confirma¹³² que los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan en edades tempranas, fundamentalmente en la adolescencia. En concreto, el 27,5% de las chicas entre 15 y 16 años refiere haber hecho alguna dieta para adelgazar, frente a tan sólo un 5,6% de los chicos. Prácticamente una de cada dos chicas de estas edades se considera con exceso de peso o gorda, mientras que sólo uno de cada cinco chicos dice considerarse gordo o con exceso de peso.

Analizando estas mismas preguntas en aquella parte de la muestra total de población encuestada que tiene menor peso (obtenida por medición de peso y talla en la encuesta), se observa que un 9,75 de las chicas realiza dieta para adelgazar, y un 11,3% se considera gorda, cuando en realidad están francamente delgadas.

Se encuentran en una revisión de 12 estudios de casos sobre la incidencia de la anorexia nerviosa en Norteamérica, Holanda, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Suiza e Israel, que las adolescentes (13 a 19 años) de sexo femenino presentan 5 veces más anorexia nerviosa comparadas con mujeres de otras edades¹³⁵.

CONCLUSIONES

- 64.94% estudiantes presenta algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria y 35.06% estudiantes no presenta ningún tipo de trastorno.
- En el grupo que padecen algún tipo de TCA (n=200), el 55% es de sexo femenino y 45% de sexo masculino. Encontrándose mayor frecuencia en el sexo femenino. No padecen ningún tipo de TCA (n=108), el 61.11% es de sexo femenino y el 38.89% de sexo masculino.
- El 42.5% de los estudiantes de 3ro, 4to y 5to año de un colegio estatal de Moquegua se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo de algún trastorno alimentario.
- El 11.04% de los estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa actual.
- En el grupo con presencia de riesgo de anorexia nerviosa (n=34), el 64.7% es de sexo femenino y el 35.3% de sexo masculino. En el grupo con Bulimia nerviosa actual (n=80), el 48.8% era de sexo masculino y el 51.3% de sexo femenino. Asimismo, los que padecían anorexia nerviosa compulsiva (n=24), el 58.3% era de sexo masculino y el 41.7% de sexo femenino.
- En el grupo con anorexia nerviosa (n=34), la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 15 a 16 años, seguido del grupo de 13 a 14 años (41.2%). No hay asociación entre la edad y la presencia de anorexia (p: 0.981). La distribución de bulimia nerviosa es mayor en el grupo de 13 a 14 años (53.8%) seguido por un 21.3% pertenecientes al grupo de 15 a 16 años. La asociación solo es significativa en el grupo con riesgo de bulimia nerviosa (p: 0.00). No existe asociación entre anorexia nerviosa compulsivo/purgativo y la edad (p: 0.227).

RECOMENDACIONES

1. Profundizar el estudio realizarlo en una población mayor de estudiantes de alcance provincial o distrital.
2. Recomendar el usar periódicamente el test de actitudes y el de medición de riesgo de padecer anorexia y/bulimia por los servicios de primer nivel de atención.
3. Involucrar a los servicios educativos (colegios) a trabajar coordinadamente con el Ministerio de Salud respecto a este problema.
4. Profundizar el estudio con el examen clínico personalizado en los casos que se detectaron riesgo, para así confirmar y tratar oportunamente los trastornos.
5. Difundir los resultados del estudio.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Edelstein, G. (1999): "*La anorexia nerviosa*". Barcelona, Círculo de lectores.
2. Crispo, R.; Figueroa, E., y Guelar, D. (1996): "*Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*". "*Un mapa para recorrer un territorio trastornado*". Barcelona, Gedisa.
3. Toro, Josep. (1996) "El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad". Barcelona, Ariel.
4. Martínez Martínez y Cols. (2000) "Prevalencia de TCA y su relación con variables sociales, personales y culturales en estudiantes de nivel secundario" en el Área de de Salud Gijón (Asturias).
5. Garfinkel, P. E. and Garner, D. M. (1982). "*Anorexia nerviosa: a multidimensional perspective*". New York: Bruner-Mazel
6. Marín B. Verónica. (2002) "Trastornos De La Conducta Alimentaria En Escolares Y Adolescentes". Rev. chil. nutr. v.29 n.2 Santiago
7. Peláez Fernández, María Ángeles. (2004) "Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid". España.
8. Capataz Colás, Izaskun. (2004) "Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en la Región de Murcia".
9. Rodríguez Lorena O. (2007) "Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile". Rev Chil Pediatr. Santiago.

10. Jáuregui Lobera I., Romero Candau J., et. Al. (2009) "Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla". *Nutr. Hosp.* v.24 n.5 Madrid set.-out.
11. American Psychiatric Association. (1987). "*DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*". (4ª ed.) Barcelona: Masson
12. Paredes C. (1983) "Desarrollo Psicosocial del Adolescente". *Rev. Diagnóstico* Vol 12 N° 2.
13. Rodríguez Cano T. et al (2002) "Factores relacionados con la imagen corporal un estudio longitudinal". Tesis de Grado UNAS.
14. Freyre E. (Segunda Edición . 1997) "La Salud del Adolescente" Ed. UNAS.
15. American Psychiatric Association. (1995). "*DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos de la conducta alimentaria*". (1ª ed.) Barcelona: Masson
16. Washington DC. (2000) "American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders".
17. Organización Mundial de la Salud (OMS) - (1992). "Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento". CIE. Traducción al español. Madrid.
18. Ruiz PM (1999) "Historia de los trastornos de la conducta alimentaria". *Anales de Psiquiatría*.
19. Rodríguez C. (2001) "Los trastornos de la conducta alimentaria". España
20. Machado P, Machado B, Goncalves S, Hoek H.(2007) "The prevalence of eating disorders not otherwise specified". *Int J Eat Disord*

21. Lahortiga-Ramos F, de Irala-Estévez J, Cano-Prous A, Gual García P. (2005) "Incidence of eating disorders in Navarra" (Spain). *Eur J Psychiatry*.
22. Brunner, R., Resch, F. (2006). "Eating disorders—an increasing problem in children and adolescents?" *Ther Umsch*
23. Muro, P., Amador, J. A. (2007). "Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample". *Eating and Weight Disorders*
24. Pangsberg, A. K., Wang, A R. (1994). "Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989". *Acta Psychiatrica Scandinavica*
25. Hoek, H. W., Van Hoeken, D. (2003). "Review of the prevalence and incidence of eating disorders". *American Journal of Eating Disorders*
26. Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. et al. (2005). "Time trends in eating disorder incidence". *British Journal of Psychiatry*
27. Ghaderi, A., Scott, B. (2002). "The preliminary reliability and validity of the survey for eating disorders (SEDs): a self-report questionnaire for diagnosis for eating disorders (SEDs)". *European Eating Disorders Review*
28. Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S. et al. (2007). "Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community". *American Journal of Psychiatry*
29. Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M. et al. (2001). "Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

30. Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C. et al. (1996). "Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
31. Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J.A. et al. (2002). "Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes". *International Journal of Eating Disorders*
32. Favarelli, C., Ravaldi, C., Truglia E. et al. (2006). "Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study". *Psychotherapy and Psychosomatics*
33. Striegel-Moore, R. H. (1995). "Psychological factors in the etiology of binge eating". *Addictive Behaviors*
34. Tobin, D. L., Griffing, A. S. (1995). "Coping and depression un bulimia nerviosa". *International Journal of Eating Disorders*
35. Freyre Roman, Eleodoro (2003). "Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes". [Http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/may_jun_03/1722.htm](http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/may_jun_03/1722.htm)
36. Shisslack & Crago. (2003) "Risk and supervised exercise: the example of anorexia to illustrate a new ethical issue in the traditional debates of medical ethics". Oxford
37. Striegel-Moore, R. H., Schreiber, G. B., Crawford, P. et al. (2000). "Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: the NHLBI growth and health study". *International Journal of Eating Disorders*
38. Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M. et al. (2003). "The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of northeast Italy". *Psychiatry Research*

39. Tosselli, A. L., Villani, S., Ferro, A. M. et al. (2005). "Eating disorders and their correlatos in high school adolescents of Northern Italy". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*
40. Ledoux, S., Choquet, M., Manfredi, R. (1993). "Associated factors for self-reported binge eating among male and female adolescents". *Journal of Adolescence*
41. Enoch, M. A., Kaye, W. H., Rotondo, A. et al. (1998). "5-HT_{2A} promoter polymorphism -1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder. *Lancet*"
42. Ricca, V., Nacmias, B., Cellini, E. et al. (2002). "5-HT_{2A} receptor gene polymorphism and Eating disorders". *Neuroscience Letters*
43. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Plotnicov, K. et al. (2008). "The genetics of anorexia nerviosa collaborative study: methods and sample description, *International Journal of Eating Disorders*"
44. Gorwood, P., Ades, J., Bellodi, L. et al. (2002). "The 5-HT(2A) – 1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: a combined analysis of 316 trios from six European centres". *Molecular Psychiatry*
45. Graber, J.A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. et al (1997). "Is psychopathology associated with the timing of pubertal development?" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
46. Silbereisen, R.K., Kracke, B. (1997). "Self-Reported Maturational Timing and Adaptation in Adolescence". In J. Schulenberg, J.L. Maggs, K. Hurrelmann (eds.). "Health risks and developmental transitions during adolescence". Cambridge University Press, New York

47. Falkner, N. H., Neumark-Sztainer, D., Story, M. et al. (2001). "Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents". *Obesity Research*
48. Swarr, A.E., Richards, M.H.C., (1996). "Longitudinal effects' pubertal development, perceptions of pubertal timing parental relations on eating problems". *Developmental Psychology*
49. Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A. et al. (2003). "Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study". *International Journal of Eating Disorders*
50. Castro, J., Gual, P., Lahortiga, F. et al. (2007). "Self oriented perfectionism in Eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*
51. Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T.E. et al. (1999). "Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development". *Journal of Abnormal Psychology*
52. Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W. et al. (2001). "Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development". *Journal of Social and Clinical Psychology*
53. Johnson, F., Wardle, J. (2006). "Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis". *Journal of Abnormal Psychology*
54. Beato, L., Rodriguez, T., Belmonte, A. et al. (2004). "Risk factors for Eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study". *European Child and Adolescent Psychiatry*

55. Cooley, E., Toray, T. (2001). "Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years". *International Journal of Eating Disorders*
56. Andrist, L. C. (2003). "Media Images, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Adolescent Women". *American Journal of Maternal Child Nursing*
57. Calado M, Rodriguez Y, et al (2002). "Los trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios Españoles". *Actas Españolas de Psiquiatria*. 30. Noviembre
58. Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F. et al. (2002). "Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the temperament and character inventory". *International Journal of Eating Disorders*
59. Fassino, S., Abbate-Daga, G., Piero, A. et al. (2001). "Anger and personality in eating disorders". *Journal of Psychosomatic Research*
60. Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C. et al. (2000). "Temperament and character in women with anorexia nerviosa". *The Journal of Nervous and Mental Disease*
61. Casin, S. E., Ranson, K. M. (2005). "Personality and eating disorders: A decade in review". *Clinical Psychology Review*
62. Godart, N., Flament, M., Curt, F. et al. (2003). "Are anxiety disorders more frequent in subjects with eating disorders?". *Annales de Médecine Interne*
63. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L. et al. (2004). "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa". *The American Journal of Psychiatry*

64. Godart, N., Flament, M., Lecrubier, Y. et al. (2000). "Anxiety disorders in anorexia and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance". *European Psychiatry*
65. Zaidner, T. I. Johnson, J. G., and Cockell, S. J. (2000). "Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community". *International Journal of Eating Disorders*.
66. Perez, S. (2004). "*Estado nutricional y psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria*". Disertación doctoral. Tarragona, Spain: Rovira i Virgili University
67. Roman López R. (2002) "Estudio sobre anorexia en Adolescentes de 11 a 16 años". Madrid
68. Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C. et al. (1999). "Onset of adolescent Eating disorders: population based cohorte study over 3 years". *BMJ (Clinical researched.)*
69. Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L. I., et al. (2003). "Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 Years". *International Journal of Eating Disorders*
70. The MacKnight Investigators (2003). "Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study". *The American Journal of Psychiatry*
71. López-Guimerà, G., Fauquet, J., Portell, M. et al. (2008). "Dieting in Spanish adolescent girls". *European Eating Disorders Review*
72. Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M.M, Guo, J. et al. (2006). "Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?". *The Journal of the American Dietetic Association*

73. Dunker, K. L., Philippi, S. T. (2005). "Differences in diet composition of Brazilian adolescent girls with positive or negative score in the Eating Attitudes Test". *Eating and Weight Disorders*
74. Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E. et al. (1994). "The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders". *Psychological Medicine*
75. Shroff, H., Reba, L. Thorton, L. M. et al. (2006). "Features associated with excessive exercise in women with eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*
76. Mond, J., Myers, T. C., Crosby, R. et al. (2008). "Excessive exercise' and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample". *European Eating Disorders Review*
77. Behar R. (1998) "Eating disorders in adolescents: epidemiological an clinical aspects". *Rev. Med. Chile*
78. Leon, G. R., Keel, P. K., Klump, K. L. et al. (1997). "The future risk factor research in understanding the etiology if eating disorders". *Psychopharmacology Bulletin*
79. Young, B.E., Lips, K.R., Reaser, J.K., Ibáñez, R., Salas, A.W., Cedeño, J.R. Coloma, L.A., Ron, S., La Marca, E., Meyer, J.R., Muñoz, A. Bolaños, F., Chaves, G. & Romo, D. (2001). "Population declines and priorities for amphibian conservation in Latin America". *Conservation Biology*
80. Dancyger, I., Fornari, V, Scionti, L. et al. (2005). "Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?". *Comprehensive Psychiatry*

81. Fernández, F, Krug, I, Granero, R. et al. (2007). "Individual and family Eating patterns Turing childhood and early adolescence: an análisis of associated Eating disorders factors, *Appetite*"
82. Fornari, Wlodarczyl-Bisaga, K., Matthews, M. et al. (1999). "Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nerviosa or bulimia nerviosa". *Comprehensive Psychiatry*
83. Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A. et al. (2002). "Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*
84. Pérez- Gaspar M. et al (2002) "Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en las adolescentes Navarras ", Med. Clin 114. Barcelona
85. Crowther, J. H., Kichler, J. G., Sherwood, N. E. et al. (2002). "The role of familial factors in bulimia nerviosa". *Eating Disorders*
86. Agras, W. S., Bryson, S. Hammer, L. D. (2007). "Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
87. Smolak, L., Levine, M. P., Schrmr, F. (1998). "A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems". *Journal of Psychosomatic Research*
88. Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A. et al. (1997). "Risk factors for bulimia nerviosa. A community-based control study". *Archives of General Psychiatry*
89. Sands, E. R., Wardle, J. (2003). "Internalization of ideal body shapes in 9--12- year-old girls". *International Journal of Eating Disorders*

90. Unikel, C. Aguilar, J., Gómez-Peresmitré, G. (2005). "Predictors of Eating behaviors in a sample of Mexican women". *Eating and Weight Disorders*
91. Stice, E., Whitenton, K. (2002). "Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation". *Developmental Psychology*
92. Stice, E., Shaw, H. E. (2002). "Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings". *Journal of Psychosomatic Research*
93. Derenne, J. L., Beresin, E. V. (2006). "Body image, media and eating disorders". *Academic Psychiatry*
94. Mazzeo, S. E., Trace, S. E., Mitchell, K. S. et al. (2007). "Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors". *Eating Behaviors*
95. Grupo Zarima. (1999) "Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón". Guía práctica. España.
96. Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1994). "Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire?". *International Journal of Eating Disorders*
97. Halmi K, Washington D. C. (1996) "Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad". En Tratado de Psiquiatría, American Psychiatric Press.
98. Gordon R. (2002) "The Global Epidemiology of Eating Disorders. Academy for Eating Disorders". International Conference on Eating Disorder.
99. Fernández, F., Turón, V. (1999). "*Trastornos de la alimentación, Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*". Barcelona: Masson

100. Raich, R. M. (2001). *“Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo”*. Madrid: Piramide.
101. Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. et al. (2006). “Body dissatisfaction prospectively predicts depressive symptoms and low self-esteem in adolescent girls and boys”. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*
102. Pinheiro, A.P., Giugliani, E.R. (2006). “Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors”. *Revista de Saúde Pública*
103. Shin, N. Y., Shin, M. S. (2008). “Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean children”. *The Journal of Pediatrics*
104. Da Costa, M., Halmi, K.A. (1992). “Classification of anorexia nerviosa: Question of subtype”. *International Journal of Eating Disorders*
105. Faiburn, C.G., Y Garner, D.M. (1986): “The diagnosis of bulimia nerviosa”, en: *International Journal of Eating Disorders*
106. Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C. et al. (1988). “A comparison of purging and non purging normal weight bulimics”. *International Journal of Eating Disorders*
107. Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1996). *“Obesity and anorexia nerviosa: psychosocial aspects”*. Ruch, H., Manual de Psicopatología, Volumen I. Madrid: Mc Graw Hill.
108. Fernández, F., Turón, V. (1999). *“Trastornos de la alimentación, Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia”*. Barcelona: Masson.

109. Walsh, B. T., Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), "Handbook of treatment for eating disorders. Second edition". Nueva York: Guilford
110. Turner, H., Bryant-Waugh, R. (2004). "Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): profiles of clients presenting at a community eating disorders service". *European Eating Disorders Review*.
111. American Psychiatric Association. (1995). "*DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos de la conducta alimentaria*". (1ª ed.) Barcelona: Masson
112. American Psychiatric Association. (2002). "*DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*".(1ª ed.) Barcelona: Masson
113. Jones JM: et al (2002) "Disorder eating attitudes and behaviors in teenged girls: a High achool-based study". Canadian Medical Association Journal.
114. Kaplan H, et al (2000) "Sinopsis de la psiquiatría: Ciencias de la Conducta psiquiátrica clínica". Octava edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
115. Andersen AE. Hospital (1989) "treatment of anorexia nervosa. In treatment of psychiatrics disorders: A task force report of the American Psychiatric Association", Washington, DC.: APA.
116. Treasure J, Palmer RL. (1999) "Providing specialized services for anorexia nerviosa". Br J Psychiatry
117. Ficher MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J. (1996) "Fluvoxamine in preventión of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopatology". J Clin Psychopharmacol

118. OMS-PPGHC. (1998) "Prevalencia Psiquiátrica en la Asistencia General. MINI". Versión de la CIE-10.
119. American Psychiatric Association. (2004). "*DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*". (1ª ed.) Barcelona: Masson.
120. Raich Escursell, Rosa. (2005) "Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas". España.
121. Fairburn, C. G., Garner, D. M. (1986). "The diagnosis of bulimia nerviosa". *International Journal of Eating Disorders*
122. Castro J, Toro J, et al (1991) "The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. Psychological Assessment" 1991.
123. American Psychiatric Association DSM-IV. (1994): "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Barcelona: Masson.
124. Hsu. (1982). "Bulimia nerviosa in eleven sets of twins: a clinical report". *International Journal of Eating Disorders*.
125. Toro J. (1988) "Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa". *Form Med Cont*,
126. Toro, J., Cervera, M. Y Pérez, P. (1988). Body Shape, Publicity and Anorexia Nerviosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,
127. Lami, Falk y Schwart(1981) The Eating Disorders "epidemic": More apparent than real?. *Pediatric Annals*
128. Fairburn, C. (1995) "Further validity studies of the Eating Disorder Examination". Manuscript in preparation

129. Provost (1989). "Disorders of the self in anorexia nerviosa: en Johnson CL. (Ed), Psychodynamic treatment of anorexia nerviosa and bulimia". N.Y.: Guilford
130. Turon Gil VJ. (1997). "Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad". Barcelona: Masson
131. Ruiz, P.M. (1999). "Vivencia de la imagen corporal en población adolescente". Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, Jun.
132. Raich, M. (1994). "Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios". Piramide (Eds.) Madrid.
133. Rodriguez RM (2001). "Diabetes mellitus en la infancia y adolescencia. Protocolo de actuación". Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.
134. Crisp AH y Burns. (1983) "Anorexia nerviosa: Let me be. London: Academic Press".
135. Pawluck DE, Gorey KM. (1998) "Secular trends in the incidence of anorexia nerviosa: integrative review of population-based studies". *Int J Eating Disord*.
136. Toro, J. (2000). "El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad". Barcelona: Ariel Ciencia
137. Reich, W., Shayka, J.J. y Taibleson, Ch. (1991). "*Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescent-DICA-R* (L. Ezpeleta, Trans.)". Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry
138. De Gracia, M., Marcó, M, Trujano, P. (2007). "Factors associated with eating behavior in pre-adolescents. *Psicothema*"

139. Díaz B., Eric (1996) "Evaluación nutricional de adolescentes mediante índice de masa corporal para etapa puberal". Chile
140. Martínez Carlos, et. Al. (2001) "Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la ciudad de corrientes". Asociación con factores de riesgo cardiovascular. Argentina.
141. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C (2002). "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años". México
142. Morandé, G., Celada, J., Casas, J. J. (1999). "Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population". *Journal of Adolescent Health*
143. García-Camba de la Muela, E (2007) "Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad". España
144. Unikel-Santoncini,C; Bojorquez-Chapela, L; Villatoro-Velasquez,J; et. Al. (2003) "Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003"

ANEXOS

ANEXO 1

Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-40)

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Peso: _____ Sexo: _____ Talla _____

Tenga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta: A: nunca B: casi nunca C: Algunas veces D: Bastantes veces E Casi siempre F: Siempre

1	Me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
2	Preparo comidas para otros pero yo no me las como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
3	Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
4	Me da mucho miedo pesar demasiado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
5	Procuro no correr aun que tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
6	Me preocupo mucho por la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
7	A veces he atracado de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
8	Corto mis alimentos en trozos pequeños	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
10	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (Ejemplo: arroz, patatas, etc.)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
11	Me siento lleno/a después de las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
12	Noto que los demás preferirían que yo comiese mas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
13	Vomito después de haber comido	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
14	Me siento muy culpable después de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
15	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
17	Me peso varias veces al día	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)

19	Disfruto comiendo carne	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
20	Me levanto pronto por las mañanas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
21	Cada día como los mismos alimentos	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
23	Tengo la menstruación regular	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
24	Los demás piensan que estoy demasiado gorda	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
26	Tardo en comer más que las otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
27	Disfruto comiendo en restaurantes	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
28	Tomo laxantes (purgantes)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
29	Procuro no comer alimentos	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
30	Como alimentos de régimen	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
31	Siento que los alimentos controlan mi vida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
32	Me controlo en las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
33	Noto que los demás para que coma	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
35	Tengo estreñimiento	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
36	Me siento incomodo/a después de comer dulces	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
37	Me comprometo a hacer régimen	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
38	Me gusta sentir el estomago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
40	Tenga ganas de vomitar después de las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)

Total: _____

Riesgo bajo: EAT – 40 <21

Riesgo medio: EAT – 40 entre 21 y 30

Riesgo elevado: EAT – 40 mayor de 30

PUNTUACION:

Siempre (3), casi siempre (2), bastante (3); sin puntuar las respuestas más alejadas del test; salvo en las que corresponden a ítems 1, 18, 19, 23,27 y 39 donde la inclinación anoréxica se halla en la respuesta nunca (3) casi nunca (2) a veces (1).

ANEXO 2A

ANOREXIA NERVIOSA

1.a. ¿Cuál es su estatura?

_____ cm

1.b. ¿En los últimos tres meses cual ha sido tu peso más bajo?

_____ kgs

¿Es el peso del paciente inferior al peso mínimo No SI corresponde a su estatura (ver tabla a continuación)

NO SI

En los últimos TRES meses

4. ¿Hás tratado de no engordar?

NO SI

5. ¿Hás tenido miedo de ganar peso? ¿Hás tenido miedo de ponerte gordo/a?

NO SI

CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

6. a ¿Has pensado que te ves muy gordo/a? ¿Has pensado que tu cuerpo no es atractivo?

NO SI

CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

b ¿La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu afecta la opinión que tienes de ti mismo?

NO SI

CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

c ¿Has pensado que tu bajo peso no es un problema serio?

NO SI

CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

7. ¿Codifico si en una o más respuestas de las anteriores?

NO SI

8. Solo para niñas en la pubertad: ¿En los tres últimos meses, dejaste de tener todos tus periodos menstruales, aunque debiste tenerlos (cuando no estabas embarazada)?

PARA NIÑAS ¿CODIFICÓ SÍ EN 5 Y 6?

PARA NIÑOS: ¿CODIFICÓ SI EN 5?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

ANEXO 2B

BULIMIA NERVIOSA

En los Últimos tres meses:

1. Te has dado atracones?. Un "atacón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un periodo de 2 horas.

NO SI

2. Te haz dado 2 atracones o más por semana?.

NO SI

3. Durante un atracón, has sentido que no lo puedes controlar?.

NO SI

4. Trataste de hacer algo para evitar ganar peso?. ¿Cómo inducir el vomito o ejercitarte en exceso? Tratar de no comer por uno o más días?. Tomar

pastillas que te hacen ir mas al baño?. ¿O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso?. CODIFICAR Si, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

NO SI

5. La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? La figura de lo cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo?. CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

NO SI

6. CUMPLEN LOS SINTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?

NO (Ir al 8) SI

7. ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kgs.)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARENTESIS EL PESO MINIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACION A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MODULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)

NO SI

8. CODIFICO SI EN 5 0 CODIFICO NO EN 7 o SALTO A 8?

NO	SI
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

9. CODIFICO SI EN T7?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA Tipo compulsivo/purgativo ACTUAL	

ANEXO 2C

ENTREVISTA BASADA EN LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV TR PARA EL TCA no especificado

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
SI ____ NO ____
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
SI ____ NO ____
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
SI ____ NO ____
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. Ej., provocación del vomito después de haber comido galletas.)
SI ____ NO ____
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
SI ____ NO ____
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa
SI ____ NO ____

ANEXO 3A
TEST ACTITUDINAL

		n	%
Me gusta comer con otras personas	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	94	30.5%
	ALGUNAS VECES	159	51.6%
	CASI NUNCA	55	17.9%
	NUNCA	0	.0%
	Total	308	100.0%
Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	290	94.2%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	5	1.6%
	SIEMPRE	13	4.2%
	Total	308	100.0%
Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	291	94.5%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	0	.0%
	SIEMPRE	17	5.5%
	Total	308	100.0%
Me da mucho miedo pesar demasiado	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	211	68.5%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	29	9.4%
	SIEMPRE	68	22.1%
	Total	308	100.0%
Procuro no comer aunque tenga hambre	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	274	89.0%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	29	9.4%
	SIEMPRE	5	1.6%
	Total	308	100.0%
Me preocupo mucho por la comida	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	237	76.9%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	41	13.3%
	SIEMPRE	30	9.7%
	Total	308	100.0%
A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz dejar de comer	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	228	74.0%
	BASTANTES VECES	29	9.4%
	CASI SIEMPRE	27	8.8%
	SIEMPRE	24	7.8%
	Total	308	100.0%
Corto mis alimentos en trozos pequeños	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	179	58.1%
	BASTANTES VECES	39	12.7%

	CASI SIEMPRE	35	11.4%
	SIEMPRE	55	17.9%
	Total	308	100.0%
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	181	58.8%
	BASTANTES VECES	66	21.4%
	CASI SIEMPRE	35	11.4%
	SIEMPRE	26	8.4%
	Total	308	100.0%
Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	205	66.6%
	BASTANTES VECES	16	5.2%
	CASI SIEMPRE	46	14.9%
	SIEMPRE	41	13.3%
	Total	308	100.0%
Me siento lleno/a después de las comidas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	110	35.7%
	BASTANTES VECES	35	11.4%
	CASI SIEMPRE	58	18.8%
	SIEMPRE	105	34.1%
	Total	308	100.0%
Noto que los demás preferirían que yo comiese más	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	264	85.7%
	BASTANTES VECES	14	4.5%
	CASI SIEMPRE	2	.6%
	SIEMPRE	28	9.1%
	Total	308	100.0%
Vomito después de haber comido	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	260	84.4%
	BASTANTES VECES	6	1.9%
	CASI SIEMPRE	6	1.9%
	SIEMPRE	36	11.7%
	Total	308	100.0%
Me siento muy culpable después de comer	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	252	81.8%
	BASTANTES VECES	5	1.6%
	CASI SIEMPRE	12	3.9%
	SIEMPRE	39	12.7%
	Total	308	100.0%
Me preocupa el deseo de estar cada vez más delgado	ALGUNAS VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	214	69.5%
	BASTANTES VECES	36	11.7%
	CASI SIEMPRE	5	1.6%
	SIEMPRE	53	17.2%
	Total	308	100.0%
Hago mucho ejercicio para quemar calorías	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	171	55.5%
	BASTANTES VECES	54	17.5%
	CASI SIEMPRE	41	13.3%
	SIEMPRE	42	13.6%
	Total	308	100.0%

Me peso varias veces al día	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	247	80.2%
	BASTANTES VECES	40	13.0%
	CASI SIEMPRE	15	4.9%
	SIEMPRE	6	1.9%
	Total	308	100.0%
Me gusta que la ropa me quede ajustada	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	109	35.4%
	ALGUNAS VECES	38	12.3%
	CASI NUNCA	60	19.5%
	NUNCA	101	32.8%
	Total	308	100.0%
Disfruto comiendo carne	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	132	42.9%
	ALGUNAS VECES	53	17.2%
	CASI NUNCA	72	23.4%
	NUNCA	51	16.6%
	Total	308	100.0%
Me levanto pronto por las mañanas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	156	50.6%
	BASTANTES VECES	38	12.3%
	CASI SIEMPRE	49	15.9%
	SIEMPRE	65	21.1%
	Total	308	100.0%
Cada día como los mismos alimentos	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	220	71.4%
	BASTANTES VECES	21	6.8%
	CASI SIEMPRE	42	13.6%
	SIEMPRE	25	8.1%
	Total	308	100.0%
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	182	59.1%
	BASTANTES VECES	11	3.6%
	CASI SIEMPRE	46	14.9%
	SIEMPRE	69	22.4%
	Total	308	100.0%

Tengo la menstruación regular	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	252	81.8%
	ALGUNA VECES	35	11.4%
	CASI NUNCA	16	5.2%
	NUNCA	5	1.6%
	Total	308	100.0%
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	273	88.6%
	BASTANTES VECES	0	.0%
	CASI SIEMPRE	22	7.1%
	SIEMPRE	13	4.2%
	Total	308	100.0%
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	187	60.7%
	BASTANTES VECES	25	8.1%
	CASI SIEMPRE	40	13.0%
	SIEMPRE	56	18.2%
	Total	308	100.0%
Tardo en comer más que las otras personas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	200	64.9%
	BASTANTES VECES	51	16.6%
	CASI SIEMPRE	13	4.2%
	SIEMPRE	44	14.3%
	Total	308	100.0%
Disfruto comiendo en restaurantes	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	104	33.8%
	ALGUNAS VECES	85	27.6%
	CASI NUNCA	53	17.2%
	NUNCA	66	21.4%
	Total	308	100.0%
Tomo laxantes (purgantes)	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	241	78.2%
	BASTANTES VECES	23	7.5%
	CASI SIEMPRE	21	6.8%
	SIEMPRE	23	7.5%
	Total	308	100.0%
Procuro no comer alimentos con azúcar	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	244	79.2%
	BASTANTES VECES	42	13.6%
	CASI SIEMPRE	5	1.6%
	SIEMPRE	17	5.5%
	Total	308	100.0%

Como alimentos de régimen	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	252	81.8%
	BASTANTES VECES	26	8.4%
	CASI SIEMPRE	14	4.5%
	SIEMPRE	16	5.2%
	Total	308	100.0%
Siento que los alimentos controlan mi vida	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	220	71.4%
	BASTANTES VECES	17	5.5%
	CASI SIEMPRE	48	15.6%
	SIEMPRE	23	7.5%
	Total	308	100.0%
Me controlo en las comidas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	173	56.2%
	BASTANTES VECES	33	10.7%
	CASI SIEMPRE	45	14.6%
	SIEMPRE	57	18.5%
	Total	308	100.0%
Noto que los demás me presionan para que coma	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	261	84.7%
	BASTANTES VECES	18	5.8%
	CASI SIEMPRE	12	3.9%
	SIEMPRE	17	5.5%
	Total	308	100.0%
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	297	96.4%
	BASTANTES VECES	6	1.9%
	CASI SIEMPRE	5	1.6%
	SIEMPRE	0	.0%
	Total	308	100.0%
Tengo estreñimiento	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	260	84.4%
	BASTANTES VECES	5	1.6%
	CASI SIEMPRE	16	5.2%
	SIEMPRE	27	8.8%
	Total	308	100.0%
Me siento incómodo/a después de comer dulces	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	232	75.3%
	BASTANTES VECES	38	12.3%
	CASI SIEMPRE	12	3.9%
	SIEMPRE	26	8.4%
	Total	308	100.0%

Me comprometo a hacer régimen	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	255	82.8%
	BASTANTES VECES	6	1.9%
	CASI SIEMPRE	36	11.7%
	SIEMPRE	11	3.6%
	Total	308	100.0%
Me gusta sentir el estómago vacío	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	232	75.3%
	BASTANTES VECES	15	4.9%
	CASI SIEMPRE	28	9.1%
	SIEMPRE	33	10.7%
	Total	308	100.0%
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	BASTANTES VECES/CASI SIEMPRE/SIEMPRE	186	60.4%
	ALGUNAS VECES	58	18.8%
	CASI NUNCA	17	5.5%
	NUNCA	47	15.3%
	Total	308	100.0%
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	ALGUNA VEZ/CASI NUNCA/NUNCA	279	90.6%
	BASTANTES VECES	18	5.8%
	CASI SIEMPRE	0	.0%
	SIEMPRE	11	3.6%
	Total	308	100.0%

ANEXO 3B

TEST DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.8	40

Alfa de Cronbach que evidencia confiabilidad y validez del instrumento al ser igual o mayor de 0.8

TEST DE FIABILIDAD POR ELEMENTO

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me gusta comer con otras personas	23.6721	160.677	0.116	0.8
Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	24.3864	157.000	0.353	0.8
Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	24.3799	153.995	0.510	0.8
Me da mucho miedo pesar demasiado	23.6948	142.382	0.625	0.8
Procuro no comer aunque tenga hambre	24.3084	152.051	0.630	0.8
Me preocupó mucho por la comida	23.9870	164.189	-0.079	0.8
A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de dejar de comer	24.0422	162.881	-0.026	0.8
Corto mis alimentos en trozos pequeños	23.6558	157.757	0.134	0.8
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	23.8506	157.782	0.181	0.8
Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas etc.)	23.7955	155.473	0.226	0.8
Me siento lleno/a. después de las comidas	23.0325	156.396	0.159	0.8
Noto que los demás preferirían que yo comiese más	24.2143	156.358	0.272	0.8
Vomito después de haber comido	24.1364	152.450	0.397	0.8
Me siento muy culpable después de comer	24.0714	152.425	0.374	0.8

Me preocupa el deseo de estar cada vez más delgado	23.8799	147.891	0.505	0.8
Hago mucho ejercicio para quemar calorías	23.6948	149.027	0.480	0.8
Me peso varias veces al día	24.2597	160.942	0.109	0.8
Me gusta que la ropa me quede ajustada	23.0487	159.753	0.055	0.8
Disfruto comiendo carne	23.4091	154.777	0.248	0.8
Me levanto pronto por las mañanas	23.4708	156.732	0.160	0.8
Cada día como los mismos alimentos	23.9610	161.360	0.031	0.8
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	23.5390	149.422	0.386	0.8
Tengo la menstruación regular	24.2792	161.485	0.079	0.8
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	24.2760	162.526	0.002	0.8
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	23.6591	142.395	0.670	0.8
Tardo en comer más que las otras personas	23.8669	150.096	0.450	0.8
Disfruto comiendo en restaurantes	23.2825	154.842	0.247	0.8
Tomo laxantes (purgantes)	24.1104	149.629	0.568	0.8
Procuro no comer alimentos con azúcar	24.2110	162.884	-0.016	0.8
Como alimentos de régimen	24.2143	159.198	0.167	0.8
Siento que los alimentos controlan mi vida	23.9545	167.737	-0.215	0.8
Me controlo en las comidas	23.5909	149.415	0.417	0.8
Noto que los demás me presionan para que coma	24.2435	151.833	0.551	0.8
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	24.4935	162.173	0.123	0.8
Tengo estreñimiento	24.1623	157.322	0.212	0.8
Me siento incómodo/a después de comer dulces	24.0909	157.282	0.220	0.8
Me comprometo a hacer régimen	24.1851	159.448	0.145	0.8
Me gusta sentir el estómago vacío	23.9935	151.733	0.405	0.8
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	23.7890	159.763	0.078	0.8
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	24.3799	157.161	0.378	0.8

ANEXO 4

TABLA 14

MORBILIDAD GENERAL DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

TCA	n	%
Con Problema alimentario	200	64.94%
Sin problema alimentario	108	35.06%
Total	308	100.00%

En la tabla 14 se observa la morbilidad general del trastorno de la conducta alimentaria de los alumnos sujetos de estudio. 200 (64.94%) estudiantes presenta algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria y 108 (35.06%) estudiantes no presentan ningún tipo de trastorno.

TABLA 15

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN SEXO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ALUMNOS DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE UN COLEGIO ESTATAL. MOQUEGUA 2009

TCA	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con Problema alimentario	110	55.00%	90	45.00%	200	100.00%
Sin problema alimentario	66	61.11%	42	38.89%	108	100.00%
Total	176	57.14%	132	42.86%	308	100.00%

En la tabla 15 se observa la morbilidad general según sexo del trastorno de la conducta alimentaria de los alumnos sujeto de estudio. (n=200) estudiantes padecen algún tipo de TCA, de los cuáles 55% estudiantes son del sexo femenino y 45% estudiantes del sexo masculino. Encontrándose mayor frecuencia en el sexo femenino. No padecen ningún tipo de TCA (n=108), el 61.11% era de sexo femenino y el 38.89% de sexo masculino.