



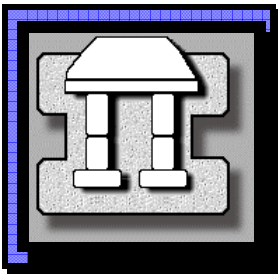
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**" PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
DOS MUESTRAS UNIVERSITARIAS."**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
PEREZBOLDE VALDES CAROLINA**

**DIRECTOR: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
ASESORES: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
LIC. XÓCHITL LÓPEZ AGUILAR**



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2005.

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi Madre:
Gracias hermosa por existir.
Por el privilegio de ser tu hija.
Por tu fe en mí.
Por tu apoyo incondicional.
Por tu lucha constante.
Por tu paciencia en la elaboración de este trabajo.
Te amo.

A mi Padre:
Por tu paciencia y apoyo para que llegara hasta aquí.
Te amo.

A mis hermanitos Mireya, Edmundo, Horacio y Fátima:
Porque al crecer juntos me enseñaron
a ser un mejor ser humano.
Porque sin ustedes no hubiera sido
posible que yo estudiara.
Por ser parte de mi crecimiento
personal y profesional.
Por ser las personas más importantes en mi vida.
Por ello cada logro mío, es un logro de ustedes.
Los amo.

Al Dr. Juan Manuel Mancilla:
Por hacerme parte de este proyecto.
Por tu experiencia, conocimiento, apoyo
y sobre todo, por tu paciencia en la elaboración
de este trabajo.
Te quiero mucho.

A la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo:
Porque para mí eres y serás un ejemplo a seguir.
Te admiro mucho y creo que así será siempre.

A Xóchitl López Aguilar y

Georgina Álvarez Rayón:
Porque siempre estuvieron ahí para apoyarme
con sus conocimientos y experiencia.
Me siento privilegiada por conocerlas y haber
aprendido de ustedes.

A Karina Franco Paredes:
¿Qué hubiera hecho en este proyecto
sin ti?
Siempre podrás contar conmigo
como yo conté contigo durante este tiempo.
Te quiero mucho Kari.

A Trini y Vero
Por el apoyo que me brindaron siempre que lo necesité.

A l@s chic@s del proyecto:
A tod@s
les agradezco su tiempo y trabajo
aportado a esta investigación.

Al financiamiento parcial para desarrollo de esta investigación
proporcionado por el proyecto de CONACYT número 40208.

Al programa de becas PROBETEL
UNAM.

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
1. Antecedentes Teóricos	4
1.1 Criterios diagnósticos	7
1.1.1 Anorexia Nerviosa	7
1.1.2 Bulimia Nerviosa.....	8
1.1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados	10
1.2 Aspectos Epidemiológicos de la Anorexia y Bulimia Nerviosas	12
1.3 Instrumentos utilizados para la detección de Trastornos de la Conducta Alimentarios	19
2. Método	23
3. Resultados	29
3.1 Prevalencia de sintomatología y diagnósticos en ambas muestras.....	29
3.2 Evaluación de Riesgo	33
3.3. Respuestas a factores de riesgo asociados a TCA en las dos muestras	40
4. Discusión	43
5. Conclusiones	48
Referencias	49

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo por objetivo identificar la prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en dos muestras universitarias.

Método e instrumentos: A dos muestras comunitarias (1995: n= 523 y 2001: n= 881), se les administró dos instrumentos de tamizaje (EAT \geq 28] y el BULIT \geq 85]). Posteriormente a los probables casos, así como a una muestra seleccionada al azar (igualada en número y variables demográficas) se les aplicó una entrevista semi-estructurada para el diagnóstico de TCA, adaptada y modificada para la población mexicana. **Tipo de Análisis:** Se estimó la prevalencia y el riesgo (Odds Ratio) para cada una de las muestras.

Resultados: en la muestra de 1995; la prevalencia fue 0.49% de personas diagnosticadas con un TCA (0.14% BN y 0.35% TCANE), en el 2001 la prevalencia fue de 1.15 % (0.24% BN y 0.91% TCANE). En relación al riesgo; en 1995 el 34.76% (IC 95%, 3.99 – 302.309) presenta riesgo elevado de presentar BN y el 51.40% (IC 95%, 11.31 – 233.7) de presentar un TCANE. Para la muestra de 2001 el índice de riesgo fue de 37.940% (IC 95%, 4.77 – 301.5) de BN y el índice de TCANE fue de 24.907% (IC 95%, 10.205 – 60.789). **Conclusiones:** la prevalencia de TCA en estas muestra comunitarias aumentó de una muestra a otra; además; los datos epidemiológicos proporcionados por esta investigación, otorgan la oportunidad de emprender acciones preventivas y clínicas en la población estudiada, dado que muestra la distribución y frecuencia tanto de sintomatología, como de trastorno; así como el nivel de riesgo de las personas con y sin susceptibilidad de desarrollar un TCA.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el interés y /o la preocupación por el peso y la figura es asunto de todos los días, es común recibir por cualquier medio de difusión, anuncios o mensajes donde se promueva que la delgadez es sinónimo de éxito, belleza y felicidad en cualquier ámbito. La moda hoy en día marca las pautas de cuerpos perfectos, masculinizados, predominan las líneas rectas sobre las curvas, la delgadez sobre el peso adecuado, las dietas bajas en calorías sobre las dietas sanas, los alimentos "light" sobre los alimentos ricos en grasas o azúcares, la práctica del ejercicio físico excesivo, en general, los productos denominados "dietéticos" sobre los energéticos y sobre todo, la combinación obsesiva que puede hacerse de todos ellos, con gran facilidad (Fernández, 2000).

Aunado a eso, está la creciente presión social, la discriminación y el rechazo que un gran sector de la población manifiesta hacia la gente con sobrepeso u obesidad, lo cual constituye un factor importante en el desarrollo de los llamados Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA, García, 2001).

Los TCA son definidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatry Association [APA], 2000), como "alteraciones graves en el comportamiento alimentario", siendo los más recurrentes la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) en cuya ocurrencia y mantenimiento, no existe ningún factor que aisladamente sea suficiente para explicar las posibles variaciones en los cuadros clínicos que pueden presentarse entre los individuos.

Las investigaciones epidemiológicas en países occidentales, muestran un aumento considerable del número de individuos afectados de BN y AN, de hecho se calcula que la prevalencia de estos trastornos oscila entre el 0.5 y el 4% (Carbajo, Canals, Fernández y Doménech, 1995). Concretamente, el DSM-IV-TR

(2000) señala que la prevalencia de AN en población adolescente y juvenil femenina se ubica entre el 0.5 y el 1%, y la BN entre el 1 y el 3%.

La mayoría de los datos que se han obtenido en diferentes países, coinciden en que las mujeres son las más afectadas, ya que se ha detectado; en términos de incidencia, una relación de 10 mujeres por cada hombre. Asimismo, tales estudios afirman que los TCA se desarrollan en edades tempranas, fundamentalmente en la adolescencia (Lameiras, Otero, Rodríguez y Fernández, 2002).

Recientemente, en México se han realizado numerosas investigaciones acerca de los TCA, pero al revisar la literatura, los datos en relación a incidencia y prevalencia son escasos, de hecho, no se encontraron estudios epidemiológicos que evalúen dichos datos, esto significa que es necesario precisar los datos epidemiológicos sobre los TCA en México. Además, dado que uno de los fines de la epidemiología es caracterizar una enfermedad a través de conocer a quiénes afecta, dónde y cuándo, así como facilitar las acciones de salud, es necesario que en nuestro país se elaboren más investigaciones que contribuyan al cumplimiento de dichas metas, porque de lograrse, permiten tomar medidas de control y prevención de las enfermedades, de sus consecuencias así como de sus factores de riesgo.

Por lo tanto, el presente estudio tuvo por objetivo identificar la prevalencia de TCA en dos muestras universitarias; así como estimar el riesgo de desarrollar un TCA.

La pregunta de investigación que surgió fue ¿en qué niveles oscilará la prevalencia ya sea de AN, BN o Trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TCANE) en dos muestras comunitarias de estudiantes mexicanas del nivel superior de la zona norte de la ciudad de México?

El presente estudio fue llevado a cabo mediante la aplicación de los instrumentos "Eating Attitudes Test" (EAT 40) de Garner y Garfinkel (1979) y el "Test de Bulimia" (BULIT-36) de Smith y Thelen (1984) a una muestra (N = 1404) de mujeres; (1995, n = 523 y 2001, n = 881) universitarias. Para elaborar el diagnóstico, se aplicó la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios-IV (Kutlesic, Williamson, Gleabes, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998) a aquellas participantes que rebasaron el punto de corte (EAT \geq 28, BULIT \geq 85), y acudieron voluntariamente al Proyecto de Investigación en Nutrición, para posteriormente, hacer los cálculos de prevalencia y riesgo.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Los TCA constituyen un centro de atención para investigadores en los ámbitos clínico y básico. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población que incluye a adolescentes y jóvenes de ambos sexos, aunque en mayor proporción en el sexo femenino (Lameiras, Otero, Rodríguez y Fernández, 2002).

Las personas con TCA, presentan características comunes que pueden agruparse en tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y conductual (Mateos y Solano, 1997).

En cuanto a las *manifestaciones cognitivas*, la AN y BN coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por la figura, el peso y los alimentos (Mateos y Solano, 1997; San Sebastián, 2000).

La aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética que se hace del mismo, no pueden considerarse patológicas, como tampoco pueden considerarse exclusivas de estos trastornos. Sin embargo, su persistencia las convierte en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas personas. Una vez que se ha establecido la enfermedad, se consideran distorsiones cognitivas (Garner y Bermis 1982).

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen otra variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aún estando extremadamente delgadas (en el caso de la AN), niegan su delgadez, así como su enfermedad (Toro y Villardell, 1987; Hsu, 1990). Autores como Raich (1994); Gardner y Bokenkamp (1996); afirman que la tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada.

Hay que tener en cuenta que la sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de las personas con TCA, sino que también aparece en personas con obesidad, adolescentes, mujeres y hombres de la población en general, entre otros grupos. No obstante, lo que diferencia a estas personas de las que tienen un TCA son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen de sus imagen corporal (Toro, 1990).

Respecto a las *manifestaciones fisiológicas*, en el caso de AN, se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una apariencia seca y agrietada, así como la presencia de lánugo (Toro y Villardell, 1987).

Otras manifestaciones fisiológicas son las que mencionan Garfinkel y Garner (1982); indicando que entre un 10% y 34% de las personas con AN utilizan conductas purgativas aunque las bulímicas lo hacen en mayor medida (datos proporcionados antes del DSM IV). El empleo de conductas como vómitos o abuso de laxantes, constituye un riesgo para las pacientes, dado que pueden ocasionar arritmias secundarias por alteraciones electrolíticas.

Otras manifestaciones son las cardiovasculares, entre las que destacan la disminución del volumen cardiaco, el pulso anormalmente lento. En cuanto a los síntomas gastrointestinales, son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Como manifestaciones renales puede aparecer la formación de cálculos y finalmente, como alteraciones endocrinas, son características las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea (Parra y Solano 1997). Estos mismos autores afirman que en el caso de las personas bulímicas, rara vez se encuentran desnutridas, su aspecto externo suele ser o bien el de una persona más o menos obesa, o bien presentan un peso normal. Por esta razón y debido a que la vida de estas personas se concentra en mantener en secreto los periodos de sobreingesta, es difícil poder detectar el trastorno a simple vista.

Como *manifestaciones conductuales* aparecen cambios en el patrón normal de la ingestión. Con frecuencia comienzan con una restricción de los glúcidos o hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos y por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a los lípidos y a las proteínas. Aparecen frecuentemente conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, etc.). Se preocupan por aprender el contenido calórico de cada alimento. Posiblemente pesan cada ración de comida que van a ingerir y se pesan continuamente (Mateos y Solano 1997).

La BN se caracteriza por frecuentes episodios de atracones en los que la persona describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y durante un periodo de tiempo que puede variar de minutos a horas (Mora y Raich, 1993). Tras el episodio de atracón, se produce sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa (Chinchilla, 1994), lo que da lugar a que la paciente recurra a métodos purgativos tales como el vómito y/o abuso de laxantes y diuréticos. El cuadro suele instaurarse de forma lenta y progresiva de forma que cada vez se suceden con más frecuencia los atracones y los vómitos varias veces al día; lo que trae como consecuencia una falta de control en su conducta (Mora y Raich, 1993).

1.1-. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1.1.1- ANOREXIA NERVIOSA.

Los procedimientos para diagnosticar y clasificar la AN han evolucionado en virtud de los resultados proporcionados por investigaciones recientes, mismas que otorgan un mayor conocimiento acerca de la psicopatología de dicho padecimiento. Los criterios más utilizados ya sea para investigación o uso clínico, han sido los propuestos en el DSM-IV-TR (APA, 2000), dado que destaca signos y síntomas del trastorno.

En esta fuente se define a los trastornos de la conducta alimentaria como alteraciones graves del comportamiento alimentario; dentro de éstos se encuentran la AN y BN.

Para la AN, la misma fuente propone los siguientes criterios diagnósticos:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida 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, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% al esperable).
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso corporal o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos de anorexia nerviosa:

- > **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo *no* recurre regularmente a “atracones” o a purgas (por

ejemplo, provocación de vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

- > **Tipo compulsivo/purgativo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a “atracones” o purgas, (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Otros criterios de gran utilidad son los propuestos por el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993):

- A) Pérdida de peso o falta de ganancia de peso que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B) La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.
- C) Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada de miedo intenso y persistente a la obesidad.
- D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.
- E) No se han presentado atracones de manera regular y existe un sentimiento de compulsión a comer.

1.1.2- BULIMIA NERVIOSA

Para el caso de la BN, los criterios del DSM- IV-TR (APA, 2000) son los siguientes:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: *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 personas ingerirían en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias.

*Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

- B) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por la el peso y la silueta corporales.
- E) La alteración no aparece exclusivamente durante el transcurso de bulimia nerviosa.

Tipos de Bulimia Nerviosa:

- > **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- > **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Estos criterios son muy semejantes a los propuestos por CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993):

- A) Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses) en los que el paciente

consume grandes cantidades de alimentos en períodos grandes de tiempo.

- B) Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C) El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1) Vómito auto-provocado.
 - 2) Abuso de laxantes.
 - 3) Períodos de ayuno.
 - 4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos.
- D) Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso)

1.1.3- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS.

Se refiere a aquéllas personas que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de los trastornos especificados (AN y BN) y se clasifican, acorde al DSM-IV-TR (APA, 2000) como TCANE, también conocidos como trastornos subclínicos o síndromes parciales, donde se enfatiza la importancia de nuevos grupos de población que, sin llegar a desarrollar un cuadro completo, presentan problemas de alimentación no menos graves a los trastornos alimentarios especificados como son la AN o BN.

Ejemplos de ellos son (APA, 2000):

1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero las menstruaciones son regulares.

2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de normalidad.

3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

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 vómito después de haber comido 2 galletas).

5.- Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

6.- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

Como se puede observar, estos trastornos alimentarios no son padecimientos de manejo sencillo, dado que pone en peligro la vida de los pacientes por vía de la desnutrición y sus complicaciones; además se relaciona con diversas perturbaciones psicológicas. Por perturbaciones psicológicas se entienden los "trastornos en la personalidad, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión y poca tolerancia a la frustración, entre otras". (Mancilla, Álvarez, López y Mercado, 1998).

Como se ha mencionado hasta aquí, los antecedentes acerca de la AN y BN; permiten vislumbrar elementos sobre sus características y criterios

diagnósticos; pero existen datos que no pueden pasarse por alto, dado que exponen aspectos importantes acerca de la etiología de los TCA, estos datos son los proporcionados por la epidemiología.

1.2- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.

Primero que nada, es importante señalar que la epidemiología, a través del conocimiento de la frecuencia y distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones, pretende conocer los factores condicionantes de su aparición en la búsqueda de asociaciones causales. Para ello se requiere una descripción lo más detallada posible de su manifestación en ciertos grupos de una comunidad, estimando tres variables principales: persona, lugar y tiempo.

Además, es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Para cumplir con su cometido, la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas, así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales insaturadas para atenderlas. En consecuencia, la epidemiología investiga, bajo una perspectiva poblacional: a) la distribución, frecuencia y determinantes de la enfermedad sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales; b) la distribución y frecuencia de los marcadores de enfermedad; c) la distribución, frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud; d) las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y riesgos; e) las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender todos estos eventos (López, Garrido y Hernández, 2000).

La epidemiología, dado que lo que intenta es observar una relación causal, pretende:

- 1.- Caracterizar la enfermedad.
- 2.- Señalar el estado de salud de la población.
- 3.- Ayudar a la planificación sanitaria.
- 4.- Facilitar la evaluación de las acciones de salud.
- 5.- Sugerir hipótesis etiológicas.

Las medidas utilizadas frecuentemente en los estudios epidemiológicos son las de frecuencia, que giran en torno a los conceptos de incidencia y prevalencia. La primera se refiere al *número de casos nuevos* que aparecen en una población no susceptible a lo largo de *un período de tiempo*; la segunda hace referencia al *número de casos* de una enfermedad *existentes* en una población. Así, cuanto mayor sea la duración media de una enfermedad, con una incidencia constante, mayor será la prevalencia.

En epidemiología, además, se pueden distinguir dos tipos de investigaciones epidemiológicas; según la población y objeto de estudio se puede hablar de estudios clínicos; los cuales tienen en cuenta los casos registrados en contextos hospitalarios y los estudios comunitarios, que utilizan autoinformes y cuestionarios como método de evaluación y diagnóstico (Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996).

Estudios clínicos.

Haciendo referencia a las muestras clínicas, Moller-Madsen y Nestrup (1992) estudiaron la incidencia de AN en Dinamarca, atendiendo a las admisiones en un hospital psiquiátrico desde 1979 a 1984, encontrando un

aumento en la incidencia de 0.42% a 1.24% para todos los grupos de edades y de 3.37% a 8.97% para jóvenes entre 15 y 24 años.

En relación a la edad, Kaplan y Sadock's, (1994) afirman que la AN usualmente tiene comienzo en la adolescencia; aunque un 5% de pacientes con AN han comenzado el trastorno a los 20 años. Además, es un trastorno mucho más prevalente en mujeres, ocurre de 10 a 20 veces más a menudo en mujeres que en hombres; por lo que la mayoría de las investigaciones se enfocan hacia el sexo femenino, como la elaborada por Taraldsen, Eriksen y Gøttestam (1996) cuyo objetivo fue encontrar la prevalencia de diferentes TCA en 234 pacientes psiquiátricos no hospitalizados (del hospital de Sor-Trøndelag en Noruega) el estudio incluyó sólo mujeres. Se encontró una prevalencia de 5.2% de AN, 16.1% de BN, 6.5% de Trastorno por Atracón y 11% de TCANE.

Otro estudio hecho con mujeres fue el realizado por Nakamura, Yamamoto, Yamasaki, Kawashima, Muto, Someya, Sakurai, y Nozoe (2000) que tuvo como objetivo identificar la prevalencia de AN y BN en hospitales y clínicas de Japón. Se encontró que por cada 100,000 mujeres hubo un porcentaje para AN de 4.79% y para BN de 1.02%; además, para un grupo más específico entre 15 y 29 años, la prevalencia fue para AN de 17.10% y para BN de 5.79%

En cuanto a investigaciones dirigidas hacia ambos sexos, se encuentra el estudio de Padierna y cols (1999, citado por Ruíz-Lázaro, 2002), en el que registraron en el Hospital de Galda Kao de la Comarca Interior de Vizcaya, el ingreso de 141 sujetos en tratamiento ambulatorio diagnosticados de AN con los criterios del DSM-IV; encontrando de dichos sujetos, 137 mujeres (97%) y 4 varones (3%), con una edad media de 23.5 años.

En México; los datos más recientes que proporciona el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria) muestran que

en el período de 1997-2002, se ha registrado un aumento en el número de ingresos a tratamiento, ya sea de AN o BN (Saucedo, 2003).

Sexo	Mujeres (M) n= 540				Hombres (H) n= 19				Totales M y H
Diagnóstico	AN _{CP} n=34	BN _P n= 238	AN _R n=39	TCANE n= 229	AN _{CP} n= 1	BN _P N=4	AN _R n=2	TCANE n=12	N=559 100%
Año									
1997	1 (2.90%)	5 (2.10%)	1 (2.60%)	3 (1.30%)				1 (8.30%)	11 (2%)
1998	8 (23.50%)	13 (5.50%)	3 (7.70%)	4 (1.70%)					28 (5%)
1999	5 (14.70%)	23 (9.70%)	7 (17.90%)	22 (9.60%)		1 (25%)	1 (50%)	2 (16.70%)	61 (11%)
2000	3 (8.80%)	37 (16%)	10 (25.60%)	61 (26.60%)	1 (100%)	1 (25%)			113 (20%)
2001	11 (32.40%)	79 (33.20%)	13 (33.30%)	74 (32.30%)		2 (50%)		4 (33.30%)	183 (33%)
2002	6 (17.60%)	80 (33.60%)	5 (12.80%)	65 (28.40%)			1 (50%)	5 (41.60%)	162 (29%)

Tabla 1.- Ingresos de primera vez a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria por año, sexo y diagnóstico (1997 – 2001) AN_{CP}: Anorexia Nerviosa Compulsivo Purgativa, BN_P: Bulimia Nerviosa Purgativa, AN_R: Anorexia Nerviosa Restrictiva, TCANE: Trastorno Alimentario No Especificado (Saucedo 2003).

En la tabla 1 puede apreciarse que el ingreso de mujeres a la clínica de trastornos alimentarios fue notablemente mayor que el ingreso de hombres, además, el número de ingresos aumentó notablemente cada año, particularmente en los casos de BN_P.

Estudios comunitarios.

Respecto a muestras comunitarias, se han elaborado investigaciones en diferentes partes del mundo, las cuales pueden agruparse por ubicación geográfica, por ejemplo, en México un antecedente para esta investigación es el estudio de Mateo (2000) quien hizo una comparación entre hombres y mujeres con TCA y encontró que del grupo de mujeres, el 0.38% presentó AN,

0.95% BN, 3.42% TCANE y 0.19% sobreingesta; mientras que para el grupo de hombres encontró un 0.38% para TCANE y 0.19% para sobreingesta.

En Norte América; la revisión realizada por Fairburn y Beglin (1990) sobre la epidemiología de la BN en Nueva York, observaron como las tasas de prevalencia variaban en función del método utilizado de diagnóstico. Así, cuando se empleaban cuestionarios auto-administrados la prevalencia era del 9.0% para BN según criterio DSM-III y del 2.6% siguiendo criterios DSM-III-R, mientras que si se recurría a la entrevista clínica las cifras se reducían al 1.9% y 1.6% según se emplearan criterios DSM-III o DSM-III-R respectivamente.

Por su parte, Lucas (1991) observó en Minnesota, que la tasa de incidencia en chicas de 15 a 24 años aumentó significativamente, mientras que la incidencia en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 59 años, y varones permaneció estable. En un período de 30 años la incidencia de AN pasó de ser de 7% habitantes entre 1950 y 1954 a 26.3% entre 1980 y 1984.

Un estudio similar, realizado en Europa por Pagsberg y Wang (1989), en el que se realizó un comparativo entre dos períodos de cuatro años evaluados con 25 años de diferencia, encuentran que tanto la incidencia de AN como de BN se multiplicó por 4.25 y 4.3 respectivamente en Dinamarca.

También en Europa, Oyeiwmi y Kazarian (1992), aplicaron el EAT-26 a una muestra de jóvenes estudiantes de secundaria y universitarias en Portugal, obteniendo una cifra de prevalencia de 14.1% en total de AN. La proporción para las estudiantes universitarias fue de 9.1% y para las estudiantes de secundaria, fue de 21.7%.

En una investigación realizada por Westenhofer (1997) se analiza la prevalencia de conductas bulímicas y prácticas de control de peso en Alemania, haciendo una comparación entre los años 1990 y 1997. No se encontraron diferencias significativas entre estos años, en AN de 3.1% a 2.4%

en los hombres y de 2.3% a 1.3% en mujeres, la prevalencia de BN en los hombres fue de 2.1% a 1.1% y en las mujeres de 2.4% a 1.1%.

Cotrufo, Barreta, Monteleone y Maj (1998) examinaron la prevalencia de síndromes parciales y totales de TCA, en una muestra de 919 mujeres con edades entre los 13 y 19 años en Nápoles Italia. Respecto a los síndromes totales (que cumplen con todos los criterios de diagnóstico) el 0.2% fueron de AN y 2.3% de BN; de los síndromes parciales (que no cumplen con todos los criterios para diagnosticar) hallaron que el 3.8% de la muestra permaneció en este rango, del cual el 0.4% se aproximó a la AN y el 2.9% a la BN.

Un estudio similar (aunque en el continente Asiático) dirigido por Nobakht y Dezhkam (2000) en Theran, Irán tuvo por objetivo evaluar la prevalencia de AN y BN, además de los TCANE en 3100 mujeres estudiantes con edades entre los 15 y 18 años. Los resultados mostraron una prevalencia del 0.9% para AN, 3.2% para BN y 6.6% para los TCANE.

Particularmente en España, Morandé, Casas y Celada (1997) en el período de 1993-1994 mostraron un aumento de prevalencia de AN en chicas del 0.31% al 0.69% y del 0.9% al 1.24% en el caso de la BN. Si se suman cuadros completos y parciales un 4.69% de chicas y un 0.9% de chicos padecen TCA (frente al 1.55% de mujeres y el 0% de varones en la década de los 80's). Entre los estudiantes de bachillerato en Madrid, el 49% de mujeres y el 7% de varones están preocupados por adelgazar. En la misma ciudad, Chinchilla (1994) reporta que los índices de prevalencia de AN es 0.7% y para la BN de 1.34%. En estudios hechos en población general de clase media, padecían ya sea AN o BN, alrededor de 10% de mujeres por debajo de los 30 años. La mayor prevalencia de AN o BN se observa en chicas escolares de las cuales alrededor del 5% de mujeres y el 1% de hombres recurren a conductas compensatorias como vómitos y uso de laxantes para adelgazar por cuestiones estéticas.

Vega y Rasillo (2000) trabajaron con una muestra de 2.680 estudiantes de Castilla y León (España) entre los 12 y 18 años en 374 centros escolares a quienes se les aplicó el EAT-40 (versión española) y encontraron que las mujeres presentan mayor riesgo 12.3% que los hombres, 3.2%. Por grupos de edad, observaron que el riesgo disminuye al aumentar la edad. Entre las mujeres, el 14.5% de 12 y 13 años presentan riesgo elevado, decrece al 12.7% y 11.3% a los 14-15 años y 16 y más, respectivamente.

En términos medios, se estima que la incidencia de la AN es de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes en Barcelona, con una prevalencia de 0.5 a 1% mientras que la incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables que oscilan entre el 4 y 8% para la incidencia y entre el 1 y 3% para la prevalencia (Guerro-Prado, Romero & Chinchilla 2001).

Estos mismos autores afirman que además de la AN y la BN, se han encontrado TCANE que tienen elevada prevalencia e incidencia entre la población adolescente en España. De este modo, se encuentran estudios que enuncian una prevalencia del 3.3% en el caso de los TCANE (Kinzl, Trawweger, Trefalt y Biebl, 1998), del 3.2% (Gotestam y Agras, 1995), del 7.5% y hasta un 18.1% (Ramacciotti, Coli, Passaglia, Lacorte, Pea y Dell'Oso, 2000) para el trastorno por atracón. Es probable que los TCANE sean más frecuentes en los jóvenes que los trastornos clásicos, siendo muchos de ellos no diagnosticados ni tratados.

Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, Sanjuán y Vila (2002) analizaron la prevalencia de TCA así como factores de riesgo asociados, a través de un estudio epidemiológico de 2 etapas en una población de Valencia; en el que se trabajó conjuntamente con un grupo control. Encontraron una prevalencia de 0.19% para AN, 0.19% para BN y 2.4% TCANE; además, se encontraron 6 factores de riesgo: patología psiquiátrica, amigos que hayan hecho dieta el año anterior al estudio, deseo de perder peso,

de adelgazar, problemas sentimentales y dietas realizadas en el año anterior al estudio.

En alusión al tema del riesgo, es importante mencionar que, para poder determinar el grado o nivel de riesgo a desarrollar un TCA, se recurre al uso de las Medidas de Riesgo, cuyo objetivo es *“medir la intensidad de la relación entre una exposición y una respuesta”* (Doménech, 1997).

Los índices fundamentales para medir riesgo son los llamados Odds o Momios que revelan el nivel de exposición de los sujetos a desarrollar una enfermedad y se calcula como la razón de sujetos enfermos en relación a los sujetos sanos.

1.3- INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

En los últimos años se han elaborado escalas y medidas psicométricas que permiten objetivar los síntomas predominantes de los TCA y así poder medir su evolución a lo largo del tiempo (Mancilla, Álvarez, López y Mercado 1998). Algunas de estas escalas son “Test de Bulimia” (BULIT) de Smith y Thelen (1984); el “Cuestionario de Influencias Sobre el Modelo Estético Corporal” (CIMEC) de Toro, Salamero, y Martínez (1994); el “Inventario de Desórdenes Alimentarios”(EDI) de Garner, Olmstead y Polivy (1983), el “Test de Actitudes Alimentarias”(EAT 40) de Garner y Garfinkel (1979) y el “Cuestionario de Imagen Corporal” (BSQ) de Cooper, Taylor y Fairbum (1987), entre otras.

Se hace mención de estas escalas dado que se han utilizado para la detección de sintomatología de AN y BN en muestras comunitarias con grupos

que se consideran de alto riesgo, los cuales están conformados por mujeres entre los 15 y 25 años. Dado que el presente trabajo pretende detectar la prevalencia de TCA (AN y BN) en una muestra de estudiantes universitarias, sólo se requirió de los instrumentos EAT y BULIT, ya que han mostrado una adecuada capacidad para detectar sintomatología de AN (EAT) y BN (BULIT) en población mexicana (Proyecto de Investigación en Nutrición UNAM Iztacala). Además, se empleó la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios-IV creada por Kutlesic, *et al* (IDED, 1998), que tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con la AN, BN y Trastorno por Atracón, considerando los criterios del DSM IV (APA, 1994).

El Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT), fue creado y validado en población norteamericana por Garner y Garfinkel (1979). La traducción al español y su validación en población española fue realizada por Castro, Toro, Salamero, y Guimerá en 1991 el cual evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios.

Dicho instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigaciones de tipo epidemiológico sobre todo en muestras comunitarias. Ejemplos recientes que pueden citarse son las investigaciones realizadas por Dalle, De Luca y Oliosi (1997) quienes emplearon el EAT para detectar la prevalencia de sintomatología de trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria en Italia, encontrando una prevalencia en mujeres de 0.2% de AN, 1.7% de BN y 3.5% de TCANE, en varones sólo un 0.5% de TCANE.

Pérez- Gual, Estévez, Martínez, Lahortiga, y Cervera (2000) realizaron una investigación donde se utilizó el EAT; cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de AN, BN y TCANE en una muestra de adolescentes de Navarra España; encontrando que la prevalencia global en esta población femenina adolescente fue del 4.1%, siendo del 3.1% para TCANE, del 0.8% para BN y del 0.3% para AN.

Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2002) emplearon el EAT para evaluar la presencia de sintomatología de TCA en estudiantes universitarios de Galicia España, encontrando una prevalencia del 4.3% para BN en mujeres, 3.3% para TCANE tanto en hombres como en mujeres y 3.1% para casos probables de trastorno por atracón.

Otro de los instrumentos que han sido útiles en la investigación de TCA es el **Cuestionario de Bulimia (BULIT)**, creado por Smith y Thelen (1984) con el objeto de identificar la presencia de signos y síntomas característicos de la BN.

La utilidad de este instrumento ha sido demostrada en investigaciones como la realizada por Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López, y Román (1999) que evaluaron la ocurrencia de sintomatología de TCA en universitarias mexicanas, así como la relación entre factores de riesgo y sintomatología de TCA; los factores fueron tomados de algunas escalas del EDI, CIMEC, y BSQ. La muestra se formó de (n = 524) mujeres a quienes se les aplicó el EAT, BULIT y EDI, encontrando 5.1% de personas con sintomatología de AN y 3.2% con sintomatología bulímica; además de diferencias significativas entre las submuestras con o sin sintomatología con respecto a los factores de riesgo.

Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla (2000) evaluaron la presencia de TCA en mujeres estudiantes de danza, utilizaron los instrumentos EAT, BULIT, CIMEC, BSQ y EDI, así como la Entrevista para el Diagnóstico de TCA. Encontraron un total de 16 casos de TCA, de los cuales 3 fueron de AN y 3 de BN, además de 13 con TCANE.

Éstas y otras investigaciones, han mostrado la utilidad de los instrumentos EAT y BULIT, para detectar la presencia de sintomatología bulímica en población comunitaria, por lo que se consideraron adecuados en esta investigación, que pretende evidenciar la prevalencia de TCA en dos muestras mexicanas.

Dicha intención, resulta del recorrido realizado a través de la literatura sobre la epidemiología de TCA; donde pudo observarse que la mayoría de los datos, se han obtenido en Norte América, Europa y Asia; los cuales, brindan un panorama acerca de las dimensiones del problema en diferentes poblaciones clínicas y comunitarias de tales entidades; sin embargo, en México el panorama es diferente, porque, al parecer, las evidencias de que se hayan realizado estudios con muestras comunitarias y metodología epidemiológica son escasas, dado que no se localizó ninguna publicación nacional o internacional; por ello la importancia de esta investigación es mayor, dado que los datos existentes hasta el momento, resultan limitados acerca de la prevalencia y nivel de riesgo de TCA en población comunitaria mexicana.

Con base en la información recopilada, la pregunta de investigación que surgió fue ¿En qué niveles oscilará la prevalencia ya sea de AN o BN en dos muestras comunitarias de estudiantes mexicanas de nivel superior de la zona norte de la ciudad de México? Este estudio se deriva de una línea de investigación llevada a cabo por el Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN), División de Investigación y Posgrado, UNAM, Iztacala, cuyo objetivo se amplía a detectar factores asociados a dichos trastornos.

2.-MÉTODO

Muestra

La muestra total (N =1404) fue formada por mujeres con edades entre los 16 y 29 años ($\bar{X} = 19$, Desviación Estándar [DE] = 2.21) estudiantes de una Facultad de Estudios Superiores, ubicada en la zona norte de la ciudad de México, las estudiantes se encontraban entre primer y cuarto semestre de su carrera.

Para el año de 1995 fue no probabilística de tipo intencional; integrada por 523 mujeres, con un promedio de edad = 19.48 y DE =2.20; dividida de la forma siguiente:

Carrera	Participantes
Biología	29
Enfermería	101
Medicina	60
Odontología	84
Psicología	234
Optometría	15

Para el 2001 la muestra fue probabilística del tipo aleatorio estratificado, dado que se pretendió que fuera más específica y representativa de la población; por lo que estuvo conformada por 881 mujeres, con un *promedio* de edad = 19, DE = 2.53; dividiéndose de la siguiente manera para cada carrera:

Carrera	Participantes
Biología	66
Enfermería	77
Medicina	112
Odontología	252
Psicología	302
Optometría	72

Escenario

Los cuestionarios fueron aplicados en la en las aulas de la universidad, asignadas para cada carrera.

Aparatos:

1) Antropómetro GPM, desmontable en cuatro segmentos, con capacidad de 2 metros y sensibilidad al milímetro más cercano. Para medir estatura vertical y horizontal.

2) Compás de corredera Harpenden, sensibilidad de 0-140 cms. Para la medición de codo y rodilla.

3) Cinta métrica flexible, sensibilidad de 0-150 cms. Para medición de cadera, cintura y espalda.

4) Calibrador de pliegues cutáneos John Bull, sensibilidad de medición de 0-48 mm y de presión de 100 grs/ mm.² Para medir la masa corporal

5) Báscula.

Instrumentos y Medidas

- Hojas de Datos Generales en las que se piden datos sociodemográficos (nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, peso, estatura, grado de estudios, ocupación, teléfono y antecedentes familiares tanto de estudios como de adicciones y/ o enfermedades) con la finalidad de elaborar un expediente completo de cada uno de los participantes,
- Los instrumentos EAT y BULIT, para detectar sintomatología de TCA en las estudiantes.
- La Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios-IV creada por Kutlesic, *et al* (1998), adaptada y modificada para la población mexicana por el PIN.

Para el diagnóstico de la AN fue necesario tomar en cuenta el índice de masa corporal [IMC], que se obtiene mediante la siguiente fórmula peso/talla².

El **Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT)**, fue creado y validado en población norteamericana por Garner y Garfinkel (1979). La traducción al español y su validación en población española fue realizada por Castro, Toro, Salamero, y Guimerá en 1991. Evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios y consta de 40 preguntas con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert, cuyos valores son de 1 (nunca) a 6 (siempre). La adaptación y validación en población mexicana por Álvarez, Vázquez, Mancilla, Gómez (2002), sugiere para México un punto de corte ≥ 28 y una estructura de siete factores:

1. motivación para adelgazar.
2. evitación de alimentos Engordantes.
3. preocupación por la comida.
4. presión social percibida.
5. obsesiones y compulsiones.
6. patrones y estilos alimentarios.
7. conductas compensatorias.

El Cuestionario de Bulimia (BULIT), creado por Smith y Thelen (1984) con el objeto de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la BN, consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert. Fue adaptado y validado, para población mexicana, por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) sugiriendo un punto de corte ≥ 85 y una estructura de tres factores:

1. sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.
2. sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.
3. conductas compensatorias.

Interview for Diagnosis of Eating Disorders-IV: Esta entrevista es semiestructurada y considera los criterios del DSM-IV; (APA, 1994), y fue específicamente diseñada para asistir en el diagnóstico de ED por Kutlesic, *et al* (1998). La entrevista fue traducida, adaptada y modificada para población mexicana.

Procedimiento

Los cuestionarios se aplicaron en el aula de cada grupo, se les brindó una introducción sobre los objetivos de la investigación y sobre la confidencialidad de los datos; además de señalarles que su participación sería voluntaria.

En cada aplicación se requirieron 2 sesiones, para hacer la evaluación completa.

1ª Fase

En dos sesiones, las universitarias (en grupos de 10-20) completaron el EAT y el BULIT; así como una hoja de datos generales.

Una vez calificados el EAT y el BULIT se citó para entrevista a los posibles casos; así como a una muestra (seleccionada al azar) de las alumnas que no rebasaron el criterio de corte de los instrumentos (EAT \geq 28] y BULIT \geq 85]); igualando a esta última, con la muestra de posibles casos en número, edad y variables demográficas (grupo control). A los participantes citados, se les tomaron las medidas antropométricas.

2ª Fase

Los alumnos citados, fueron entrevistados de manera individual, por especialistas en el diagnóstico de TCA integrantes del Proyecto de Investigación en Nutrición. Utilizando la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios-IV (Kutlesic, *et al*, 1998), adaptada y modificada para población mexicana por el PIN.

Análisis de datos

Una vez hecha la evaluación, los datos fueron compilados en el programa SPSS, los cálculos de prevalencia se efectuaron mediante la siguiente operación:

Tasa de prevalencia

(TP): número total de casos en un período (1995 ó 2001) x 100

Población total bajo riesgo: 1995=4283 ó 2001=4041

La población total bajo riesgo es la suma de los alumnos de los semestres tomados en cuenta para la muestra.

El cálculo de riesgo se llevó a cabo de la manera siguiente:

$$OR \text{ (Razón de Odds)} = \frac{a/b}{d/c}$$

Trastorno	Expuestos	No expuestos	Total
Si	a	b	e
No	c	d	f
Total	N ₁	N ₂	N ₃

Donde a = personas expuestas (rebasaron punto de corte) que presentaron el(los) trastorno(s).

b = personas no expuestas que presentaron el(los) trastorno(s).

c = expuestos que no lo presentaron.

d = no expuestos que no lo presentaron.

N₁ es el total de expuestos de la muestra.

N₂ es el total de no expuestos (No rebasaron punto de corte).

N₃ es el total de la muestra (1995 ó 2001).

e = total de enfermos.

f = total de no enfermos.

3.- RESULTADOS.

3.1-Prevalencia de sintomatología y diagnósticos en ambas muestras.

Muestra 1995 (n = 523)

La Tabla 2 muestra una prevalencia total de 1.62% de aquellas participantes de la población de 1995 que rebasaron el punto de corte de los instrumentos, cuyas proporciones indican que 0.46 de cada 100 mujeres de la población estudiada, mostró sintomatología de AN y 0.93 de cada 100 mujeres, de BN.

Como se puede observar, en 1995 se presentó mayor porcentaje de sintomatología de BN, seguido del de AN y finalmente del porcentaje de aquellas que rebasaron criterio de corte de ambos instrumentos.

Instrumento	n	%	PV(prevalencia) x 100
EAT	20	28.5	0.46
BULIT	40	57.1	0.93
EAT y BULIT	10	14.2	0.23
TOTAL	70	100	1.62

Tabla 1.- Prevalencia de la muestra de 1995 (n = 523) que rebasó punto de corte de los instrumentos (n = frecuencia, PV x 100 = porcentaje de prevalencia)

En la Tabla 3 se presenta un desglose por carrera e instrumentos, de las personas que rebasaron punto de corte, destacando que los índices de prevalencia mayores se presentaron en la sintomatología de BN, en las carreras de Psicología 0.37% y Enfermería 0.30%, los índices menores fueron las participantes que rebasaron criterio de corte en ambos instrumentos, en todas las carreras.

Instrumento	Carrera						
	Psicología	Medicina	Odontología	Enfermería	Biología	Optometría	Total
EAT	0.14	0.07	0.08	0.14	0.04	0.02	0.46
BULIT	0.37	0.04	0.09	0.30	0.04	0.07	0.93
EAT Y BULIT	0.07	0.02		0.07	0.04	0.02	0.23
TOTAL	0.58	0.13	0.17	0.51	0.12	0.11	1.62

Tabla 2.- Prevalencia x 100 de participantes de 1995 (n = 523) que rebasaron punto de corte de los instrumentos por carrera.

De las 70 personas que rebasaron criterio de corte, 36 acudieron a entrevista de diagnóstico, (tabla 4) de las cuales 5 presentaron BN, 15 TCANE y el resto no presentó trastorno. Para el grupo control se citó a 36 personas que no rebasaron criterio de corte, de las cuales 1 presentó BN, 2 TCANE y el resto no presentaron trastorno.

Los índices de prevalencia señalan que 0.14 de cada 100 personas presentó BN y 0.35 de cada 100 un TCANE.

Diagnóstico	n	%	PV x 100
BULIMIA	6	8.3	0.14
TCANE	15	20.8	0.35
SIN TRAST.	51	70.8	1.19
TOTAL	72	100	

Tabla 3.- Prevalencia de diagnóstico de la muestra de 1995 (n = 523) (n= frecuencia, pv x 100 = porcentaje de prevalencia.)

En la tabla 5 se hace un desglose de diagnósticos por carrera, resaltando que en la carrera de Psicología se observó la prevalencia de BN (0.14%), así como una prevalencia mayor de TCANE (0.21%).

Diagnóstico	Carrera	N	%	PV x100
-------------	---------	---	---	---------

BULIMIA	Psicología	6	14.2	0.14
TCANE	Psicología	9	21.4	0.21
	Enfermería	3	7.1	0.07
	Medicina	1	2.3	0.02
	Odontología	1	2.3	0.02
	Biología	1	2.3	0.02

Tabla 4.- Prevalencia de diagnóstico por carrera de 1995 (n = 523) (n = frecuencia, PV x 100 = porcentaje de prevalencia.)

Muestra 2001 (n = 881)

En el caso de la muestra del 2001, 176 personas rebasaron el punto de corte de alguno de los instrumentos y la prevalencia total fue de 4.34% (Tabla 6), cuyos índices muestran que 1.60 de cada 100 mujeres presentaron sintomatología de AN (EAT), 1.58 de cada 100 de BN (BULIT) y 1.16 de cada 100 presentaron ambas sintomatologías.

Instrumento	n	%	PV x 100
EAT	65	36.9	1.6
BULIT	64	36.3	1.58
EAT y BULIT	47	26.7	1.16
TOTAL	176	100	4.34

Tabla 5.- Prevalencia de sintomatología de 2001 (n = 881) (n = frecuencia, PV x 100 = porcentaje de prevalencia.)

En la tabla 7 se aprecia un desglose por carrera de quienes presentaron sintomatología (rebasaron punto de corte de los instrumentos), señalando que los índices de prevalencia mayores se encontraron en la carrera de Psicología (EAT: 0.64%, BULIT: 0.79%) y Odontología (EAT: 0.54%).

Instrumento	Carrera						TOTAL
	Psicología	Medicina	Odontología	Enfermería	Biología	Optometría	
EAT	0.64	0.09	0.54	0.07	0.14	0.09	1.6
BULIT	0.79	0.12	0.32	0.12	0.09	0.12	1.58
EAT Y BULIT	0.14	0.14	0.37	0.2	0.07	0.2	1.16
TOTAL	1.57	0.35	1.23	0.39	0.3	0.41	4.34

Tabla 6.- Prevalencia de sintomatología por carrera de la muestra de 2001(n=881).

La tabla 8 muestra que de las 176 personas que rebasaron criterio de corte, 62 acudieron a entrevista, 9 presentaron BN, 31 TCANE y el resto no presentó trastorno. Para el grupo control se citaron a 62 personas, de las cuales 1 presentó BN, 6 TCANE y el resto no presentó trastorno.

Los índices de prevalencia señalan que 0.24 de cada 100 personas mostraron BN y 0.91 de cada 100 un TCANE.

Diagnóstico	N	%	PV x 100
BULIMIA	10	7	0.24
TCANE	37	26	0.91
SIN TRAST.	95	66.9	0.37
TOTAL	142	100	

Tabla 7.-Diagnósticos de la muestra de 2001(n=881) (Pv x 100 = porcentaje de prevalencia)

En la tabla 9 se observa el desglose por carrera de los diagnósticos, donde se aprecia que las prevalencias mayores fueron para los TCANE en las carreras de Psicología (0.44%), Odontología (0.19%) y Optometría (0.17%).

Diagnóstico	Carrera	N	%	PV x100
BULIMIA	Optometría	5	5.4	0.12
	Psicología	3	3.2	0.07
	Medicina	2	2.17	0.04
TCANE	Psicología	18	19.5	0.44
	Odontología	8	8.6	0.19
	Optometría	7	7.6	0.17
	Medicina	3	3.2	0.07
	Biología	1	1.08	0.02

Tabla 8.- Prevalencia de diagnósticos por carrera de la muestra de 2001 (n = 881) (n = frecuencia, PV x 100 = porcentaje de prevalencia)

Es importante mencionar que en ambas muestras; las participantes con sintomatología de AN no completaron los criterios diagnósticos al ser entrevistadas, por lo que no se registró ningún caso de AN. En el caso de la muestra de 1995 el 33.3 % de los casos de TCANE mostraron una tendencia hacia AN y en la muestra de 2001, el 28.5 % de los casos de TCANE, también mostraron una tendencia hacia AN.

3.2-Evaluación de riesgo.

Muestra 1995 (n = 523).

El riesgo de presentar un TCA fue evaluado mediante el número de personas que rebasaron el criterio de corte. La medida empleada fue el índice de Odds o Momios, que está relacionado con el de prevalencia; por lo que en este estudio se calculó la asociación entre los participantes que presentaron sintomatología (expuestos) contra los que no presentaron sintomatología (no expuestos).

Bulimia	Exposición		
	Si	No	Total
Si	5	1	6
No	65	452	517
Total	70	453	523
	Estimación de Riesgo		
	Valor	Inter. de conf. Al 95%	
		inferior	Superior
Razón de Odds (ventaja) para Bulimia (exp./no exp.)	34.769	3.999	302.309
Para la cohorte del gpo.expuestos.	6.628	4.338	10.128
Para la cohorte del gpo. No expuestos	0.191	0.032	1.141

Número de casos Válidos	523
----------------------------	-----

Tabla 9.- Estimación de riesgo para BN en la muestra de 1995.

En la tabla 10 se agrupa la muestra de 1995 (n = 523), según su condición (expuestos o no expuestos), para realizar el análisis de estimación de riesgo tanto general como por grupo. En este sentido, 453 personas conformaron el grupo de no expuestos, (sin sintomatología de BN, es decir; que no rebasaron el punto de corte de alguno de los instrumentos) sin embargo, 1 de ellos presentó BN. El grupo de expuestos (con sintomatología; esto es, que rebasaron el punto de corte de los instrumentos EAT y/o BULIT) estuvo conformado por 70 personas, de las cuales 5 presentaron el trastorno. Las participantes que se detectaron con trastorno fueron gracias a las que pudieron ser entrevistadas, lo cual se aclara en el procedimiento.

Cabe aclarar que, el caso que presentó BN del grupo de no expuestos, fue localizado gracias al grupo control citado para entrevista.

Se observa también, el cruce de la relación entre exposición y BN; además, que la posibilidad de presentar el trastorno es 35 veces superior en el grupo de expuestos que en el grupo de no expuestos.

Este valor se obtiene de las siguientes proporciones para medir riesgo:

$$\frac{5/1 = 5}{65/452 = 0.143} = 34.769$$

Si se compara cada grupo (expuestos, no expuestos) con el resto de la muestra, se encuentra que la posibilidad de que una persona del grupo de expuestos presente BN es de 6.63, veces mayor que el resto de la muestra; mientras que el índice del grupo de no expuestos es 0.19.

Estos índices son resultado de los cocientes:

$$\text{Para la cohorte del grupo expuestos} = \frac{5/6 = 0.83}{65/517 = 0.125} = 6.63$$

$$\text{Para la cohorte del grupo no expuestos} = \frac{1}{6} = 0.166 = 0.19$$

$$\frac{452}{517} = 0.874$$

En el caso de los TCANE; la tabla 11 señala que 453 personas conformaron el grupo de no expuestos, es decir; que no rebasaron criterio de corte de ninguno de los instrumentos, pero que 2 de ellas presentaron un TCANE. Por otra parte, 70 participantes integraron el grupo de expuestos, sin embargo fueron 13 (de los 21 que se presentaron a entrevista), quienes mostraron criterios diagnósticos de TCANE.

TCANE	Exposición		
	Si	No	Total
Si	13	2	15
No	57	451	508
Total	70	453	523
Estimación de Riesgo			
	Valor	Inter. de conf. al 95%	
		inferior	Superior
Razón de ventaja para TCANE (exp./no exp.)	51.430	11.316	233.738
Para la cohorte del gpo. expuestos	7.724	5.637	10.584
Para la cohorte del gpo. no expuestos	0.15	0.041	0.546
Número de casos Válidos	523		

Tabla 10.- Estimación de riesgo para TCANE en la muestra de 1995.

Los resultados de la tabla 11, donde se puede observar el cruce de la relación entre exposición y TCANE, se aprecia además, que la posibilidad de presentar

un TCANE es 51 veces superior en el grupo de expuestos que en el grupo no expuestos.

Este valor es resultado del cociente =

$$\frac{13/2 = 6.5}{57/451 = 0.126} = 51.43$$

Si se compara cada grupo (expuestos, no expuestos) con el resto de la muestra, se encuentra que la posibilidad de que una persona del grupo de expuestos presente un TCANE es de 7.72, veces mayor que el resto de la muestra; mientras que el índice del grupo de no expuestos es 0.15.

Estos índices son resultado de los cocientes:

$$\text{Para la cohorte del grupo expuestos} = \frac{13/15 = 0.86}{57/508 = 0.112} = 7.72$$

$$\text{Para la cohorte del grupo No expuestos.} = \frac{2/15 = 0.133}{451/508 = 0.887} = 0.15$$

Muestra 2001 (n = 881)

Al evaluar el riesgo, en la tabla 12 se observa que del total de la muestra, 705 personas, formaron el grupo No expuestos, de los cuales 1 presentó bulimia, 176 formaron el grupo de expuestos y 9 desarrollaron BN.

Bulimia	Exposición		
	Si	No	Total
Si	9	1	10
No	167	704	871
Total	176	705	881

	Estimación de Riesgo		
	Valor	Inter. De conf. al 95%	
		Inferior	superior
Razón de Odds para BN (exp./No exp.)	37.940	4.774	301.530
Para la cohorte del gpo. expuestos	4.694	3.665	6.012
Para la cohorte del gpo. No expuestos	0.124	0.019	0.794
Número de casos Válidos	881		

Tabla 11.- Estimación de riesgo para BN en la muestra 2001.

Además se observa el cruce de la relación entre exposición y BN, al mismo tiempo, que la posibilidad del trastorno es de 38 veces superior cuando se pertenece al grupo de expuestos.

Este valor se obtiene de las siguientes proporciones para medir riesgo:

$$\frac{9/1 = 9}{167/704 = 0.237} = 37.94$$

Si se compara cada grupo (expuestos, no expuestos) con el resto de la muestra, se encuentra que la posibilidad de que una persona del grupo de expuestos presente BN es de 4.69, veces mayor que el resto de la muestra; mientras que el índice del grupo de no expuestos es 0.12.

Estos valores son resultado de los cocientes:

$$\text{Para la cohorte del grupo expuestos} = \frac{9/10 = 0.9}{167/871 = 0.191} = 4.69$$

$$\text{Para la cohorte del grupo No expuestos} = \frac{1/10 = 0.1}{704/871 = 0.808} = 0.12$$

En el caso de los TCANE; 176 personas rebasaron el punto de corte, encontrando 31 casos, 705 personas formaron el grupo de No expuestos, de entre las cuales se encontraron 6 casos (tabla 13).

TCANE	Exposición		
	Si	No	Total
Si	31	6	37
No	145	699	844
Total	176	705	881
Estimación de Riesgo			
	Valor	Inter. de conf. al 95%	
		inferior	superior
Razón de Odds para TANE (exp./No exp.)	24.907	10.205	60.789
Para la cohorte del gpo. Expuestos.	4.877	3.973	5.987
Para la cohorte del gpo. No expuestos.	0.196	0.094	0.408
Número de casos Válidos	881		

Tabla 12- Estimación de riesgo para TCANE en la muestra de 2001.

Al observar el cruce de la relación entre exposición y TCANE, se estima que la posibilidad de presentar un TCANE es de 25 veces superior cuando se presenta sintomatología que cuando no se presenta (Tabla 13).

Este valor es resultado del cociente =

$$\underline{31/6 = 5.16} = 24.90$$

$$145/699= 0.207$$

Si se compara cada grupo (expuestos, no expuestos) con el resto de la muestra, se encuentra que la posibilidad de que una persona del grupo de expuestos presente un TCANE es de 4.877, veces mayor que el resto de la muestra; mientras que el índice del grupo de no expuestos es 0.196.

Estos valores son resultado de los cocientes:

$$\text{Para cohorte del grupo expuestos: } \frac{31}{37} = 0.837 = 4.88$$

$$145/844 = 0.171$$

$$\text{Para la cohorte del grupo No expuestos: } \frac{6}{37} = 0.162 = 0.19$$

$$699/844 = 0.828$$

Si se observan los datos de ambas muestras; la prevalencia aumentó de un año a otro, por ejemplo, la prevalencia de sintomatología de AN fue de 0.46% en 1995 a 1.60% en 2001, para BN fue de 0.93% en 1995 a 1.58% en 2001 y para AN y BN fue de 0.23% a 1.16% (1995, tabla 2; 2001, tabla 8 respectivamente). La prevalencia de TCA diagnosticados fueron: BN de 0.14% en 1995 a 0.24% en 2001 y TCANE de 0.35% a 0.91% (1995, tabla 4; 2001, tabla 10 respectivamente).

En relación al riesgo, el análisis reveló un riesgo estimado para BN de 34.7% a 37.9% (1995, 2001 respectivamente) y para los TCANE de 51.43% a 24.9% (1995, 2001 respectivamente).

3.3.- Respuestas a factores de riesgo asociados a TCA en las dos muestras

Como ya se mencionó en la introducción, la creciente presión social ha venido generando un interés y/o preocupación por el peso y la figura corporal; lo que hace necesario evaluar algunos de los factores asociados al desarrollo de los TCA en las muestras de este estudio. Para este análisis se emplearon 10 reactivos derivados del EAT-40 y el BULIT (6 del EAT-40 y 4 del BULIT). Los reactivos están en una escala tipo Likert. El criterio para elegir los diez reactivos, fue que estos han sido reportados con capacidad para predecir sintomatología de TCA (r de Pearson ≥ 50 , $p < 0001$; de acuerdo a MacRae, 1995; McGuigan, 1996, en Álvarez, 2000).

EAT-40 (reactivos 4, 10, 15, 22, 25 y 37)

En la tabla 14 se observa que hay una cantidad importante de personas, que ubicaron sus respuestas en las opciones que corresponden a una mayor puntuación, ya que en 1995 un 7.4% del total de la muestra respondió que *siempre* sentía miedo de pesar demasiado (ítem 4 EAT – 40) contra un 14.3% del 2001.

Ítem	nunca		bastantes veces		casi siempre		siempre	
	%		%		%		%	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001
4.-Me da mucho miedo pesar demasiado	81	67.7	5.54	8.6	5.7	8.9	7.4	14.3
10.-Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos	90.8	87.1	3.4	5.4	3.8	4.8	1.1	2
15.-Me preocupa el deseo de estar más delgada	77	70.4	6.3	9.5	8.9	8.6	7.4	11.1
22.-Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	70.3	66.6	8.6	9.5	12.9	12.7	7.5	10.6
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	65.5	60.6	11.5	10.8	9.8	10.4	12.8	17.8
37.-Me comprometo a hacer dietas	90.8	86.1	3.2	6.2	3.2	5.3	2.1	2

Tabla 13.- Porcentaje de respuestas para ambas muestras (1995 n = 523 y 2001 n = 881) en el EAT 40 (nunca = casi nunca, algunas veces)

Se encuentra también que las participantes mostraron una creciente motivación para adelgazar, dado que aumentaron los porcentajes en los ítems que denotan preocupación y deseo de estar delgadas.

Esto indica que dentro de la muestra existen elementos de riesgo para desarrollar sintomatología de AN, aunque no todos rebasen el punto de corte de los instrumentos.

En caso del BULIT-36 , los ítems que han mostrado capacidad para predecir (Álvarez, 2000); (r de Pearson $\geq .50$, $p \leq .0001$; de acuerdo a MacRae, 1995; McGuigan, 1996) son: 3, 4, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 24, 26, 28, 29 y 35. De los cuales, en la *tabla 15* se incluyen los 4 reactivos que mostraron una mayor correlación, los cuales son el 13($r= 0.55$), 28 ($r=0.56$), 29 ($r=0.50$) y 30 ($r=0.50$).

En el ítem 13 en 1995 (Tabla 15), se indica que 1% del total de la muestra respondieron que presentaban temor de comer algo por miedo de no ser capaz de parar, contra un 2.1% de la muestra del 2001.

Ítem	Rara vez nunca		Algunas veces		Frecuente-mente		Casi siempre		Siempre	
	%		%		%		%		%	
Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar (BULIT-13)	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001
		77.9	78.8	17.2	13.3	3.6	4.4	0.2	1.0	1.0
Creo que la comida controla mi vida (BULIT -28)	Siempre		Casi siempre		Frecuente-mente		Algunas veces		Rara vez O nunca	
	%		%		%		%		%	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001
	1.1	1.2	2.7	2.4	4.4	5.1	24.7	16.8	66.1	73.8
Me siento deprimida inmediatamente después de comer más de la cuenta(BULIT –29)	siempre		Casi siempre		Frecuente-mente		Algunas veces		No como demasiado	
	%		%		%		%		%	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001
	2.3	5.7	2.9	5.3	12.5	9.9	45.4	47.9	35.6	30.6
¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer? BULIT –30	2 o más veces a la semana		Una vez a la semana		2-3 veces al mes		1 vez al mes		nunca	
	%		%		%		%		%	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001	1995	2001
	3.6	3.3	1.3	2.8	0.6	2.4	1.0	3.5	90.8	86.7

Tabla 14.-Porcentaje de respuestas para ambas muestras (1995 n = 523 y 2001 n = 881) en el BULIT 36

En el caso del ítem 28 en 1995 el 1.1% reportó sentir que la comida controlaba su vida contra un 1.2% de la muestra de 2001. Además, el 2.3% de la muestra de 1995 reportó sentir depresión después de comer más de la cuenta, mientras que en la muestra de 2001, fue el 5.7%.

Para el ítem 30 en 1995 el 3.6% de la muestra reportó que se provocaba el vómito después de comer 2 o más veces a la semana (esta es la opción de más frecuencia en el ítem) y en la muestra del 2001 fue el 3.3% quienes respondieron en esta opción.

Estas respuestas a los cuestionarios indican que existe vulnerabilidad en un sector de la muestra estudiada a desarrollar un TCA.

4.-DISCUSIÓN

La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, e identificar los elementos que la componen; a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Para cumplir con su cometido, la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas, así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales insaturadas para atenderlo (López, Garrido y Hernández, 2000).

Dado que esta investigación se estructuró bajo metodología epidemiológica, cuyo objetivo fue calcular la prevalencia de TCA en dos muestras de mujeres universitarias; puede apreciarse lo siguiente:

En la muestra de 1995, la carrera de Psicología tuvo la mayor prevalencia de sintomatología de TCA, 0.14% de AN y 0.37% de BN, en la muestra de 2001 la mayor prevalencia se encontró también en la carrera de Psicología 0.64% AN y 0.79% BN, además en la carrera de Odontología 0.54% AN y 0.32% BN. Esto indica que estas carreras presentaron un mayor riesgo de desarrollar un TCA específico o no específico.

Los datos se verificaron al encontrar que se presentaron en la muestra de 1995 los únicos casos específicos de TCA en la carrera de Psicología, los cuales fueron 6 de BN que representa una prevalencia de 0.14%. En relación a los TCANE, también se presentó la mayor prevalencia con un 0.21%.

En el caso de la muestra de 2001 en la carrera de Psicología se presentaron 3 casos de BN que representa una prevalencia de 0.07%, el resto de los casos se presentaron en carreras cuyos índices de prevalencia de sintomatología fueron menores, como Optometría que presentó 5 casos de BN

que representa una prevalencia de 0.12% y Medicina con 2 casos de BN cuya prevalencia es de 0.04%.

En relación a los TCANE, la mayor prevalencia también se presentó en la carrera de Psicología con un 0.44%, seguida de la carrera de Odontología con un 0.19% y Optometría con un 0.17% de prevalencia.

Con estos datos puede estimarse, que en las estudiantes de las carreras de Psicología, Odontología, y Optometría se localizan los mayores índices de conductas asociadas a la presencia o desarrollo de un TCA; debido probablemente a que las características de personalidad de las estudiantes de el área de la salud pudieran hacerlas vulnerables a realizar conductas dirigidas hacia el desarrollo de un TCA (Blanco, Ascensión, 2000); aunque solo se hayan encontrado casos específicos de BN. En este sentido es importante señalar que las demás carreras (Enfermería, Medicina y Biología) presentaron menores índices, por lo que cabe destacar que; aunque pertenecen al área de la salud, existen diferencias en sus conductas entre carreras, por lo que es necesario que en investigaciones posteriores se examinen algunos rasgos de personalidad no sólo entre las áreas de conocimiento (salud), sino además, a lo interno de cada área.

Por otra parte, Peláez, Labrador y Raich (en prensa), Sepúlveda, et al (2004) Ruíz-Lázaro, et al (2002), reportan que la BN es más frecuente que la AN; afectando en la actualidad del 1% al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales; coincidiendo con este estudio ya que los casos diagnosticados que se encontraron fueron únicamente de BN.

En relación a los TCANE; se encontraron un total de 52 casos, que representa una prevalencia de 1.26% del total de la muestra. La prevalencia para 1995 fue de 0.35%, contra 0.91% para 2001. Se observa que los TCANE son mayores en comparación con los casos especificados, coincidiendo con

estudios con muestra y metodología similar. (Nobakht y Dezhkam, 2000, Lameiras, 2002, Peláez, Labrador y Raich en prensa).

Es probable que el número de casos no específicos sea mayor, porque al momento de la aplicación de los instrumentos y al realizar la entrevista, las participantes no hayan dado datos certeros en cuanto a sus conductas lo cual hace más difícil realizar un diagnóstico preciso.

Cabe destacar que en no se encontró un solo caso de AN, coincidiendo con el estudio de Lameiras , et al (op.cit.); que menciona: “...*debido a la gravedad de este trastorno, las chicas con cuadros de AN, tengan menos posibilidades de llevar a cabo estudios universitarios*”; lo cual, probablemente sea la causa, aunque el presente estudio mostró datos en los que algunas participantes presentaron sintomatología, pero no completaron todos los criterios diagnósticos, en algunos casos, faltó un solo criterio; como el del peso (al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente) o el de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos). Por lo tanto, aunque hasta el momento de la investigación, las chicas con sintomatología se encontraban cursando sus estudios universitarios, resulta probable que no pudiesen continuar con ellos.

Respecto al riesgo evaluado en cada muestra, se puede observar que el índice de riesgo para presentar BN fue de 34.76 para 1995 (IC 95%, 3.99% – 302.309%) y 37.94 para 2001 (IC 95%, 4.77% – 301.5%), mientras que para presentar un TCANE fue de 51.43 (IC 95%, 11.31% – 233.7%) para 1995 y 24.97 para 2001 (IC 95%, 10.205% – 60.789%). Cabe destacar que el índice de riesgo aumentó de 1995 a 2001, únicamente en relación a la BN, ya que en el en caso de los TCANE el índice disminuyó, lo cual indica un alto riesgo pese a que resulte inferior en el 2001. Ésto se debe, a que la muestra de 2001 fue representativa de la población (no siendo así en la muestra de 1995), por lo tanto el resultado es proporcional a la muestra.

Estos datos de riesgo, muestran que, el número de personas que pueden ser vulnerables a presentar un TCA específico o no específico ha ido en aumento en la población estudiada, lo que también puede observarse en la distribución de las respuestas de ambas muestras a los reactivos evaluados. En este sentido, es evidente que son importantes para los participantes el peso y la figura, independientemente de que hayan rebasado criterio de corte o no, lo cual puede traducirse en factores importantes asociados en el desarrollo de la sintomatología de TCA en las muestras estudiadas, ya que se observaron porcentajes altos. Además considerando los resultados obtenidos se puede afirmar que un porcentaje notable de la población entre el primer y cuarto semestre, tanto de 1995 y 2001 presentó sintomatología de TCA.

Estos porcentajes podrían estar determinados, en gran medida, por los cambios sociales como el cambio en los valores estéticos fomentándose un cuerpo esbelto y delgado como ideal de vida, así como culturales: como el “culto al cuerpo como distingo social, la búsqueda de éxito a través del cuerpo, etc”. (Guerro- Prado, 2001).

Por otra parte, cabe señalar que esta investigación fue de dos fases, lo cual le da una ventaja sobre de la mayoría de las investigaciones epidemiológicas recientes, como las de Oyeiwmi y Kazarian (1992), Morandé, Casas y Celada (1997), Cotrufo y cols (1998), Nobakht y Dezhkam (2000), Vega y Rasillo (2000), Gracia Blanco, Ballester, Patiño, Suñok (2001), Lameiras (2002), Sepúlveda y Gandarillas (2004), ya que los resultados de estas investigaciones fueron derivadas de cuestionarios de tamizaje sin entrevista diagnóstica; así como otras, donde si se incluye entrevista diagnóstica a los posibles casos, pero no a un grupo control; el cual permite detectar casos *falsos negativos*

Otra de las singularidades de esta investigación es que la muestra utilizada es regional, cuya muestra fue seleccionada de manera probabilística en el caso del 2001; una metodología similar fue utilizada por Pérez- Gaspar

(2000) y Peláez, Labrador y Raich (en prensa) y los datos que arroja son más confiables porque pueden ser generalizados a la población de estudio.

Por otra parte, es necesario resaltar el hecho de que se encontraron casos de TCA en aquellos participantes sin sintomatología, lo cual puede ser ocasionado por que las puntuaciones fueron cercanas a los puntos de corte de los instrumentos, o bien, pudieron falsear algunas de sus respuestas en los instrumentos, lo cual se aclaró con la entrevista.

Es por ello que se necesita que en futuras investigaciones se integre la entrevista de diagnóstico como parte integral de las mismas, porque así se tiene una mayor posibilidad de que los datos obtenidos sean más confiables y generalizables a la población.

CONCLUSIONES

El análisis de los datos sugiere lo siguiente:

- Aunque la prevalencia de TCA en las muestras de estudio resultó marginal, se observó una tendencia aumentar de 1995 a 2001.
- Al estimar el riesgo relativo de los TCA, se observa que los sujetos expuestos muestran un mayor riesgo que los sujetos no expuestos, lo que permite destacar la importancia de instrumentos de tamizaje.
- Los TCANE mostraron una mayor prevalencia en las dos muestras, en comparación con la prevalencia de TCA.
- El evaluar en dos distintos momentos (1995 y 2001) permitió estimar si se dan cambios en la prevalencia y niveles de riesgo a lo largo del tiempo.
- Al explorar la distribución de frecuencias de las respuestas en algunos de los reactivos, reportados con adecuado valor predictivo, se observó que en ambas muestras el peso y la figura preocupan a un sector considerable de la población estudiada.

- Otro aspecto a tomar en cuenta es, tener continuidad en la aplicación de instrumentos, es decir, que se realice año con año, para poder hacer un mejor diagnóstico de la población, ya que así podrían realizarse los cálculos de incidencia, con la finalidad de que los datos sean aún más precisos.
- Lo anterior se sugiere porque en la presente investigación no pudo estimarse la incidencia dado que fue de tipo transversal en cada uno de los años estudiados.
- Los datos epidemiológicos de esta investigación, proporcionan elementos a considerar en programas preventivos y de posible tratamiento en la población estudiada, dado que muestra la distribución y frecuencia tanto de sintomatología, como de trastorno; así como el nivel de riesgo de las personas con y sin sintomatología.
- Dado que se hizo un desglose por carrera tanto de la sintomatología como del diagnóstico, la planificación sanitaria tiene oportunidad de ser más específica a las necesidades de cada sector de la población estudiada.

REFERENCIAS

- Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1996) *Anorexia y Bulimia. Desórdenes Alimentarios*. Madrid. Alianza Editorial.
- Álvarez, G. (2000) Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría, UNAM. México.
- Álvarez, G., Mancilla, J., López, X., Vázquez, R., Ocampo, M.T. y López, V. (1998) Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en una población mexicana. *Revista de psicología contemporánea*, 5, 72-79.
- Álvarez, G., Mancilla, J y Vázquez R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Álvarez, T., Franco, K., Mancilla, J., Álvarez, G. y López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 26-35
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J., Gómez, G. (2002) Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 47- 56.
- American Psychiatric Association (1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos alimentarios. (4ª edición). Barcelona, APA.
- Arrázola, M.A. y Córdoba, M. (1996). Investigación de campo en Psicología: La encuesta de opinión. En Silva, A. (Ed), *Métodos cuantitativos en psicología*. 739-776. México. Trillas.
- Bravo, S. (1995) *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicio*. Madrid. Paraninfo
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López, CH. y Ostrosky, A. (1996) Los extremos en los trastornos alimenticios. *Psicología Iberoamericana*. 3, 20-34
- Carbajo, G., Canals J., Fernández-Ballart J., Doménech E.; (1995) Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de

seguimiento. *Psiquis* 16(4),21-26 (En Red) disponible en www.psiquiatria.com

Carlat, D., Camargo, C., Herzog, D. (1997) Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*. (En red) disponible en: <http://gateway.ovid.com>

Cash T. y Brawn, T. (1987) Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification* , II 487-521.

Chinchilla , A (1994) *Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Madrid: España. Ergon.

Cotrufo, P., Barreta, V., Monteleone, P. y Maj, M.(1998) Full-Syndrome, partial-síndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatric Scand*, 98, 112-115.

Cooper, P. y Goodyer, I. (1997) Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry* 171, 542-544

Crispo, R., Figueroa, E. Y Guelar, D. (1996) *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona. Gedisa.

Dale, R., De Luca, R. y Oliosi, M. (1997) Eating attitudes and prevalence of eating disorders: a survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating Weigth disorders* 1, 34-37

Doménech, J. (1997) *Diseño y estadística en ciencias de la salud*. Barcelona. Signo.

Dunker, M y Slade, R. (1995) *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México. Limusa.

Echeburría, E. (1998) *Avances en el tratamiento psicológico en los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.

Fairburn C, Beglin S. (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Pschiatry*;147, 401-8.

- Fernández, A. (2000) Los Trastornos de la Ingesta hoy, estudio de una muestra de estudiantes universitarios. 1er Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero 15 de Marzo 2000. (En red) Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_h.htm
- Fombonne, E. (1996) Is bulimia nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders*. 3, (19) 287-296
- Garner, D. y Bermis, K. (1982) A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and and research*. 6, 1-27
- Gardner, R. y Bokenkamp, E. (1996) The role of sensory y nonsensory factors in body size estimations of eating disorders subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52,(1) 3-15
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1997) *Handbook of treatment for eating disorders*. New York. The Guilford Press.
- Garner D, Fairburn C.(1988) Relationship between Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Diagnostic Implications. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner/Mazel.
- González, J., Rodríguez, F., Sierra, A. (1993) *El método epidemiológico en salud mental*, Barcelona. Masson-Salvat.
- Gotestam K, Agras W. (1995) General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*;18, 119-26.
- Guerro-Prado, J, Romero, B, Chinchilla, A. (2001) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Acta Psiquiátrica Española* 29, 403-410
- Heatherton, T. y cols. (1995) Body weight, dieting and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1623-1629.
- Hsu, L. (1990) Experiential Aspects of Bulimia Nervosa. Implications for cognitive behavioral therapy. *Behavior Modifications*, 14, 50-65.

- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleabes, D., Barbin, J. & Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., Fernández, M. (2002) Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Acta Psiquiátrica Española*.30, 343-349
- López, S., Garrido, F. y Hernández, M. (2000) Desarrollo histórico de la epidemiología :su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México* 42,(2) 133-143
- Lucas A, Beard C, O'Fallon W, Kurland L.(1991) Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*;148, 917-922.
- Mancilla, J., Álvarez, G., López, X., Mercado, L.(1998) Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Número monográfico de Trastornos alimentarios: Revista Psicología y Ciencia Social*. UNAM. México.
- Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Álvarez, G., López, X., Román, M. (1999) Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1) 37-46
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR-2000). Barcelona: España.
- Mateos, A., Solano, N. (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*. 1,(En Red) www.psiquiatria.com/psicología
- McRae, S. (1994) *Modelos y Métodos para las ciencias del comportamiento*. Barcelona. Ariel Psicología.
- Moller-Madsen, S.y Nestrup, J. (1992) Incidence of Anorexia Nervosa in Denmark. *Acta Psiquiátrica Escandinavica*. 86, 197-200

- Mora, M. y Raich, R. (1993) Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. *Análisis y modificación de conducta*, 19, 66
- Morandé G, Celada J, Casas J.(1999) Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Teenager Health* 24,212-219.
- Mortensen, P. (1998) Prevalence of disorders and epidemiological methods. *Current Opinion in Psychiatry*. (En red) disponible en: <http://gateway.ovid.com>
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamasaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., y Nozoe S. (2000) Prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in a Geographically Defined Area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*. 28, 173-180
- Nobakht, M.y Dezhkam, M. (2000) An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders* 28, 265-271.
- Organización Mundial de la Salud (1993) *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. . Madrid: España. OMS.
- Oyewimi, L. Y Kazarian, S. (1992) Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths II. *Anorexic Behavior. East African Medical Journal*.
- Pagsberg A, Wang A.(1994) Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 90, 259-65
- Parra, A., Solano, N. (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista electrónica de Psicología* 1(1) (En red) disponible en www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/astic_4html.
- Peláez.R., Labrador, F., Raich, R. (en prensa) Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria sobre población escolarizada de la comunidad de Madrid. En J.M. Mancilla-Díaz y G. Gómez-Peresmitré (Eds.) *Trastornos del Comportamiento Alimentario en Países Hispano-parlantes*. México: Thomson Learning.

- Pérez, M., Gual, P., Irala, J., Martínez, M., Lahortiga, F., Cervera, S. (2000) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med. Clin Barc.* 114. 481-486.
- Raich, R. (1994) *Anorexia y bulimia : Trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.
- Ramacciotti C, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Oso L, (2000) Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*;94, 131-138.
- Rathner, G. y cols. (1995) Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross cultural study. *Psychological Medicine* (En red) disponible en: <http://gateway.ovid.com>
- Rausch, C; Bay, L. (1990) *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Argentina. Paidós.
- Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di-Bernardo M, Zucchi T, Cabras P, Rotella C. (2000) Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Psychiatry*;41, 111-115. (En red) Disponible en www.psiquiatría.com
- Rieger, E., Touz, S., Swain, T. y Bewmont, P. (2001) Cross-Cultural research on anorexia nervosa: assumptions regarding the role of body weight. *International Journal of Eating Disorders.* 29, 205-215.
- Rodríguez, MC., Riquelme, A., Buendía, J. (1996) Epidemiología de la Anorexia Nerviosa : una revisión. *Anales de Psiquiatría.* 6, (12) 262-269.
- Roman, F. M., Mancilla, J. M., Alvarez, G., López, X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Revista Psicología Contemporánea*, 5, (2) 22-29.
- Ruiz-Lázaro, P.(2002) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Interpsiquis.* (En red) disponible en: www.psiquiatría.com
- Sanmartín, M. (2001) Modelos preventivos en trastornos de la alimentación. Una aproximación teórica. *Intrrepsiquis.* (En red) disponible en: www.psiquiatría.com

- San Sebastián, J. (2000) Aspectos históricos en medicina sobre los trastornos alimentarios. *Interpsiquis* (En red) disponible en www.psiquiatria.com
- Saucedo, T. (2003) Modelos Predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis Doctoral. UNAM, México.
- Sepúlveda, A., Gandarillas, J., Carboles, A. (2004) Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria (En red) disponible en www.psiquiatria.com 8 (2)
- Smulker, G., Dare, C y Treasure, J. (1995) Handbook of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Taraldsen, K., Eriksen, L y Gøtestam, K. (1996) Prevalence of Eating Disorders Among Norwegian Women and Men in a Psychiatric Outpatients Unit. *International Journal Of Eating Disorders*. 20, 2 185-190.
- Toro, J. (2000) La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med. Clin (Barc)* 114, 543-544.
- Toro, J. y Villardell, E. (1987) *Anorexia nerviosa* Barcelona: Martínez Roca
- Turón, V. (1997) *Trastornos de la alimentación*. España. Mason
- Vázquez, R. (1997) Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis doctoral. UAB. Barcelona.
- Vázquez. R., López, X., Álvarez, G., Ocampo, M., Mancilla, J. (2000) Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Revista Psicología Contemporánea* 7(1) 56-65.
- Vicent, M (1996 a) Obesidad y Sobrepeso: de la realidad a la satanización. En Toro, J. (Ed) *El cuerpo como delito: Anorexia , bulimia, cultura y sociedad(1996)*. España. Ariel.
- Vicent, M (1996 b) Cuerpo, peso, alimentación y angustia. En Toro, J. (Ed) *El cuerpo como delito: Anorexia , bulimia, cultura y sociedad*. España. Ariel.

Westenhoefer (1997) Prevalence of Eating Disorders and Weight Control Practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders* 29, 477-481.

Wittchen, H., Nelson, C. Lachner, G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*. (En red) disponible en: <http://gateway.ovid.com>

Wlodarczyk, K., Dolan, B. (1996) A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish in school girls. *Psychological Medicine* (En red) disponible en: <http://gateway.ovid.com>