

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL ESPAÑOL

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

**EVALUACIONES DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
POBLACION DE RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS**

**AUTOR:
DRA. SOFIA ARCE VELAZQUEZ**

**TUTOR TEÓRICO:
DR. CARLOS SERRANO GÓMEZ**

**TUTOR METODOLÓGICO:
DRA. ROSA ISELA MÉZQUITA OROZCO**

AGOSTO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

1. Introducción

1.1 Marco Teórico

1.1.1. Antecedentes Históricos

1.1.2. Trastornos Conducta Alimentaria

Conceptos

Criterios diagnósticos

Epidemiología

Etiología

1.2. Planteamiento del Problema

1.3. Pregunta de investigación

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos generales

1.4.2. Objetivos específicos

1.5. Justificación

1.6. Hipótesis

2. Metodología

2.1. Escenario

2.2. Muestra

2.3 Instrumentos de Medición

2.4. Variables en estudio

2.5. Diseño de Estudio

2.6. Análisis Estadístico

2.7. Resultados

2.7.1. Resultados Descriptivos

2.7.2. Resultados Comparativos

2.8. Discusión

2.9. Consideraciones éticas

2.10. Conclusiones

2.11. Limitaciones y Sugerencias

3. Referencias

4. Anexos

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han surgido de una forma importante en el ámbito clínico psiquiátrico. Las exigencias por pertenecer a un mundo en donde la apariencia tiene un papel importante, han llevado a que experimenten preocupaciones excesivas por mantener un bajo peso, involucrándose a estrictas dietas y otras conductas para mantener el peso.

La prevalencia a nivel mundial ha incrementado drásticamente, en México aún no es tan clara la prevalencia de estos, en la literatura se refiere que en países occidentales tiene una prevalencia de 1 a 4% en mujeres adolescentes y adultos jóvenes, siendo más frecuente la bulimia que la anorexia nerviosa. Son trastornos poco frecuentes en hombres, existiendo una relación mujer: hombre es 10:1.

Dichos trastornos competen al clínico debido a las múltiples complicaciones que presentan afectando diferentes aparatos y sistemas como cardiovasculares, renal, desequilibrios hidroelectrolíticos, endocrinos, inmunológico, entre otros.

Esto ha generado que aumente el interés para realizar investigaciones clínicas con el fin de poder determinar los principales factores de riesgo implicados y de poder desarrollar instrumentos diagnósticos y terapéuticos eficaces para tratar dichos trastornos y así utilizar vías de prevención.

La atención primaria en nuestro país, debe enfocarse a realizar medidas para minimizar complicaciones y disminuir costos.

Se debe considerar los costos del tratamiento a pesar de que son de una duración relativa y altamente costosos, por lo que se podría optimizar recursos a fin de canalizarlos a otras áreas de mayor importancia y/o prioridad.

Los estudios epidemiológicos han utilizado cuestionarios autoadministrados para evaluar el diagnóstico de TCA.

Este estudio se basa en la investigación acerca de la prevalencia de síntomas de los TCA en una muestra de estudiantes de preparatoria, que constituyen una población de alto riesgo, susceptibles a la aparición y desarrollo de TCA entre edades comprendidas entre los 15 a 21 años de edad

Se eligió a una muestra determinada con ciertas características que nos permitan observar la evolución de las actitudes y conductas relacionadas con la alimentación.

Dentro de los objetivos de dicha investigación, es estudiar los factores que han estado relacionadas directamente con los Trastornos Conducta Alimentaria.

1. MARCO TEÓRICO

1.1.1 ANTECEDENTES

La atención hacia la Anorexia Nerviosa (AN) cobra interés en el s. XVII con la obra original de R. Morton, *A Treatise of Consumptions* en la cual describía sus experiencias clínicas con dos pacientes un varón de 16 años y una mujer de 18 años. En ambos casos había descartado cualquier tipo de enfermedad física como causa del decremento en el peso. (Alaine Y., 1989)

Posteriormente Whytt, en 1764 describió un caso de un joven de 14 años con inanición, describiéndolo con energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y mala digestión.

V. Marcé, en 1860, es el primero en describir una conducta de rechazo a los alimentos. Gull en ese mismo año, llamó a este cuadro apepsia histérica y fue en 1873 cuando Lasègue acuñó la expresión anorexia histérica, describiendo

como síntomas fundamentales el rechazo a los alimentos, pérdida de peso, amenorrea y exceso de ejercicio. (Halmi, y cols., 2000)

En los años cincuentas, se produce un cambio conceptual acerca de la AN. En 1914 Simmonds, describió un cuadro caracterizado por adelgazamiento, pérdida de apetito, amenorrea al que llamó caquexia hipofisaria, siendo las causas una alteración a nivel hipofisario. En 1920 Janet discutió la anorexia primaria de la secundaria, basándose en explicación psicodinámica, en donde las alteraciones se producían por fantasías orales inconscientes y aversión sexual. Para Bruch, es una patología multifactorial en donde comparten una perturbación entre imagen corporal y concepto de cuerpo, dificultad para reconocer señales alimentarias y sentimiento de ineficacia en las actividades cotidianas.

En los setentas y la década siguiente, empezó a proliferar casos y temas relacionados, se le dio un enfoque crucial a la familia como factor patológico, después se enfatizó a los factores neuroendocrinos, genéticos y fisiológicos. (Halmi, y cols., 2000)

Durante esa década se definieron los criterios para anorexia nerviosa de Feighner y de Russell para bulimia nerviosa.

En 1979 se elaboró el sistema de clasificación, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales III (DSM-III, por sus siglas en inglés), se definen la AN y la BN (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder 3th ed*).

En 1987, en el DSM-III-R, incluye los criterios de amenorrea, pérdida de por lo menos el 15% de peso, alteración en la imagen corporal para la AN y para la BN se incluyó la imagen corporal como diagnóstico. A su vez, aparece una nueva categoría definida como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), que son los trastornos que tienen severidad clínica, pero que no cumplen criterios para alguna categoría previa.

En el DSM-IV, se han mejorado las descripciones de las características clínicas. (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder 4th ed*).

1.1.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Concepto:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y con alteraciones de la percepción de la imagen y peso corporal (*Becker y cols., 1999, Cooper 2005*).

Entre estos, los más conocidos y en donde mayor se han realizado estudios son la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, pero también se incluyen otros como los Trastornos No Especificados, los Trastornos por atracón y otros atípicos (pica y rumiación) estos dos últimos, frecuentes en la población infantil y en ciertas alteraciones mentales.

Estos trastornos evolucionan de una forma gradual, desde conductas leves y transitorias, que son muy frecuentes en la población general, hasta entidades clínicas severas.

En la actualidad, parece evidente que los TCA tienen un origen multifactorial, en el que confluyen una compleja interacción de factores genéticos, socioculturales, psicológicos y cognitivos, que hacen más difícil la valoración de los mismos. No deben de ser vistos como opuestos unos respecto a otros, sino como complementarios (*Becker y cols., 1999, Cooper 2005*).

Son trastornos que habitualmente aparecen en la adolescencia temprana entre los 12 y 14 años. Sin embargo, investigaciones realizadas por Rolland, Farnill y Griffiths en 1997 reportaron que casi el 40% de los preadolescentes entre 8 y 13 años de edad han perdido de forma activa peso, el 14% de la muestra reportó un riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, rebasando el punto de corte del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT por sus siglas en inglés).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, se observó una prevalencia de bulimia de 1.8% en mujeres entre 18 a 29

años de edad, y no se reportaron casos de anorexia. (*Medina-Mora M.E., Borges E., Lara A., Benjet S., Blanco G., Fleiz C., 2003*).

Así mismo un estudio también realizado en nuestro país por Gómez, Ávila en 1998 reportaron que el 19% de niñas y 18% niños de quinto y sexto grado de primaria han realizado dietas con el fin de perder peso.

Son pacientes que realizan dietas muy severas, presentan rituales en su alimentación como desmenuzar alimentos en proporciones excesivamente pequeñas, baja en carbohidratos y grasas, controlar permanentemente las calorías ingeridas, hacer conductas compensatorias. Evitan concurrir a reuniones donde puedan verse presionadas a comer y suelen esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada. Este trastorno comienza con restricción dietética, pero con el paso de tiempo esa restricción termina fracasando conduciendo a atracones y purgas en casi el 50% de los casos (*Agras y cols. 2004*).

AN es normalmente acompañada de serias comorbilidades psicopatológicas, principalmente depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad. Existe evidencia que tal psicopatología suele tornarse en algo más complejo con mayor dificultad para tratarlo conforme pasa el tiempo (*Kaye y cols. 2004*).

En la actualidad no hay predictores certeros en cuanto a la recuperación, estudios han sugerido que el peso bajo al momento de presentación tiene pobres resultados. En contraste, la presentación a edades tempranas predice una peor evolución con tasas bajas de recuperación que aquellos mayores de 18 años (*Agras y cols. 2004*).

Los TCA, se han asociado con numerosos problemas médicos severos, alteraciones metabólicas (hipotermia y deshidratación, desórdenes hidroelectrolíticos, hipercolesterolemia e hipoglucemia) a nivel cardiovascular (bradicardia, hipotensión, arritmias, daño miocárdico, aumento del pericardio y baja respuesta al ejercicio); endocrinológicas: (hipoestrogenismo, testosterona, en

hormonas tiroideas) a nivel renal (insuficiencia renal tanto aguda como crónica) descompensación en el funcionamiento hematológico (anemia, leucopenia, trombocitopenia y alteración en médula ósea); daño neurológico (deterioro actividad autónoma, neuritis periférica y alteraciones en el EEG) Sistema músculo esquelético (osteopenia, osteoporosis) fallas en el funcionamiento inmunológico) (*Harris E., Barraclough B., 1998*).

Además de los aparatos y sistemas alterados previamente mencionados, existen signos de alarma de desnutrición como la presencia de amenorrea, sequedad de piel, pérdida del cabello, hipertrofia parotídea, anomalías dentales, fatiga, edema periférico, acrocianosis, hirsutismo, lanugo, hipotermia, parestesias (*Sullivan P., 1995*).

Son trastornos serios con elevadas tasas de mortalidad en consecuencia a malnutrición. La mortalidad ajustada va en rangos de entre 1.2% a 12.82%, siendo la AN la que tiene mayor índice de mortalidad (*Attia 2010*).

Debido a alteraciones cognitivas y preceptuales, presentan una distorsión en la imagen corporal, percibiéndose obesas cuando se encuentran por debajo de lo esperable para su constitución física y edad. Las anoréxicas suelen ser descritas como perfeccionistas, introvertidas y pasivas. Estos rasgos permanecen estables incluso luego de la recuperación del peso (*Rastam T., 1992; Srinivasagam y cols 1995*).

La BN es un trastorno de aparición más tardía, que se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, tendientes a reducir la ganancia de peso. Éstas pueden ser conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos y/o fármacos) o no purgativas (ejercicios físicos y/o ayunos).

En estas pacientes, la autoevaluación se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Las bulímicas son descritas como personas más sociales, impulsivas, con mayor tendencia a la tristeza y al

suicidio, por ser más lábiles desde el punto de vista afectivo (*Bruch, 1973; Díaz-Marsa, Carrasco D., Saiz, 2000*).

Criterios diagnósticos:

Tanto el DSM-IV-TR como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, por sus siglas en inglés), distinguen dos trastornos específicos:

Anorexia Nerviosa

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

Distingue dos tipos

- a) *Restrictivo*: Durante el episodio de AN el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (vómito, laxantes, diuréticos o enemas)
- b) *Compulsivo/Purgativo*: Durante el episodio de AN el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (vómito, laxantes, diuréticos o enemas)

Bulimia Nerviosa

- A. Presencia de episodios de voracidad (atracones) recurrentes. Definición de atracón: Ingesta de alimento en un corto período de tiempo (por ejemplo dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias – Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o 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 de laxantes, diuréticos, enemas, 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 tres meses
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN

En la práctica clínica, delimitar ambas patologías, presentan ciertas dificultades.

Dos tipos:

- a) *Purgativo*: Durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- b) *No Purgativo*: Durante el episodio de BN el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, con el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificada

Incluye los casos de TCA de severidad clínica que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para AN o BN define seis posibles casos:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnóstico para la AN pero las menstruaciones son regulares
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero el peso de la persona está dentro de los límites de la normalidad
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN pero los atracones y otras conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida
5. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo con peso normal
6. Trastorno por atracón

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, o por el riesgo inmediato que suponen para la vida del paciente. (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th ed*).

Desde la perspectiva psicoanalítica, se podría pensar que carecen de registro cualitativo del dolor psíquico, con continuas auto agresiones. Poseen características destructivas y obsesivas que responden a una pulsión de muerte.

Epidemiología de los TCA

De acuerdo a la revisión bibliográfica, los resultados de estudios sobre epidemiología aún son dispares, las cifras de prevalencia e incidencia de los TCA pueden ser variables, según los criterios metodológicos empleados.

Hace años eran considerados enfermedades raras; sin embargo, dado el incremento en jóvenes, han pasado a ser una de las enfermedades cónicas más frecuentes de los adolescentes, las tasas de prevalencia e incidencia en la

población general han aumentado en las últimas décadas. El impacto social y la preocupación por estos trastornos también han aumentado (*Rodríguez A., y cols, 2002.*)

Según el DSM-IV la prevalencia global de la anorexia nerviosa está situada entre el 0.5-1%, con una mortalidad elevada, en un 10% de los casos, la prevalencia de la bulimia nerviosa es más frecuente entre el 1 al 4%, siendo en los varones diez veces menor. El resto de los trastornos de la conducta no especificado tienen una prevalencia variable del 0 al 13%.

Los datos correspondientes a varones son más escasos, probablemente por la menor prevalencia, se estima que estos trastornos son 10 veces menos frecuentes en el varón. La incidencia por muerte para anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 12.1% en los últimos diez años (*Organización Mundial de la Salud 2001.*)

Según un estudio realizado por Sullivan en 1995, la tasa de mortalidad agregada asociada a la anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la tasa anual de edad en la población general.

Estudios realizados en México han encontrado resultados dispares en cuanto a la prevalencia que van desde 5 hasta 18% en muestras de adolescentes, estudiantes universitarios a nivel nacional y población abierta de la Ciudad de México (*Mancilla M., Álvarez G., y cols., 1998; Unikel C., Villatoro J., Medina-Mora M.E., y cols 2000*).

Etiología

Las influencias culturales e ideográficas para desarrollar TCA, han variado a lo largo del tiempo. Aquellos relacionados con niveles culturales incluyen el rápido desarrollo económico, industrialización, urbanización y modernización los cuales se han acompañado de cambios en los roles sexuales de la sociedad, exposición a medios masivos, imitación de diversas culturas.

Entre las influencias que más se han estudiado son, es el prototipo ideal de la delgadez como modelo social. (*Jilon S., y cols 2008*).

En estudios recientes se ha observado que seis de cada diez mujeres están preocupadas por el peso, mientras que en el caso de los hombres la preocupación la tienen tres de diez sujetos (*Dancynger I., Garfinkel P., 1995*).

Entre los factores que determinan la polaridad hacia el sexo femenino, se han apuntado desde los socioculturales hasta los puramente biológicos (*Gowers S., y cols 2001*).

Además del sexo, se han detallado otros factores como la edad, la personalidad, ejercicio excesivo, restricción de alimentos , dieta, pérdida de peso, acontecimientos vitales estresantes, aspectos socioculturales, económicos y familiares, neurobiológicos y genéticos (*Gowers S., y cols. 2001*).

Pronóstico

Tanto para AN como BN el pronóstico es variable. Se estima que 44% de las pacientes que presentan AN presentan recuperación, el 28% de los casos mejora, mientras el 23% se convierten en crónicos y el 5% fallecen.

El pronóstico de las pacientes con TCA es variable. Investigaciones recientes se estima que aproximadamente, un 44% de las pacientes con AN remiten, el 28% mejora, el 23% se cronifica y el 5% fallece. Sin embargo, se ha hallado que dos tercios de las pacientes con antecedente de cualquier TCA mantienen la preocupación por el peso. (*Halmi, 1995*).

Según estudios realizados, la mortalidad en jóvenes con AN es 12 veces superior a la población general y el doble respecto de jóvenes que presentan otros trastornos mentales. En 1995, un estudio realizado por Sullivan y cols encontró un 27% de suicidios entre las muertes por TCA.

A pesar de la recuperación del peso y del ciclo menstrual podría surgir la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos, distímicos, fóbicos y abuso de sustancias que podrían ensombrecer el pronóstico. Se ha asociado a un pobre

pronóstico al subtipo de AN purgativo, debido al mayor riesgo de complicaciones médicas. La edad, nivel socioeconómico, detección precoz son predictores de mejor pronóstico.

En el caso de BN, es más difícil de poder detectar los predictores pronóstico. Las pacientes que llevan entre uno a dos años de tratamiento con disminución en la frecuencia de atracones, sin conductas purgativa y/o abuso de laxantes la recuperación espontánea en estos pacientes es entre el 25 y 50%. El empleo de intervenciones largas mejora el pronóstico el 60% se recupera, el 29% logra mejoría, el 10% empeora y el 1% fallece (*Kaye, Gendall, Kye, 1998*).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los TCA constituyen uno de los principales problemas mentales a nivel mundial, inciden de manera importante en la salud pública, afectando directamente a los sujetos que los padecen y repercuten de forma indirecta al entorno familiar y social.

Los adolescentes, son un grupo muy susceptible y vulnerable en donde la incidencia y prevalencia de los TCA han aumentado significativamente, esto por la influencia de medios de comunicación social, la publicidad y el mercado el cual ha estado enfocado a métodos y productos para bajar de peso.

Este grupo de edad manifiesta mayor inconformidad por el cuerpo, deseando una delgadez, adoptando regimenes dietéticos más estrictos.

Las características epidemiológicas, la comorbilidad orgánica y mental así como la evolución bajo tratamiento de los adolescentes con anorexia y bulimia en nuestro medio no están suficientemente caracterizadas.

A pesar del amplio reconocimiento de los distintos factores que pueden aumentar el riesgo de presentar TCA, en México son pocos los estudios que han demostrado la presencia de estos factores y su asociación con TCA.

Lo que se pretende es identificar los principales factores de riesgo (sexo, edad, nivel educativo, tipo de educación e índice de masa corporal) que pudieran incrementar la aparición de TCA.

Al identificar dichos factores de riesgo se podría reducir las consecuencias que tiene TCA. Estas observaciones serían útiles al proporcionar información a los clínicos, padres de familia y a los maestros acerca de estos trastornos y que soliciten ayuda con más prontitud además de estructurar estrategias de intervención para prevenir los TCA.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas que se plantean en este estudio es conocer la frecuencia con que se presenta estos trastornos de la conducta alimentaria, específicamente anorexia nerviosa y bulimia y si acaso es posible identificar qué factores sociodemográficos como sexo, edad, nivel educativo tipo de educación e índice de masa corporal que pudieran incrementar la aparición de TCA en una muestra representativa de estudiantes mexicanos.

1.4 OBJETIVO

Objetivo General

Identificar la prevalencia de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en un grupo de adolescentes entre 15 y 21 de edad de estudiantes de preparatoria en la ciudad de la ciudad de México a través de distintos cuestionarios.

Objetivos Específicos:

Estudiar la relación entre ciertas variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de educación, tipo de educación e índice de masa corporal (IMC) y TCA.

Describir los resultados de la prueba EAT-26 aplicada a los estudiantes.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, los TCA han aumentado la frecuencia, considerándose un problema social y de salud pública a nivel mundial, afectan a un gran número de mujeres y hombres sobre todo en la adolescencia y juventud temprana. Tienen una prevalencia a nivel mundial de la AN entre mujeres en la adolescencia tardía y en la adultez joven es entre 0.5% a 1% y de bulimia nerviosa aproximadamente de 1% a 3% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Tienen una considerable morbi mortalidad.

La tasa de mortalidad de AN es 0.05% por año. La mayoría de los individuos con TCA tienen un curso crónico y solo entre el 35% - 40% se recuperan. (*Kaye, Gendall, Kye, 1998*).

Las edades de presentación son cada vez más tempranas. Por ello esto constituye un verdadero problema de salud pública que concierne no solo en el área psiquiátrica particularmente sino a la práctica médica general.

La caracterización de los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación es esencial para desarrollar e implementar programas de: a) detección temprana, b) tratamiento y c) prevención

En México actualmente son pocos los trabajos en cuanto al diagnóstico de TCA, son escasos los datos estadísticos en nuestra población que puedan identificar la magnitud del problema.

Considerando lo anterior, este trabajo de investigación es relevante para que el personal de salud tome conciencia e interés en el padecimiento, con el fin de realizar un diagnóstico precoz, tratamiento de los casos, así como implementar medidas y campañas preventivas a nivel social, cultural y familiar.

Es en este contexto y de ahí la importancia de realizar este estudio, para generar los primeros datos disponibles relacionados con las preguntas de investigación.

1.6 Hipótesis

1. Las mujeres tendrán mayor riesgo de padecer TCA
2. Los sujetos mayores a 18 años, tendrán menor riesgo de presentar TCA
3. La muestra con IMC menor a 18 tendrá mayor riesgo de padecer TCA
4. Individuos con nivel sociocultural alto, son más susceptibles a padecer TCA
5. El riesgo de sufrir TCA en relación a los datos psicométricos de los participantes será similar al de otros estudios con poblaciones de características similares
6. Las puntuaciones en EAT-26 >20 presentarán mayor probabilidad de cumplir criterios diagnósticos de TCA según el DSM-IV

2. METODOLOGÍA

2.1. ESCENARIO

Los individuos fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio en dos escuelas preparatorias (privada y pública) de la Ciudad de México. En el período comprendido entre enero 2011 a marzo de 2011.

Se concretaron citas con los directivos de cada centro escolar, con el fin de explicar dicha investigación. Se nos brindaron fechas concretas para disponer de aulas y realizar el acercamiento con los alumnos.

En la investigación formaron parte aquellos alumnos que asistieron a clase el día de aplicación de los cuestionarios y aquellos que aceptaron libremente y autónoma participar en el estudio.

2.2. MUESTRA

La muestra inicial s estuvo conformada por 367 estudiantes de las dos escuelas. Se eliminaron 17 casos que no alcanzaron la edad mínima de 15 Se descartaron otros 36 casos por no haber completado de forma correcta los cuestionarios y tener valores faltantes en edad, o en alguna de las variables clínicas de interés. Por lo que se contó con una muestra total de 314 participantes.

Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación:

Criterios de inclusión:

Se incluyeron adolescentes de 15 a 21 años de edad

Que sean alumnos de la escuela preparatoria

Que deseen participar en el estudio

Ambos sexos

Criterios de exclusión

Que no sean alumnos de la escuela preparatoria

Que no deseen participar en el estudio

Que no completen el cuestionario

Que no tengan el rango de edad

Criterios de eliminación

Que no llenen adecuadamente el cuestionario

2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La batería de cuestionarios está conformada por un cuestionario en donde se incluyen aspectos socio-demográficos, un instrumento ampliamente utilizado para el estudio de TCA. Cada cuestionario tiene un número de reconocimiento.

Instrumentos de Medición

En la actualidad son múltiples los instrumentos que evalúan síntomas y conductas alimenticias. Los dos tipos principales para dicha evaluación son las entrevistas semiestructuradas y los cuestionarios autoaplicables. En cuanto a las entrevistas semiestructuradas requieren la administración especializada y se puede individualizar, la desventaja es que requieren mayor tiempo y costos elevados. Por su parte los cuestionarios autoaplicados, no dan un diagnóstico específico, miden conductas de riesgo así como sintomatología, requieren poco tiempo en cuanto a la administración, y se puede aplicar a grandes grupos.

1) Cuestionario sociodemográfico

Los datos sociodemográficos obtenidos fueron edad, sexo, nivel de educación, tipo de escuela e IMC. Se pesó y se midió a los alumnos.

Para el análisis estadístico se categorizó en seis grupos (15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 años), el sexo en dos grupos, nivel de educación de acuerdo al año escolar y al tipo de escuela (privada y pública) se procedió a calcular el índice de masa corporal a partir del peso y la altura de los estudiantes y se categorizó en cinco grupos (<18.5 bajo peso, 18.51-24.9 peso normal, 25-29.9 sobrepeso, 30-34.9 obesidad grado I, 35-39.9 obesidad grado II, >40 obesidad grado III).

2) Indicador Antropométrico

La función de los indicadores antropométricos (peso corporal, altura, circunferencias y pliegues cutáneos referidos a la edad y sexo), es permitir una interpretación del grado de nutrición de los sujetos de acuerdo a estándares de normalidad.

El Índice de Masa Corporal (IMC) se considera como un indicador antropométrico de equilibrio funcional corporal al combinar dos parámetros peso y estatura. Al establecer una relación de proporción del peso respecto a la estatura, es posible, el realizar un diagnóstico del déficit o del exceso ponderal (*Saucedo-Molina, Ocampo, Mancilla y Gómez Permitré 2000*).

Para medir el índice de masa, se utilizaron los instrumentos de medición recomendados por la Norma Oficial Mexicana. Para la medición del peso de los alumnos se utilizó una báscula calibrada y para la talla, una cinta métrica.

Asimismo se tomaron los criterios estipulados por la Organización Mundial de la Salud para la determinación de grupos según el Índice de Masa Corporal, < 18.5 peso debajo de la normalidad, entre 18.5 - 24.9 normo peso, 25.0 -29.9 sobrepeso (obesidad grado1), 30.0 – 39.9 obesidad (obesidad grado 2), > 40 obesidad mórbida.

3) Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26, por sus siglas en ingles): fue diseñado por David Garner y Paul Farfinkel en 1979. Es un instrumento el cual tiene como objetivo diferenciar la presencia de Trastorno Conducta Alimentaria o su ausencia, e identificar, a través de auto reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Es un instrumento de auto reporte, que tiene una duración aproximada de 15 minutos, cuenta con 26 reactivos, con 6 posibles de respuesta.

A cada cual le corresponde una letra y un puntaje A: siempre (3 puntos), B: casi siempre (2 puntos), C: a menudo (1 punto), D: a veces (0 puntos), E: pocas veces (0 puntos), F: nunca (0 puntos). La pregunta número 25 funciona como distractor asignándole la puntuación en forma invertida. El puntaje total se obtiene sumando los parciales de cada respuesta o ítem.

El rango de puntuación va de 0 a 78 El punto de corte propuesto por los autores es de 20, el cual está relacionado con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario.

Los ítems de la prueba se agrupan en 3 subescalas que evalúan conductas alimentarias patológicas ligadas a la AN y Bulimia Nerviosa:

El Factor 1 Dieta, ítems 1,6, 7, 10,11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25 se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a)

Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida, ítems 3,4, 9, 18, 21 y 26 refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia

Factor 3 Control Oral, ítems 2,5,8,13,15,19 y 20 esta relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (Garner y cols., 1982).

Se utilizó como valor de corte total: 20 puntos los sujetos que se encuentran en riesgo y de 30 puntos para caso probable y de TCA. (Mínimo: 0 y máximo: 78). Para la escala DI el corte fue: 13 puntos (máximo: 39), para la escala BU: 6 puntos (máximo: 18) y para la escala CO: 7 puntos (máximo: 21). La sensibilidad y especificidad es del 95%, el poder predictivo positivo es del 79% el poder predictivo negativo del 94%. Ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos. (Álvarez R., Vázquez JM., Mancilla, y G. Gómez. 2002).

2.4 VARIABLES EN ESTUDIO

Variable dependiente

Trastorno de la Conducta Alimentaria. La cual se evaluó con el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Aplicada a todos los alumnos de las escuelas preparatorias.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores sociodemográficos: Entre estos se incluyen género, cuantos años cumplidos tiene, nivel escolar, tipo de escuela.

Datos antropométricos: Índice de Masa Corporal

2.5. DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, correlacional, transversal. Realizado en el periodo de Febrero 2011 a Marzo 2011, en el cual se estudió a una muestra de 314 estudiantes que presentaron TCA y su relación con los factores de riesgo asociados a este.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se codificó mediante la asignación de valores numéricos para cada variable, se creó una base de datos en el programa Excel, en donde se capturaron todos los datos. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico informatizado SPSS versión 15. Se utilizaron estadística paramétrica o no paramétrica según el comportamiento de las variables.

En el plan de análisis se abordaron los objetivos planteados comenzando con la descripción de las características generales de la población en estudio.

La descripción de las variables sociodemográficas, IMC, se han realizado calculando, para las variables cuantitativas, la media (\bar{x}), la desviación típica (SD) y el rango, y, para las variables cualitativas, estimando las frecuencias relativas. Se analizó el grado de asociación de las variables usando como punto de corte una puntuación $>$ de 20 en el EAT-26, un poder estadístico del 95% y un error menor del 5%. Se consideraron significativas las diferencias con un valor $P < 0.05$.

2.7. RESULTADOS

2.7.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Características de la Muestra

La muestra inicial estuvo conformada por 314 estudiantes, con un rango de edad de 15 a 21 años con una media de 17.41 años y una desviación estándar de 1.62 y la mediana en 17 años. La mayoría de los estudiantes 91 (29%) tienen 16 años y sólo un estudiante tiene 21 años. La población está conformada por mujeres 160 (51%) y hombres 154 (49%). La media de escolaridad en esta población fue de 11.1 años con una desviación estándar de 0.81.

En las siguientes tablas se muestran las características sociodemográficas.

Tablas.

Tabla 1. Distribución general de acuerdo al Género (n = 314)

Género	f	(%)
Femenino	160	51
Masculino	154	49
Total	314	100

Gráfico 1. Distribución general de acuerdo al Género (n = 314)

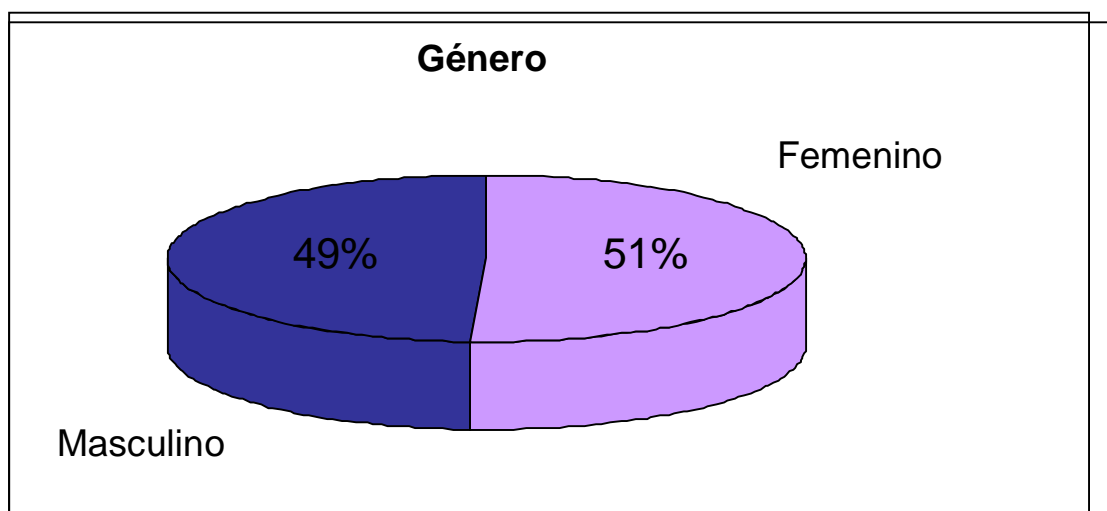
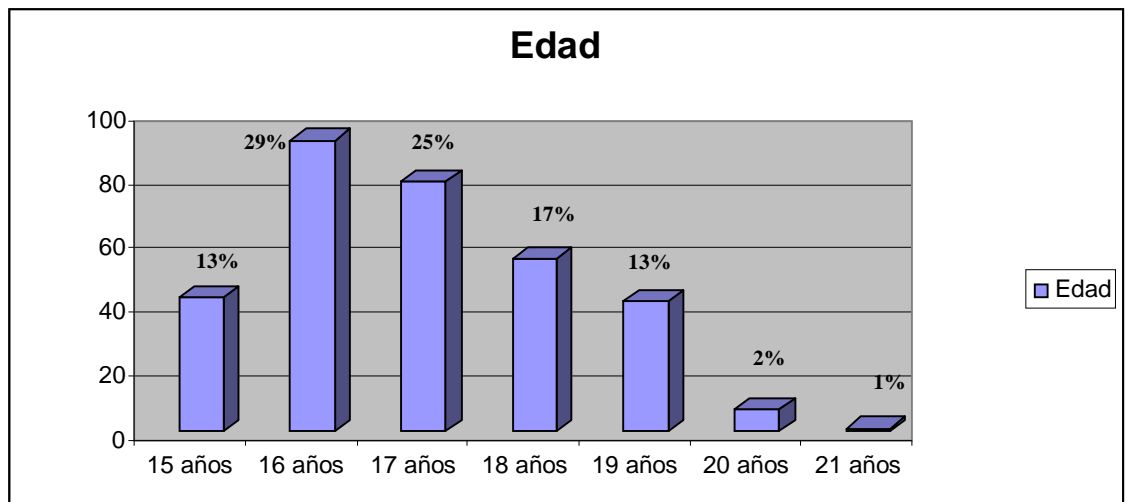


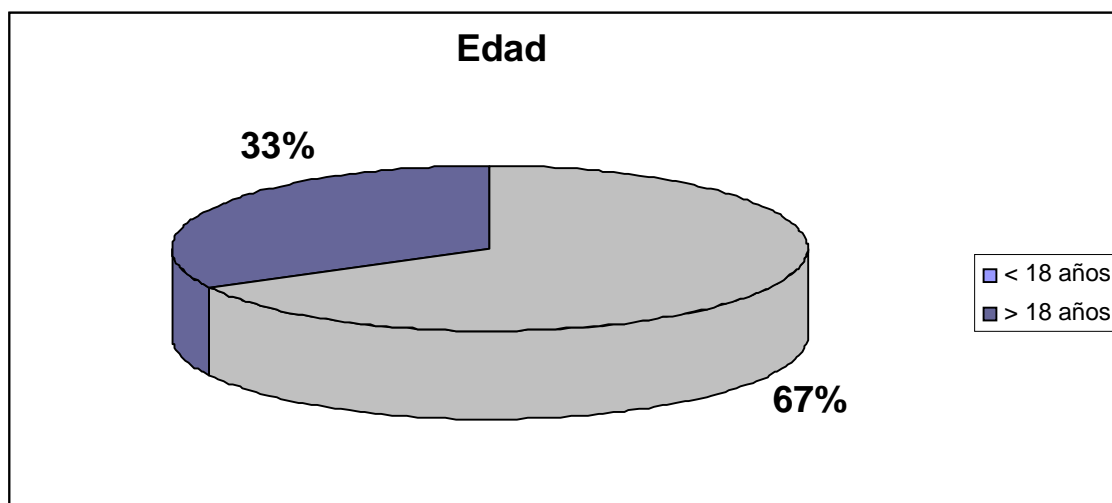
Tabla 2. Distribución general de acuerdo a la Edad (n=314)

Edad	f	(%)
15	42	13%
16	91	29%
17	78	25%
18	54	17%
19	41	13%
20	7	2%
21	1	1%
Total	314	100%

Edad	f	(%)
< 18	211	67
>18	103	33
Total	314	100%

Gráfico 2. Distribución general de acuerdo a la Edad





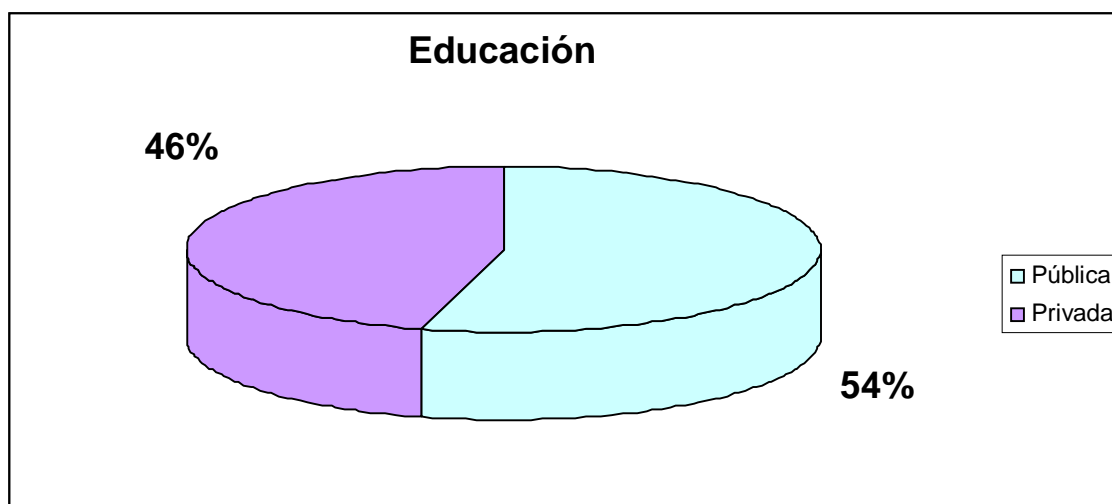
El 144 (46%) pertenecen a escuela privada; mientras que de escuela pública 170 (54%). Nivel de estudios superiores 1ero de preparatoria 116 (37%), 2do preparatoria 107 (34%) 3ero de preparatoria 91 (29%).

En la tabla 3 se muestran las características anteriores.

Tabla 3. Distribución general de acuerdo al Tipo de Educación (n=314)

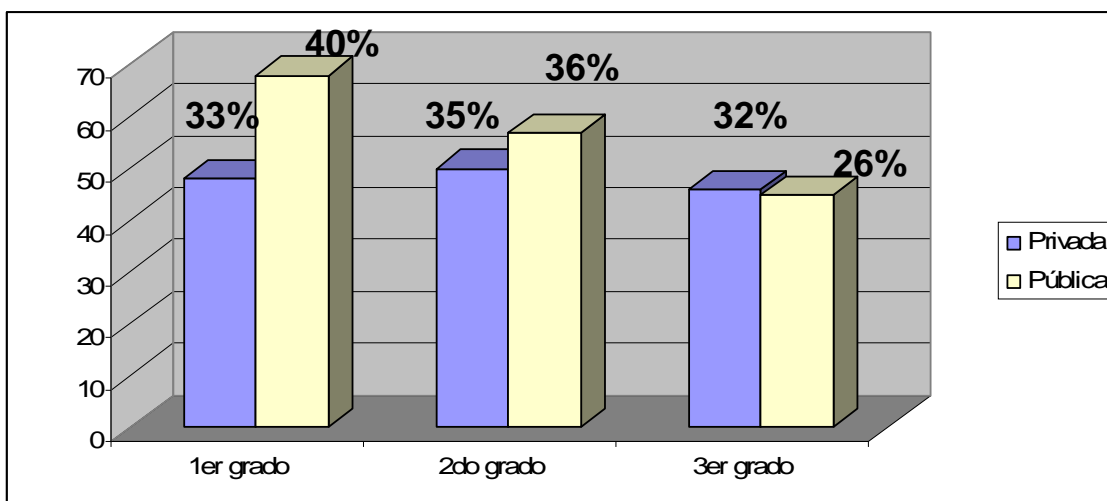
Tipo de educación	f	(%)
Pública	170	54
Privada	144	46
Total	314	100

Gráfica 3. Distribución general de acuerdo al Tipo de Educación (n=314)



Escolaridad	F	(%)
Pública	170	54%
1ero	68	40
2do	57	36
3ero	45	26
Privada	144	46%
1ero	48	33
2do	50	35
3ero	46	32

**Gráfico 4. Distribución general de acuerdo al Nivel de Escolaridad
(n=314)**



En cuanto al IMC estudiado en esta muestra, podemos observar que la masa corporal promedio, es de 21.57 (DE= 2.98), con el mínimo en 15.7 y el máximo en 33.6

Aunque la mayor parte de los sujetos se sitúan en niveles de peso normal, se puede observar que hay un alto porcentaje de sujetos con bajo peso (masa corporal <18.5) 38% y un 7% con sobrepeso. No aparecen grandes obesos (IMC > 40)

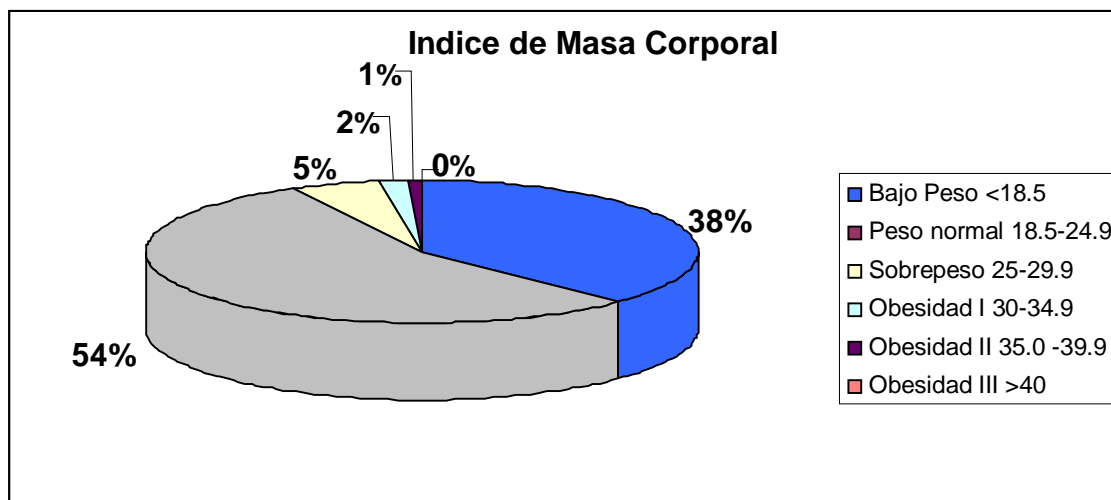
En la tabla 5, se muestra la distribución por grupos de acuerdo al índice de masa corporal.

Tabla 5. Distribución por grupos de masa corporal n= 314

IMC	f	(%)
Bajo peso <18.5	118	38
Peso normal 18.5 – 24.9	172	54
Sobrepeso 25 – 29.9	16	5
Obesidad I 30 – 34.9	5	2

Obesidad II 35.0 – 39.9	3	1
Obesidad III >40	0	0
Total	314	100

Figura 5 Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo al IMC.



RIESGO DE TCA

Se ha considerado como sujetos en riesgo de desarrollar TCA aquellos con puntuaciones mayor o igual a 20 en EAT-26. Se observa que de 314 sujetos de la muestra el 28% (87 sujetos) del total de la muestra se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de TCA.

Entre mayor puntaje en la encuesta mayor grado de severidad de los síntomas. No obstante, encontramos que 13 (4%) casos en los que podríamos presumir la existencia de un probable TCA, se trata de aquellos estudiantes que puntuaron más de 30 puntos en el EAT-26.

Tabla 6. Riesgo a desarrollar TCA n= 314

EAT-26 >20 puntos

TCA	f	(%)
Presente	67	21
Ausente	247	79
Total	314	100

Figura 6. Riesgo a desarrollar TCA n= 314

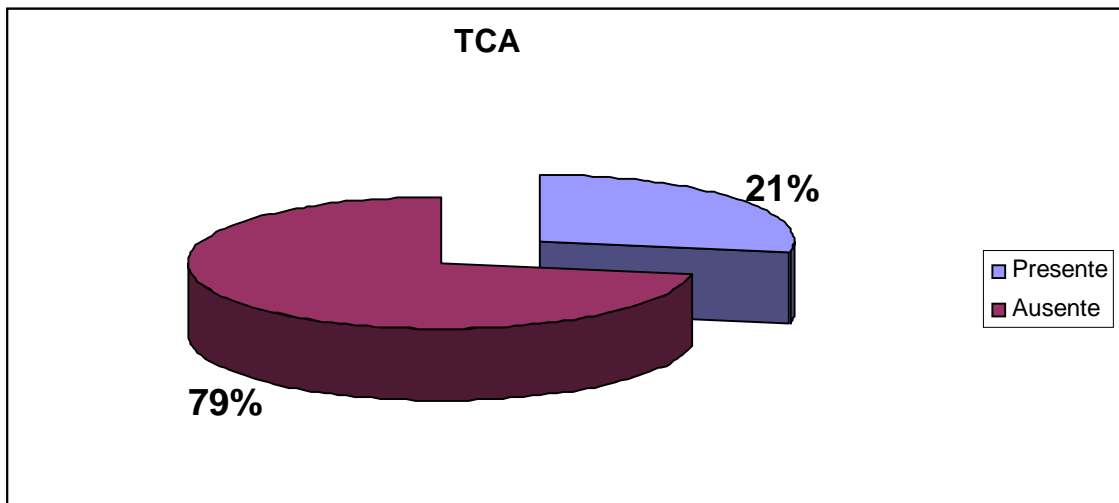
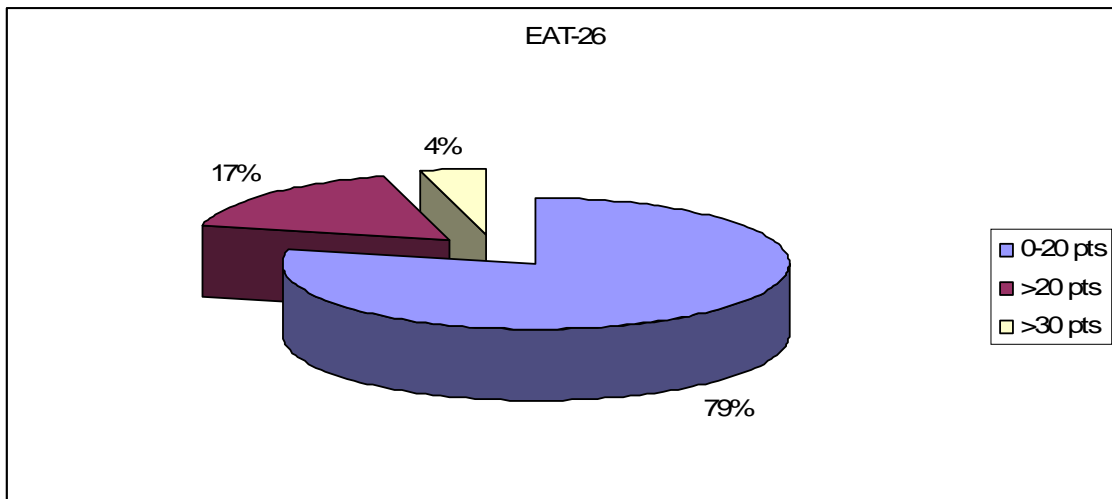


Tabla 7. Probable caso de TCA n= 314

EAT-26	f	(%)
> 20	54	17
>30	13	4
Total	67	21

Figura 7. Probable caso de TCA n= 314



2.7.2. RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE FACTORES DE RIESGO Y EL TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA CON UN PUNTO DE CORTE MAYOR O IGUAL A 20.

- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Se recategorizó la muestra en dos categorías en menores de 18 años y mayores de 18 años. El 67% de la muestra global tiene menos de 18 años de edad, mientras que el 32% de la muestra son mayores de 18 años.

De los 87 sujetos con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, los estudiantes de 15 años presentan sintomatología, siendo el grupo con mayor porcentaje de la muestra con 31%, los de 16 años 22%, los de 17 años 21%, los de 18 y 19 años ambos con un 13% los de 20 años 5% y ninguno de los de 21 años presentó sintomatología.

Con el fin de encontrar si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se realizó la comparación entre los dos grupos mediante la prueba de chi cuadrada, en donde se encontraron los siguientes valores: Valor de Chi cuadrada: 1.19, $gl=1$, $p=.003$. Se puede concluir en base a estos resultados que existe relación entre la edad de presentación y TCA, ya que la diferencia es significativa entre ambos grupos.

Sexo

Respecto al género, se encontró que el 51% % de la muestra son mujeres, de esta muestra, el 85% de las mujeres presentan sintomatología alimentaria, mientras que de los 154 hombres (49%), el 15% de estos presenta sintomatología. Se realizó la prueba de comparación chi cuadrada, obteniendo los siguientes valores: valor de Chi cuadrada: 5.60, $gl=1$, $p=0.001$ lo que significa que se encontró una relación significativa entre el sexo y TCA.

Tipo de Escuela/ Tipo de Educación

Se evaluó la relación entre el tipo de escuela y TCA, se dividieron a los grupos en dos tipos de educación, en privada y pública. Los datos analizados muestran que el 54.1% de los estudiantes pertenecen a la escuela pública, de estos el 41.3% (36) tienen sintomatología relacionada a trastornos de la conducta alimentaria., mientras que los que acuden a escuelas privadas 46% (144) el 59% presentan dicha sintomatología.

Los valores obtenidos son los siguientes: valor de chi cuadrada: 8.30, $gl=1$, $p=.004$. Por lo que es estadísticamente significativo, lo que significa que existe relación entre ambos grupos.

Escolaridad /grado escolar

Se evaluaron cada nivel de educación. No se encontró asociación entre el grado escolar y síntomas alimenticios. Se utilizó la prueba de chi cuadrada mostrando $\chi^2= 1.026$, $gl=1$, $p=.599$.

Tabla 8. Comparación entre estudiantes que presentan sintomatología alimentaria (punto de corte EAT -26 >20) y factores sociodemográficos.

EAT-26 punto de corte ≥ 20	f	%	χ^2	Gl	p
Edad					
15 - 15.11 años	23	31.	1.19	1	.003
16 - 16.11 años	19	22			
17 - 17.11 años	18	21			
18 - 18.11 años	11	13			
19 - 19.11 años	11	13			
20 - 20.11 años	4	5			
≥ 21 años	0	0			
Sexo					
Femenino	74	85	5.60	1	.001
Masculino	13	15			
Escuela					

Pública	36	41	8.30	1	.004
Privada	51	59			
Escolaridad			1.026	1	.599
1ero preparatoria	36	41			
2do preparatoria	27	31			
3ero preparatoria	24	28			

- IMC

De 118 estudiantes con IMC bajo peso el 61% de la muestra presentó sintomatología relacionada, el grupo de peso normal $n= 172$, el 34% presentó sintomatología, mientras que los de los grupos por arriba del peso normal el 45% de los de sobrepeso presentaron síntomas relacionados.

Con el objetivo de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se realizó la prueba de comparación chi cuadrada, obteniendo los siguientes valores: Valor de Chi cuadrada: .2.93, $gl=1$, $p=.001$. Por lo que se concluye que existen diferencias significativas entre ambos grupos con relación a la presencia de Trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 9. Comparación entre estudiantes que presentan sintomatología alimentaria (punto de corte EAT -26 >20) e Índice Masa Corporal.

EAT-26 punto de corte ≥ 20	f	%	χ^2	GI	p
IMC					
Bajo peso <18.5	53	61	2.93	1	.001
Peso normal 18.5 – 24.9	30	34			
Sobrepeso 25 – 29.9	4	5			
Obesidad I 30 – 34.9	0	0			
Obesidad II 35.0 – 39.9	0	0			

2.8. DISCUSIÓN

Este estudio fue diseñado como un esfuerzo por identificar la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en población susceptible y explicar los principales factores de riesgo que pueden estar implicados para desarrollar TCA y prevenir de posibles efectos adversos y consecuencias relacionados a esta. Se contó con una muestra de 314 estudiantes de dos instituciones que cumplieron con los criterios de inclusión, que aceptaron y que realizaron la evaluación.

Debido a la escasez de estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, en población mexicana, los resultados de esta investigación fueron comparados principalmente con estudios previos realizados en otras poblaciones a nivel internacional.

Los datos obtenidos en esta investigación permiten confirmar la presencia de estudiantes que se encuentran en riesgo de padecer algún tipo de TCA y de casos probables en una muestra de estudiantes representativas. Se observa que de 314 sujetos de la muestra el 28% (87 sujetos) del total de la muestra se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de TCA, mientras que

sólo .00000% (13 casos) se podría presumir de un probable caso de TCA, se trata de aquellos estudiantes que puntuaron más de 30 puntos en el EAT-26.

La frecuencia encontrada en nuestro estudio resulta similar a las cifras obtenidas en otros estudios que encuentran una prevalencia del 14% y al igual que un estudio realizado en Colombia por Piñero y cols en este año, en donde se halló un probable caso de TCA del 53.7% de los entrevistados.

Por otra parte, el estudio de King y cols el 13.5% de mujeres y el 2.7% de hombres de una muestra de 720 sujetos que respondieron al EAT-26 tuvieron puntaje superior a 20.

Aún así debemos recordar que el EAT-26 no es una herramienta de diagnóstico clínico, así lo han demostrado estudios recientes que lo utilizan más como un instrumento de filtro (*Vilela y cols, 2004; Lahortiga y cols, 2005*). Lo que podemos detectar a través de estos resultados es a un grupo de estudiantes que pueden ser considerados como población en riesgo debido a que tienen especial preocupación por los alimentos, su aspecto corporal y, en cierta medida, son susceptibles a la presión social para controlar su peso.

Los resultados generales encontrados en esta investigación han superado el número de casos con TCA que en otras investigaciones realizadas en la Ciudad de México, colocando a este grupo por encima de los estudios realizados a nivel nacional e internacional, probablemente porque las pruebas de tamizaje de TCA en adolescentes han mostrado una sobrevaloración de los síntomas, debido a la tendencia de los adolescentes a exagerar las respuestas.

En cuanto a los factores de riesgo que más hallamos relacionados con la aparición de TCA, han sido la edad, el género, el tipo de educación y el Índice de Masa Corporal.

Se encontró una asociación entre la edad y el riesgo a padecer TCA, tal pareciera que esta significancia es debido a que en nuestra muestra un 67% son menores de edad. Estos resultados coinciden con estudios previos en donde

muestran que la presentación a edades tempranas predice una peor evolución con bajas tasas de recuperación que aquellas a mayores de 18 años.

Tal como lo han descrito previamente Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz en 2002, en donde mostraron una edad de inicio de 16.5 años. El hecho puede ser entendido por los múltiples cambios que debe afrontar el ser humano en ese periodo de su ciclo vital en que transita de la adolescencia a la juventud. Tanto los cambios fisiológicos como emocionales hacen a las personas más vulnerables y susceptibles al desarrollo de un TCA.

En cuanto al género, también se ha relacionado como factor de riesgo alto para presentar TCA. Ya que se ha visto que las mujeres tienen una prevalencia de 15% frente al 2% de los hombres Woodside y cols 2001, Esta situación podría ser explicada por la teoría expuesta por Sullivan en 1998, de que las mujeres presentan mayor insatisfacción con la imagen corporal, tienen preocupaciones por engordar y quizá debido a que la presión social es más fuerte hacia este grupo. Sin embargo, es importante destacar que el porcentaje de hombres está cobrando importancia.

Se encontró una asociación entre el tipo de educación, con nivel económico alto y el riesgo de padecer TCA, tal pareciera que esta significancia es debido a que en nuestra muestra un 58.7% de los estudiantes con educación privada presentaron síntomas relacionados con TCA. Estos resultados coinciden con estudios previos en donde muestran que el tener facilidades para acudir a escuela privada, trae consigo exigencias de parte de los mismos alumno, estrés y mayor presión por desear una figura ideal y mantener un cuerpo delgado.

Con respecto al IMC y la asociación con TCA, se encontraron que los resultados de esta investigación concuerdan con lo encontrado en estudios previos, los cuales señalan que individuos con menor índice de masa corporal tienen mayor probabilidad de padecer TCA.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio realizado en estudiantes de preparatoria, se puede concluir que los TCA en estos individuos están asociados a factores individuales psicosociales.

Nuestro trabajo con una población representativa confirma los resultados encontrados anteriormente

Así mismo, al igual que en otros países, estos datos ponen en evidencia que en nuestra sociedad los TCA, suponen entre adolescentes y principalmente a la población femenina uno de los principales problemas de salud crónicos con incremento importante en las últimas décadas de prevalencia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación, se realizó como fines educativos y de carácter experimental, ya que emite su opinión respecto al estudio, no atenta en contra de su integridad.

2.9. LIMITACIONES

Se puede cuestionar el empleo del EAT-26, como cuestionario de cribado, dada la gran tendencia de los estudiantes por exagerar síntomas, así como copiar los modelos y las conductas por optar por métodos para bajar de peso, que exageran reflejan las actitudes y conductas alimentarias anormales en un cuestionario auto administrado. La a única forma de evitar por completo este sesgo sería la entrevista clínica aplicada a toda la muestra lo que incrementa los costos. El punto de corte utilizado en este estudio, de 20 en el EAT-26 sesga resultados y sobreestima la prevalencia de casos, no así el punto de corte de 30.

2.11. CONCLUSIONES

Entre los objetivos de esta investigación es tener una visión más clara de la prevalencia de TCA en una muestra con características representantitas a nivel

población, además de tener conocimientos más objetivos de los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de los TCA, ya que en México se cuenta con poca información de este tipo y de esta forma proveer de herramientas necesarias para que no solo especialistas sino los médicos del primer nivel de asistencia, consideren los factores de riesgo asociados, los identifiquen y canalicen a los individuos a instituciones en donde puedan ser atendidas de forma precoz y así poder reducir la aparición de TCA y prevenir de las posibles consecuencias que esta conlleva, siendo imprescindible llevar a cabo programas preventivos que impidan el incremento del problema.

Esta investigación ha rescatado la importancia de tomar en cuenta los síntomas en población masculina, puesto que se ha considerado un problema en las mujeres, sin considerar que hoy en día las tendencias se inclinan a un incremento en la prevalencia.

Es de interés principal, señalar que una vez que se conocen factores implicados sociodemográficos, índices antropométricos, y características sociales, en individuos con TCA, se pueda actuar de forma inmediata. Identificar a individuos con TCA tiene implicaciones tanto clínicas como epidemiológicas y sociales.

Si bien los datos obtenidos en el EAT-26 no proporcionan el diagnóstico de un TCA específico, sí facilita la identificación temprana de casos, expresa las tendencias en la conducta alimentaria que ponen en riesgo la salud física y mental y, con ello, proporcionar la atención oportuna. El uso del EAT como encuesta de aplicación es una alternativa de fácil aplicación, calificación para identificar de forma eficaz los casos.

Considerar la aplicación del EAT-26 como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre población femenina, particularmente en cuanto

a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Además de expresar las tendencias en la conducta alimentaria que ponen en riesgo la salud física y mental de los estudiantes.

En base a los resultados obtenidos nos permite recomendar el uso de este instrumento como alternativa breve, de fácil aplicación y calificación

Destacamos la importancia que tiene los TCA como un problema de salud frecuente, el cual debe ser atendido y reconocido por el personal de salud. Enfatizamos un adecuado seguimiento de los individuos que han presentado sintomatología relacionada a los TCA así como vigilancia estrecha.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agras W., Brandt H., Bulik C., Dolan-Sewell R., Fairburn C., Halmi K., Herzog D., Jimerson D., Kaplan S., Kaye W., le Grange D., Lock J., Michell J., Rudorfer M., Street L., Striegel-Moore R., Vitousek K., Walsh B., Wilfley D.: Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35(4):509-21.

Alaine Y., Current perspectives on the eating disorders: I History, psychological and biological aspects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28, 6: 813-26.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4th ed* rev. 1994. Washington, D.C

Attia E., Anorexia Nervosa: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 2010; 61 (1): 425–35.

Becker E., Grinspoon SK., Klibanski A., Herzog B.: Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999; 340: 1092-98.

Brooks S., Prince A., Stahl D., Campell C., Treasure J.: A systematic review & meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behavior. *Clinical Psychology*, 2010; 31 (1): 37.

Cooper MJ: Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2005; 25 (4): 511–31.

Cooley E., Toray T.; Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 2001; 30, 28-36.

Dancynger I., Garfinkel P., The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 1995; 25: 1019-25.

Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A., O'Connor M.E.; Risk factors for bulimia nervosa. A Community based case-control study. *Archives General Psychiatry*, 1997; 54(6), 509-517.

Feighner J P., Robins E., Guze S., Woodruff R A., Winokur G., Muñoz R.. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives General Psychiatry*, 1972; 26:57-63.

Garner D.M., Olmsted P., Bohr Y., Garfinkel,P.E. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982; 2: 871-878.

Gowers S. Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 236-42.

Halmi K., Sunday S., Strober M., Kaplan A., Woodside B., Fichter M., Treasure, J., Berrettini, H., Kaye H. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157: 1799-1805.

Harris E., Barraclough B., Excess mortality of mental disorder. *British Journal Psychiatry* 1998; 173: 11-53.

Jilon S., Vander W., Judith L., Gibbons M., The sociocultural model of Eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *J Eating Behaviors* 2008; 9: 277-284.

Johnson, J.G.; Cohen, P.; Kotler, L.; Kasen, S. & Brook, J.S. Psychiatric disorders associated with risk for development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002; 70, 1119-1128.

Johnson J, Cohen P, Kasen S, et al. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 2002; 59:545±552.

Kaye W, Gendall K, Kye C. The role of the central nervous system in the psychoneuroendocrine disturbances of anorexia and bulimia nervosa, *Psychiatric Clinics of North America*, 1998; 21(2):381-396.

Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB, Bergen AW, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Mauri M, Cassano G, Keel P, Plotnicov K, Pollice C, Seiheiki S., Chokurei SA., Klump KL, Lilenfeld LR, Devlin B, Quadflieg R, Berrettini WH. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161(12):2215-2221, 2004.

Keel P., Dorer J., Eddy T., Franko D., Charatan L., Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60(2): 179–83.

Mancilla M., Álvarez G., López X., Mercado L., Manríquez E., Román M. Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Sociales* 1998; 2:34-58.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder, 2004: London: British Psychological Society.

O'Dea J, Abraham S., Knowledges beliefs, attitudes, and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home

economics and physical education teachers. *Journal Nutrition Education*. 2001; 33:3 32-340.

Piñeros S., Molano J., López C., 2010 Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010; 39:3, 313-328

Rodríguez M., Novalbos P., Martínez M., Jiménez E., Epidemiological study of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European Journal Clinical Nutrition*. 2004; 58: 846-52.

Sonja A., Swanson S., Scott J., Crow M., Seiheiki S., Prevalence and Correlates of Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68 (7): 714-723.

Striegel-Moore R.H., Leslie D., Petrill S.A., Garvin, V., Honshaseshonei S., Rosenheck, R.A., One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 27(4), 381–389.

Sullivan P., Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1073-74.

Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cuning D, Doyle AC, Abascal LB, Rockwell R, Dev P, Winzelberg AJ, Wilfley DE. Prevention of Eating Disorders in At-risk College-age Women. *Archives of General Psychiatry*; 2006; 63(8):881-888.

Unikel C., Gómez G., Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*. 1999; 7(3): 417-29.

Unikel C., Villatoro J, Medina-Mora ME., Alcantar EN., Fleiz C, Hernández SA., Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista Investigación Clínica*. 2000; 52:140-147.

4. Anexos

5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p ej pan, arroz, papas)	Mujer/Hombre: _____ Edad: _____	Grado: _____	Peso: _____	Talla: _____		
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	EAT-26					
9. Vomito después de haber comido	Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 26 apartados. Delante de cada frase marque con una X el criterio que mejor refleje su situación actual					
10. Me siento muy culpable después de comer	Criterios operativos de valoración					
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
12. Procuro no comer aunque tenga hambre						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
3. Me preocupo mucho por la comida						
14. A veces me he "atrancado" de comida						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo sintiendo que era incapaz de parar de comer						

15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos light o de dieta						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						