



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina

Título: “Trastornos de la conducta alimentaria en alumnos del primer año de Medicina de la U.A.I. – Regional Rosario”.

Alumno: Liliana Lemelson

Tutor: Dr. Juan Carlos Trezzo

Fecha de presentación: mayo de 2006

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	6
Problema	18
Objetivos	18
Material y métodos.....	19
Resultados	21
Discusión	45
Conclusión	47
Bibliografía	49
Anexo.....	52

Resumen

El presente es un estudio de tipo descriptivo y transversal, realizado mediante encuestas en alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana – Regional Rosario, correspondiente al ciclo lectivo 2006. La muestra quedó conformada por 141 encuestas, relevadas durante los primeros días del mes de mayo de 2006.

El objetivo es analizar la frecuencia de presentación de las conductas relacionadas a los trastornos alimentarios y comparar la frecuencia de acuerdo al sexo.

Se arribó a las siguientes conclusiones:

- el 58,2% correspondía al sexo femenino y el 41,8% al sexo masculino.
- el 69,5 % eran menores de 20 años.
- el 4,3% de los alumnos referían evitar comer o merendar en presencia de otras personas.
- el 5,7% calculaban constantemente los gramos de grasa y las calorías.
- el 28,4% se pesaba frecuentemente.
- el 24,1% refería obsesionarse con la cifra de su peso.
- el 44,7% realizaba ejercicios porque sentía que debía hacerlos.
- el 39% tenía miedo de aumentar de peso.
- el 44% refirió haber sentido alguna vez estar fuera de control cuando comía.
- el 6,4% refería que sus hábitos alimenticios incluían dietas extremas.
- el 12,1% refirió que la pérdida de peso, hacer dieta y/o controlar los alimentos se han convertido en preocupaciones principales.
- el 11,3% refirió que no se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer.
- el 61,7% refirió preocuparse por el peso, la figura o talla de su cuerpo.
- el 7,8% sintió que su identidad y valores se basaban en cómo se veía o cuánto pesaba.

- el 62,4% deseaba que alguna parte de su cuerpo se vea diferente.
- el 26,2% estaba descontento con su reflejo en el espejo.
- el 29,8% no realizaba las cuatro comidas al día.
- el 60,3% no vivía con la familia.
- el 60,3% elaboraba todos los días su propia comida.
- el 46,8% refirió que los exámenes no modifican su conducta alimentaria, el 27% que come menos de lo habitual y el 26,2% que come más de lo habitual.
- el 9,2% utilizaba suplementos o complementos alimentarios o fármacos relacionados.
- el 11,6% afirmó haber tenido algún desorden o patología alimentaria (88,2% eran mujeres y 11,7% varones).

Introducción

En este trabajo se describen algunos trastornos de la conducta alimentaria en especial la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Además se menciona el trastorno no especificado de la conducta alimentaria y el trastorno por atracón.

La alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico. En el hipotálamo se encuentran ubicados los centros del hambre y saciedad, aunque gracias a la corteza cerebral estos coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto, todo ello con el objetivo de conseguir alimento.

No obstante el proceso no es tan mecánico como parece. El desarrollo psicológico también está influido por la alimentación. A través del seno materno el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación con la comida con estos afectos dura toda la vida, por esta causa ciertos estados emotivos como la ansiedad, depresión, alegría influyen en los procesos de alimentación.

En la sociedad occidental el acto de comer es un acto social. Se come de manera grupal y la forma como se come define a los diferentes grupos culturales. Es mediante la comida que se produce un acto de comunicación social y se da un proceso de cohesión e identificación en el grupo.

Un trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida.

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria, sintiéndose dependiente de esa idea.

La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir

a comer a restaurantes que sirvan comidas que “engordan” ingiriendo tan sólo una fruta o yogur en todo el día, de manera que la comida controla la vida de las personas que sufren este trastorno.

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 20 años, ya que es un período en el cual el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.

Podríamos decir que la publicidad y los medios de comunicación mediante la aparición de modelos o prototipos “perfectos” de hombre y mujer, bellos y muy delgados, son en parte, los responsables de la aparición de estos trastornos alimenticios en un adolescente enfermo, ya que en esta delicada etapa el adolescente esta en plena evolución tanto física como psíquica y está más propenso a caer en desarreglos alimenticios al no tener aún formado su cuerpo, ni su personalidad, ni su identidad.

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos.

Marco teórico

Desórdenes alimenticios ⁽¹⁾

Los desórdenes alimenticios son un problema emocional y físico que están asociados a una obsesión por la comida, el peso corporal y la figura. En general las personas que sufren de desórdenes alimenticios hacen dietas, ejercicios y/o comen en exceso. Estos comportamientos pueden tener serias consecuencias y pueden atentar incluso contra la vida. Los tipos de desórdenes alimenticios más comunes son la bulimia, anorexia y el comer desmesuradamente. Cada tipo tiene sus propias características y diagnóstico

De acuerdo con estadísticas de la Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (NEDA), por lo menos 10 millones de niñas y mujeres, y un millón de niños y hombres están lidiando con desórdenes alimenticios incluyendo la anorexia y la bulimia. Se estima que adicionalmente 25 millones de individuos lidian con el comer desmesuradamente. Los desórdenes alimenticios afectan en forma primaria a gente en el periodo de adolescencia hasta los 20 años, sin embargo los estudios indican la existencia de éstos tanto en niños menores de 6 años como en adultos mayores de 76 años. Las investigaciones demuestran que el 81 por ciento de jóvenes de 10 años tienen el temor de ser gordos.

Pese a que no existe una causa específica para desarrollar los desórdenes alimenticios, los expertos sugieren que una variedad de factores pueden incrementar el riesgo de que se presenten.

Los desórdenes alimenticios pueden presentarse por varios factores físicos, emocionales, sociales o familiares. Los factores que dirigen a personas hacia estos desórdenes vienen de la prensa, compañeros, padres, y la baja autoestima de la persona afectada.

Los desórdenes alimenticios pueden ser comunes también en personas que presentan depresión, desorden obsesivo-compulsivo y otras formas de desórdenes de ansiedad.

La gente joven con frecuencia desarrolla desórdenes alimenticios al lidiar con los cambios físicos y emocionales de la adolescencia. Además, pueden ser influidos por las imágenes que muestran los medios de comunicación de adolescentes irrealmente delgados.

Anorexia nerviosa ⁽²⁾

La anorexia nerviosa se caracteriza por ser un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso de ganar peso, y una significativa mal interpretación de su cuerpo y su forma. Existe una profunda distorsión de la imagen corporal y una implacable búsqueda de delgadez, que a menudo llega a la inanición.

Causas, incidencia y factores de riesgo ⁽³⁾

No se conoce la causa exacta de este trastorno, pero se cree que las actitudes sociales sobre la apariencia corporal y los factores familiares juegan un papel importante en su desarrollo.

Esta condición se presenta generalmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y especialmente a las mujeres. Afecta del 1 al 2% de la población femenina y sólo del 0.1 al 0.2% de los hombres.

Este trastorno se observa principalmente en mujeres caucásicas, de alto rendimiento académico o cuya familia o personalidad está orientada hacia el alcance de metas.

Algunos expertos han sugerido que los conflictos dentro de la familia pueden contribuir a la anorexia. Se cree que ésta es una forma que el niño utiliza para alejar la atención de los problemas maritales, por ejemplo, y unir a la familia.

Otros psicólogos han sugerido que la anorexia es un intento de las mujeres jóvenes para ganar control y no separarse de sus madres. Sin embargo, las causas aún no se han comprendido muy bien.

Manifestaciones clínicas ^(2,4)

El inicio de la anorexia nerviosa suele ocurrir entre los 10 y los 30 años.

En todos los pacientes esta presente un miedo intenso a ganar peso y convertirse en obesos. La mayoría de las conductas dirigidas a perder peso se realizan en secreto.

Los pacientes con anorexia nerviosa generalmente se rehúsan a comer con sus familiares o en lugares públicos.

La pérdida de peso se produce mediante la reducción drástica del total de la ingesta, con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos.

Algunos pacientes no pueden mantener continuamente el control sobre la restricción voluntaria de alimentos y entonces comen grandes cantidades de una vez. Estos atracones suelen ocurrir secretamente y a menudo por la noche; frecuentemente se siguen de vómito autoinducido. Los pacientes abusan de laxantes e incluso diuréticos para perder peso y de ejercicios ritualizados como bicicleta, caminar, jogging y correr.

Los pacientes con este trastorno exhiben un comportamiento peculiar acerca de la comida. Esconden comida por toda la casa y frecuentemente llevan grandes cantidades de dulces en los bolsillos y bolsos. Durante las comidas intentan deshacerse del alimento poniéndolo en las servilletas o escondiéndolo en los bolsillos. Cortan la carne en pequeños trozos y pasan mucho tiempo reordenándolos en el plato. Si se les confronta con su peculiar comportamiento, a menudo niegan que sea inusual, o bien rehúsan terminantemente a hablar de ello.

Otros síntomas psiquiátricos, que frecuentemente han sido observados en la anorexia nerviosa, son las conductas obsesivo-compulsivas, depresión y ansiedad. Los pacientes tienden a ser rígidos y perfeccionistas, y las quejas somáticas, especialmente las epigástricas, son usuales. También es común el robo compulsivo, generalmente de dulces y laxantes.

Se ha descrito frecuentemente un ajuste sexual deficiente en estos pacientes. Muchos adolescentes con anorexia nerviosa tienen un desarrollo social y

psicosocial retrasado; en los adultos, al inicio del trastorno presenta a menudo una marcada disminución del interés sexual.

Cuando la pérdida de peso es ya grande, aparecen signos físicos como hipotermia, edema dependiente, bradicardia, hipotensión y lanugo así como una variedad de cambios metabólicos.

Algunas mujeres con anorexia nerviosa buscan atención médica a causa de la amenorrea, que a menudo aparece antes de que la pérdida de peso sea notable.

Algunos pacientes se inducen el vómito o abusan de laxantes o diuréticos, lo cual produce una alcalosis hipopotasémica. Puede detectarse una alteración de la diuresis.

El DSM-IV identifica 2 tipos de anorexia nerviosa, el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo.

En los pacientes con anorexia nerviosa se detecta una elevada comorbilidad con trastornos del estado de ánimo: hasta un 50% de estos presentan depresión mayor o distimia.

El examen del estado mental suele mostrar un sujeto alerta, con muchos conocimientos sobre nutrición y que está preocupado por la comida y el peso.

Criterios diagnósticos DSM-IV para anorexia nerviosa ⁽⁵⁾

- A- rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, 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 periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
- B- miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C- Alteración de la percepción del peso 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.

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Complicaciones ⁽³⁾

Deshidratación severa que posiblemente lleva a **shock** cardiovascular

Arritmias cardíacas relacionadas con la pérdida de músculo cardíaco y desequilibrio de electrolitos

Desequilibrio de los electrolitos (como la insuficiencia de potasio)

Desnutrición severa

Deficiencia de la **glándula tiroides** que puede llevar a que se presente intolerancia al frío y estreñimiento

Aparición de **vello** corporal fino similar al de los bebés (lanugo)

Edema o distensión

Disminución en el conteo de **glóbulos blancos** que lleva al aumento de la susceptibilidad a las infecciones

Osteoporosis.

Erosión y caries **dentales** con el vómito autoinducido

Convulsiones relacionadas con el cambio de líquidos debido a la diarrea o vómito excesivos.

Tratamiento ⁽³⁾

El desafío mayor en el tratamiento de la anorexia nerviosa es hacer que el paciente reconozca que el trastorno en la alimentación es en sí un problema y no una solución a otros problemas. Sin embargo, la mayoría de las personas que sufren este tipo de anorexia niegan tener un problema alimentario. Por lo tanto, casi la totalidad de ellos ingresan al tratamiento cuando su condición está bastante avanzada.

El propósito del tratamiento es restaurar el peso corporal normal y los hábitos alimentarios y luego intentar resolver cualquier problema psicológico. En algunos casos, se puede recomendar la hospitalización del paciente (generalmente cuando el peso corporal cae por debajo del 30% del peso esperado).

Los cuidados de apoyo suministrados por los médicos, una terapia de comportamiento estructurado, la psicoterapia y la terapia con drogas antidepresivas son algunos de los métodos que se utilizan como tratamiento.

En los casos de desnutrición grave y potencialmente mortal se puede requerir alimentación intravenosa.

En el tratamiento de la anorexia hay que tener en cuenta el nivel de pérdida de peso del sujeto y si hay una gran pérdida, con posible riesgo para la vida, se impone una hospitalización del sujeto.

Desde la perspectiva médica el tratamiento consisten en la administración de fármacos básicamente antianoréxicos, ansiolíticos y antidepresivos.

Desde el modelo psicodinámico se opta por la psicoterapia cuyo objetivo es resolver los conflictos internos que se suponen a la base del trastorno.

Desde una perspectiva cognitivo conductual el tratamiento debe ir dirigido a cubrir los siguientes objetivos:

1. Establecimiento o incremento de la cooperación por parte del paciente (eje., contrato de conducta).
2. Establecimiento de hábitos de comida y peso adecuados (mediante refuerzo diferencial - medio hospitalario o familiar-).
3. Modificar las actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso (técnicas de inundación o desensibilización).
4. Hacer desaparecer los episodios de bulimia (técnicas de exposición o prevención de respuesta).
5. Modificar el factor sumisión-dependencia (técnicas cognitivas -eje., Terapia Racional Emotiva de Ellis-).
6. Eliminar el miedo al contacto corporal, a las relaciones sexuales (Exposición, desensibilización sistemática).
7. Modificar las relaciones familiares.

8. Mantenimiento de los resultados a largo plazo (seguimiento de 1 ó 2 años).

Bulimia nerviosa

Es un trastorno consistente en atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Se acompaña de sentimientos de estar fuera de control. ⁽²⁾

La persona bulímica también puede sufrir de anorexia nerviosa, un trastorno en la alimentación que involucra una pérdida de peso crónica y severa que progresa a inanición; sin embargo, muchos bulímicos no sufren de anorexia. ⁽³⁾

Causas, incidencia y factores de riesgo ⁽⁴⁾

Con la bulimia, pueden presentarse episodios de ingestión excesiva de alimentos con una frecuencia de varias veces al día durante muchos meses. Dichos episodios provocan una sensación de autorechazo, que lleva a la adopción de comportamientos compensatorios, como el vómito provocado o el ejercicio excesivo.

Una persona con bulimia consume también laxantes, diuréticos o enemas en forma excesiva con el fin de evitar el aumento de peso.

Tales comportamientos pueden ser muy peligrosos y llevar a que se presenten complicaciones médicas graves con el tiempo. Por ejemplo, el ácido estomacal que se introduce en el esófago (el tubo que va de la boca al estómago) durante los vómitos frecuentes puede causar daños permanentes en esta área.

Las mujeres resultan afectadas con más frecuencia que los hombres.

La persona afectada generalmente es consciente de que su patrón de alimentación es anormal y puede experimentar miedo o culpa asociada con los episodios de ingestión excesiva de alimento y purgas. Aunque el comportamiento generalmente es secreto, las claves para descubrir este trastorno incluyen actividad excesiva, hábitos o rituales de alimentación peculiares y verificación frecuente del peso.

El peso corporal usualmente es normal, aunque la persona se puede percibir a sí misma con sobrepeso. Si la bulimia está acompañada de anorexia, el peso corporal puede ser extremadamente bajo.

Se desconoce la causa exacta de la bulimia, pero se piensa que los factores que contribuyen a su desarrollo son: problemas familiares, comportamientos perfeccionistas y un excesivo énfasis en la apariencia física. La bulimia puede estar asociada a la depresión y ocurre más frecuentemente en mujeres adolescentes.

Manifestaciones clínicas ⁽²⁾

Existen episodios recurrentes de atracones de comida; un sentimiento de pérdida de control sobre la comida durante el atracón; autoinducción del vómito, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno o excesivo ejercicio para evitar el aumento de peso; y una persistente e indebida autoevaluación influenciada por la silueta corporal y el peso.

El atracón precede al vomito habitualmente un año.

Los vómitos son comunes y normalmente se inducen introduciéndose los dedos en la garganta. El vómito disminuye el dolor abdominal y el sentimiento de estar lleno y permite a los pacientes continuar comiendo sin miedo a ganar peso. La depresión suele seguir al episodio y ha sido llamada angustia post-atracón.

Durante los atracones los pacientes comen alimentos dulces, altos en calorías. Algunos prefieren comidas muy voluminosas sin importarles el sabor. Suelen comer rápido y a escondidas y , muchas veces, sin masticar.

La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa tienen un peso dentro de la normalidad, pero algunos pueden estar por encima o por debajo. Estos pacientes se preocupan por su figura corporal y su apariencia, por como les ven los demás y por su atractivo sexual. La mayoría se mantienen sexualmente activos, a diferencia de los pacientes con anorexia. La pica y los forcejeos durante las comidas aparecen en las historias de los pacientes bulímicos.

Los pacientes que sufren de bulimia nerviosa del tipo purgativo pueden presentar un riesgo elevado de experimentar determinadas complicaciones

médicas, como hipocalcemia debida al vomito o abuso de laxantes, y la alcalosis hipoclorémica. Aquellos que vomitan repetidamente, corren el riesgo de desgarros gástricos y esofágicos, aunque estas complicaciones son raras. Así, los pacientes que se purgan pueden tener una evolución diferente de los que se dan atracones y luego hacen dieta y ejercicio.

La bulimia nerviosa aparece en personas con tasas elevadas de trastornos del ánimo y del control de los impulsos.

También se observa en aquellos con trastornos relacionados con sustancias y en una variedad de trastornos de la personalidad.

Los pacientes con bulimia nerviosa tienen además tasas elevadas de ansiedad, trastorno bipolar e historias de abuso sexual.

Criterios diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa ⁽⁵⁾

A- presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1)ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 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.

2)sensación de pérdida de control sobre la ingesta de 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 las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D- La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa 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 laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Complicaciones ⁽⁴⁾

- Pancreatitis
- Caries dental
- Inflamación de la garganta
- Anormalidades electrolíticas
- Deshidratación
- Estreñimiento
- Ruptura/rompimiento del esófago
- Hemorroides

Tratamiento

Una aproximación cognitivo-conductual tiene que combinar diferentes estrategias entre las que cabe destacar:

- Refuerzo positivo de una ingesta adecuada.
- Técnicas de autocontrol hacia las conductas de comer.
- Desensibilización o exposición en vivo para controlar la ansiedad que el paciente experimenta antes de comer.
- Terapia cognitiva
- Contrato conductual.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Esta es una categoría residual para aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen criterios diagnósticos para un trastorno específico de la conducta alimentaria.

Criterios DSM-IV para el trastorno de la conducta alimentaria no especificado ⁽⁵⁾

Se encuentran todos los criterios para diagnosticar anorexia, salvo que tiene menstruaciones regulares (las bulímicas a veces pierden también las menstruaciones, cuando están por debajo del peso esperado y cuando alcanzan el peso óptimo, el ciclo menstrual no se regula inmediatamente, puede durar de 6 meses a un año en restablecerse)

Se encuentran todos los criterios para la anorexia, salvo que a pesar de una pérdida significativa de peso, se encuentra dentro de los grados normales.

Se encuentran todos los criterios para diagnosticar bulimia, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a 2 veces por semana, o hace menos de 3 meses.

Un individuo de peso normal que se embarca en mecanismos compensatorios inadecuados después de ingerir pequeña cantidad de comida. Ej: vómitos inducidos después de comer 2 galletitas de agua (no tiene atracones). ⁽²⁾

Un individuo que reiteradamente mastica y escupe pero no traga.

Desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de comportamientos compensatorios inadecuados característico de la bulimia. Esta conducta es típica de obesos (se comen todo un día y luego siguen comiendo normalmente).

Trastorno por Atracones ⁽⁶⁾

Se caracteriza por la presencia de atracones sin ir acompañados de conducta compensatoria inadecuada; por lo que provocan aumento de peso. La persona muestra un profundo malestar al recordar los atracones y una relación con la

comida llena de angustia, culpa y vergüenza. Es requisito que no aparezca en el curso de una anorexia ni una bulimia nerviosa. Se inicia en la edad adulta (entre los 18 y 30 años) y remite con el tiempo. La personas que lo padecen suelen tener antecedentes de obesidad en su familia, presentan hábitos de comida muy alterados y gran disforia por su sobrepeso

La conducta de comer compulsivo, como otras conductas adictivas como compras y juego, se caracteriza por una potente estimulación de las vías mesolímbicas dopaminérgicas: tecto-acumbens y nigroestriada. Esta estimulación actúa como un poderoso reforzador, genera fenómenos de escala en la frecuencia de la conducta por habituación del efecto y de *craving* o necesidad ansiosa, especialmente en periodos vitales de depresión, frustración o falta de estímulos y actividad motivante . Por otra parte se ha hallado la capacidad de la sobreingesta de carbohidratos de estimular la actividad serotoninérgica y opoide, ambas deficitarias en cuadros depresivos, por lo que los atracones tendrían un efecto antidepresivo reforzante.

Problema

¿Con qué frecuencia se presentan los trastornos de la conducta alimentaria en la población de estudiantes universitarios, correspondiente al 1º año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana- Regional Rosario?.

Objetivos

- Analizar la frecuencia de presentación de las conductas relacionadas a los trastornos alimentarios.
- Comparar la frecuencia de presentación de las conductas relacionadas a los trastornos alimentarios de acuerdo al sexo.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y transversal, en base a las encuestas realizadas sobre los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana – Regional Rosario, correspondiente al ciclo lectivo 2006.

El instrumento de recolección de datos fue una encuesta impresa, confeccionada para tal fin, con preguntas cerradas y abiertas (ver anexo 1). La cual fue autoadministrada por los propios alumnos.

La muestra quedó conformada por 141 encuestas, relevadas durante los primeros días del mes de mayo de 2006.

Para ser incluidos en la población estudiada era necesario ser alumno regular del primer año de la carrera de Medicina.

Las variables analizadas fueron:

- Sexo: femenino o masculino
- Edad: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- ¿Evitás comer o merendar cuando hay alrededor otras personas? : sí o no.
- ¿Calculás constantemente los gramos de grasa y el número de calorías?: sí o no.
- ¿Te pesás frecuentemente?: sí o no
- ¿Te obsesionás con la cifra de tu peso? : sí o no.
- ¿Hacés ejercicios porque sentís que debes hacerlos? : sí o no.
- ¿Tenés miedo de aumentar de peso? : sí o no.
- ¿Sentiste alguna vez estar fuera de control cuando comés? : sí o no.
- ¿Tus hábitos alimenticios incluyen esquemas de dietas extremas a la hora de la comida?: sí o no.
- Pérdida de peso, hacer dietas y/o controlar los alimentos que ingerís ¿se ha convertido en unas de tus preocupaciones principales? : sí o no.
- ¿Te sentís avergonzada(o), disgustada(o) o culpable después de comer? : sí o no.

- ¿Te preocupás por el peso, la figura, o talla de tu cuerpo? : sí o no.
- ¿Sentís que tu identidad y valores están basados en cómo te ves o cuánto pesas? : sí o no.
- ¿Deseás que alguna parte de tu cuerpo sea diferente? : sí o no.
- ¿Estás descontenta/o con tu reflejo en el espejo? : sí o no.
- ¿Desayunás, almorzás, merendás y cenás todos los días? : sí o no.
- ¿Vivís con tu familia? : sí o no.
- ¿Cocinás o elaborás vos tus propias comidas todos los días? : sí o no.
- ¿Los exámenes influyen en tu forma de alimentarte? : a- comés más de lo habitual, b- comés menos de lo habitual, c- no modificás tu conducta alimentaria.
- ¿Utilizás algún tipo de complemento o suplemento alimentario, o fármaco relacionado? : sí o no.
- ¿Tuviste algún desorden alimentario o patología relacionada a la alimentación? : sí o no.

Los datos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excell, se tabularon ordenados de acuerdo al sexo y la edad (ver anexo 2).

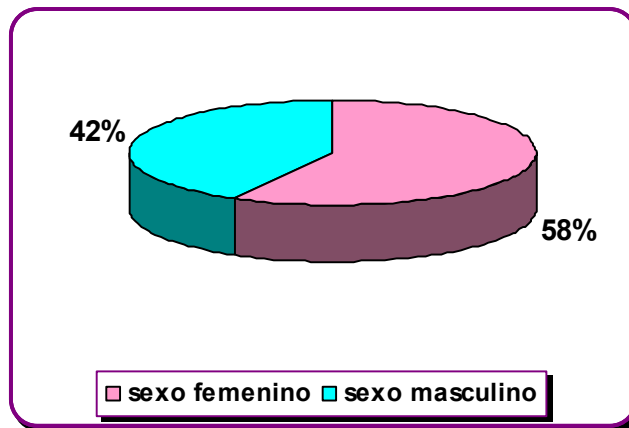
Para el análisis de los datos se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de análisis estadístico de tendencia central y frecuencias.

Resultados

- Sexo de la población estudiada.

Sexo		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sexo femenino	82	0,582
sexo masculino	59	0,418
Total	141	

***Tabla 1:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población estudiada.*



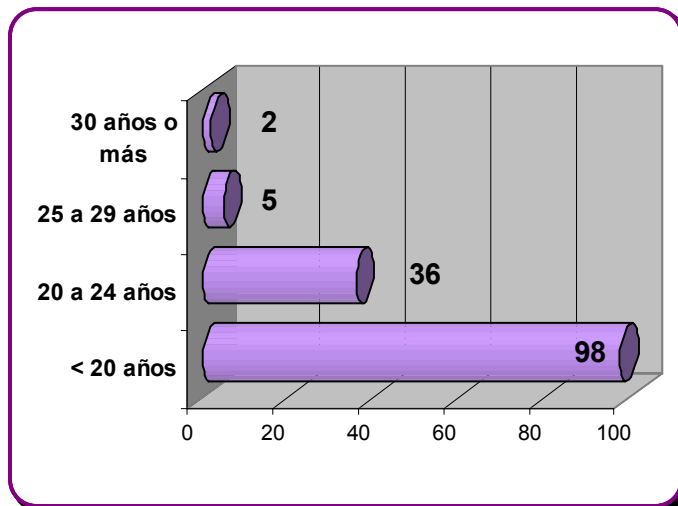
***Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población estudiada.*

Del total de la población estudiada ($n=141$), el 58,2% corresponde al sexo femenino y el 41,8% al sexo masculino.

- Edad

Edad		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
< 20 años	98	0,695
20 a 24 años	36	0,255
25 a 29 años	5	0,035
30 años o más	2	0,014
Total	141	

***Tabla 2:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población estudiada.*



***Gráfico 2:** distribución de las frecuencias absolutas de la edad de la población estudiada.*

La población presentó un promedio de edad de 19,4 años, una mediana de 22 años y un modo de 18 años.

El 69,5 % se ubicaba en el rango de menores de 20 años; el 25,5% entre los 22 y 24 años; el 3,5% entre los 25 y 29 años y el 1,4% de 30 años o más.

- ¿Evitás comer o merendar cuando hay alrededor otras personas?

¿Evitás comer o merendar cuando hay alrededor otras personas?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	6	0,043
no	135	0,957
Total	141	

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si evita comer en presencia de otras personas.

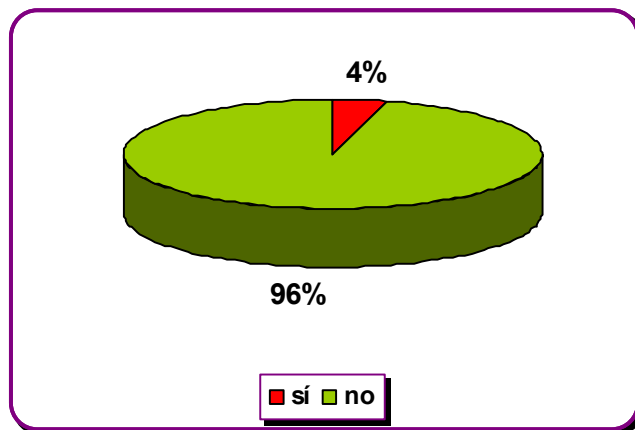


Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas de si evita comer en presencia de otras personas.

El 95,7% refiere que no evita comer o merendar en presencia de otras personas, en cambio, el 4,3% evita comer o merendar en presencia de otras personas.

- ¿Calculás constantemente los gramos de grasa y el número de calorías?

¿Calculás constantemente los gramos de grasa y el número de calorías?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	8	0,057
no	133	0,943
Total	141	

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si calcula gramos de grasa y calorías constantemente.

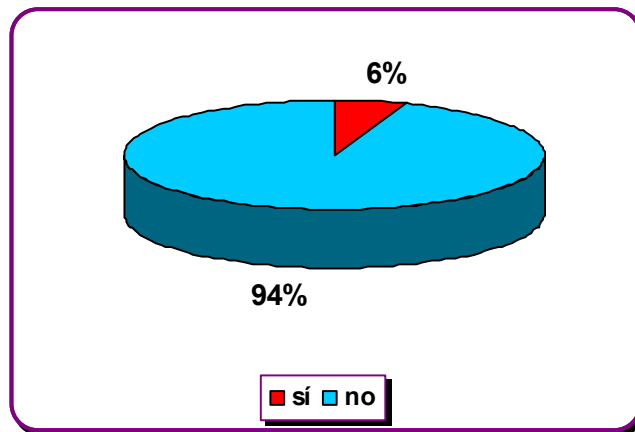


Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de si calcula gramos de grasa y calorías constantemente.

El 94,3% refiere que no calcula constantemente los gramos de grasa y las calorías, en cambio, el 5,7% refiere que calcula constantemente los gramos de grasa y las calorías.

- ¿Te pesás frecuentemente?

¿Te pesás frecuentemente?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	40	0,284
no	101	0,716
Total	141	

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se pesa frecuentemente.

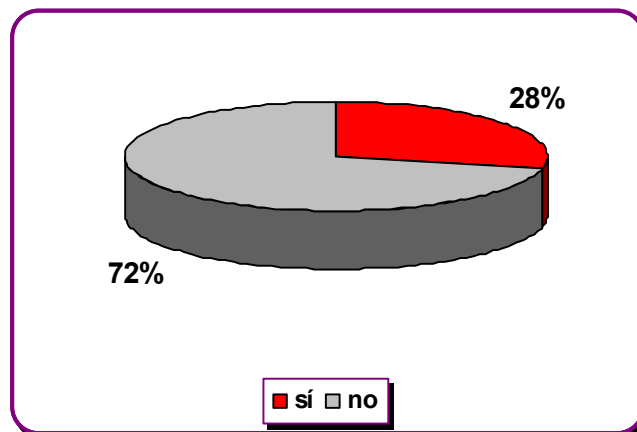


Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de si se pesa frecuentemente.

El 71,6% refiere que no se pesa frecuentemente, en cambio, el 28,4% refiere que se pesa frecuentemente.

- ¿Te obsesionas con la cifra de tu peso?

¿Te obsesionas con la cifra de tu peso?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	34	0,241
no	107	0,759
Total	141	

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se obsesiona con la cifra de su peso.

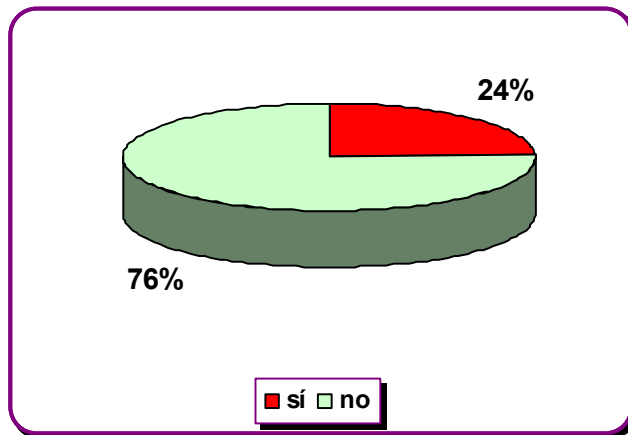


Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de si se obsesiona con la cifra de su peso.

El 75,9% refiere que no se obsesiona con la cifra de su peso, en cambio, el 24,1% refiere obsesionarse con la cifra de su peso.

- ¿Hacés ejercicios porque sentís que debés hacerlos?

¿Hacés ejercicios porque sentís que debés hacerlos?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	63	0,447
no	78	0,553
Total	141	

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si realiza ejercicios porque siente que debe hacerlos.

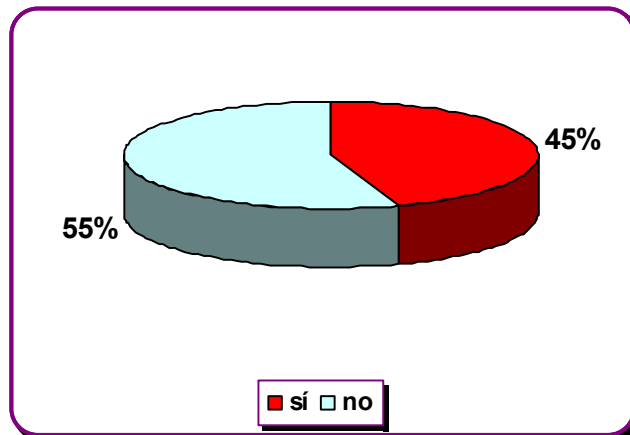


Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de si realiza ejercicios porque siente que debe hacerlos.

El 55,3% refiere que no realiza ejercicios porque siente que debe hacerlos, en cambio, el 44,7% refiere que realiza ejercicios porque siente que debe hacerlos.

- ¿Tenés miedo de aumentar de peso?

¿Tenés miedo de aumentar de peso?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	55	0,390
no	86	0,610
Total	141	

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tiene miedo de aumentar de peso.

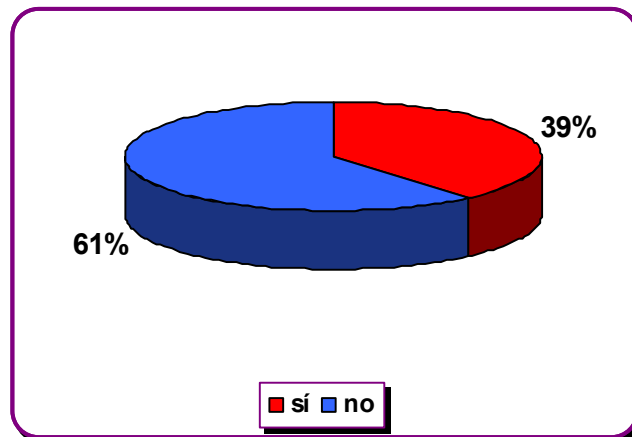


Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de si tiene miedo de aumentar de peso.

El 61% no tiene miedo de aumentar de peso, en cambio, el 39% refiere tener miedo de aumentar de peso.

- ¿Sentiste alguna vez estar fuera de control cuando comés?

¿Sentiste alguna vez estar fuera de control cuando comés?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	62	0,440
no	79	0,560
Total	141	

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si sintió estar fuera de control cuando come.

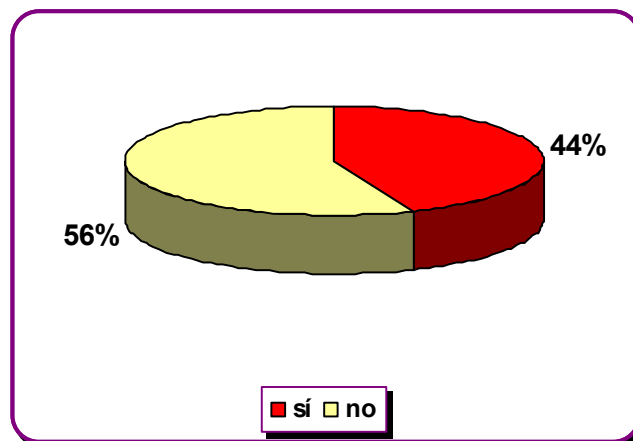


Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de si sintió estar fuera de control cuando come.

El 56% refirió no haber sentido nunca estar fuera de control cuando come, en cambio, el 44% refirió haber sentido alguna vez estar fuera de control cuando come.

- ¿Tus hábitos alimenticios incluyen esquemas de dietas extremas a la hora de la comida?

¿Tus hábitos alimenticios incluyen esquemas de dietas extremas a la hora de la comida?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	9	0,064
no	132	0,936
Total	141	

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si los hábitos incluyen dietas extremas.

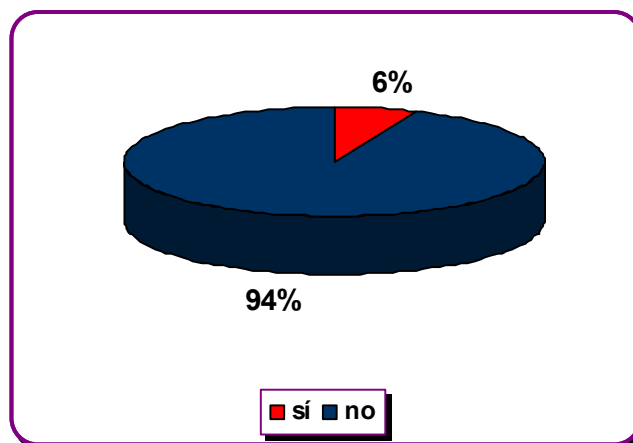


Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de si los hábitos incluyen dietas extremas.

El 93,6% refirió que sus hábitos alimenticios no incluyen dietas extremas, en cambio, el 6,4% refirió incluir dietas extremas.

- Preocupaciones principales

Pérdida de peso, hacer dietas y/o controlar los alimentos que ingerís ¿se ha convertido en unas de tus preocupaciones principales?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	17	0,121
no	124	0,879
Total	141	

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las principales preocupaciones.

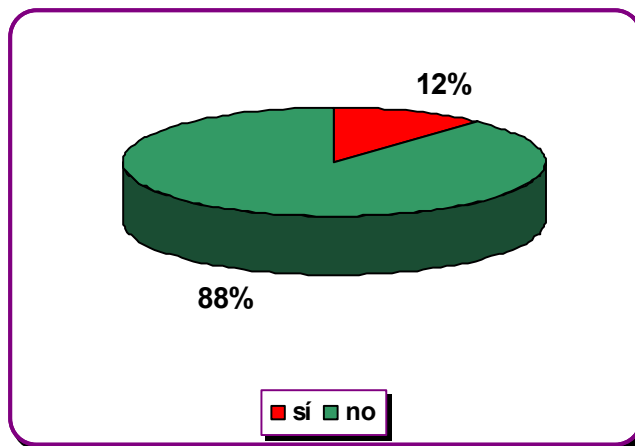


Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas de las principales preocupaciones.

El 87,9% refirió que la pérdida de peso, hacer dieta y/o controlar los alimentos no se han convertido en preocupaciones principales, en cambio en el 12,1% estas acciones se convirtieron en las principales preocupaciones.

- ¿Te sentís avergonzado, disgustado o culpable después de comer?

¿Te sentís avergonzada(o), disgustada(o) o culpable después de comer?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	16	0,113
no	125	0,887
Total	141	

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer.

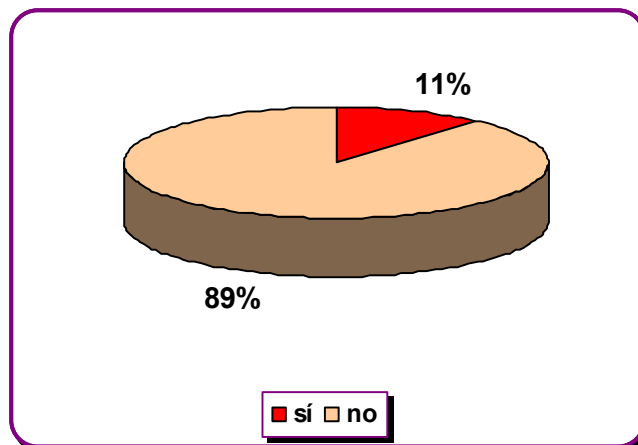


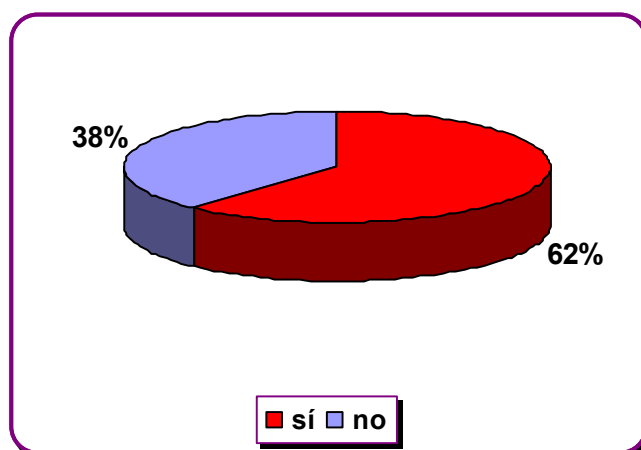
Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de si se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer .

El 88,7% refirió que no se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer, en cambio, el 11,3% se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer.

- ¿Te preocupás por el peso, la figura o talla de tu cuerpo ?

¿Te preocupás por el peso, la figura, o talla de tu cuerpo?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	87	0,617
no	54	0,383
Total	141	

***Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se preocupa por el peso, la figura o talla de su cuerpo.*



***Gráfico 13:** distribución de las frecuencias relativas de si se preocupa por el peso, la figura o talla de su cuerpo.*

El 61,7% refirió preocuparse por el peso, la figura o talla de su cuerpo y el 38,3% refirió no preocuparse.

- ¿Sentís que tu identidad y valores están basados en cómo te ves o cuánto pesás?

¿Sentís que tu identidad y valores están basados en cómo te ves o cuánto pesas?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	11	0,078
no	130	0,922
Total	141	

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si siente que su identidad y valores se basan en como se ve o cuánto pesa.

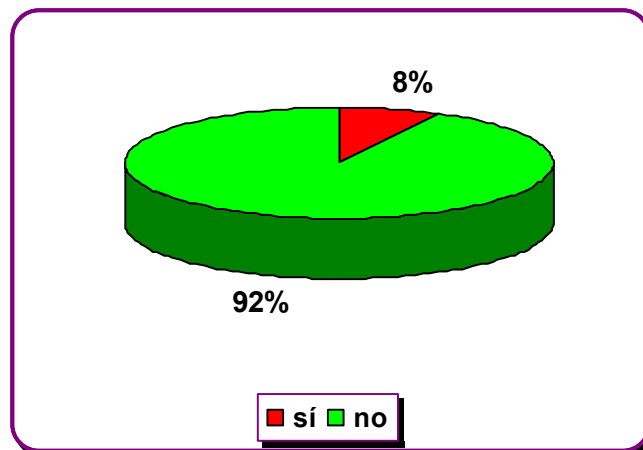


Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas de si siente que su identidad y valores se basan en como se ve o cuánto pesa.

El 92,2% refiere que no siente que su identidad y valores se basen en cómo se ve o cuánto pesa, en cambio, el 7,8% refiere sentir que su identidad y valores se basen en cómo se ve o cuánto pesa.

- ¿Deseás que alguna parte de tu cuerpo sea diferente?

¿Deseás que alguna parte de tu cuerpo sea diferente?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	88	0,624
no	53	0,376
Total	141	

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si desea que alguna parte de su cuerpo se vea diferente.

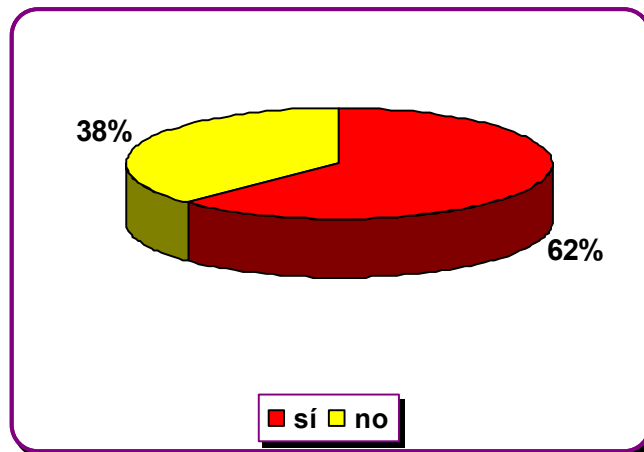


Gráfico 15: distribución de las frecuencias relativas de si desea que alguna parte de su cuerpo se vea diferente.

El 62,4% desea que alguna parte de su cuerpo se vea diferente y el 37,6% no lo desea.

- ¿Estás descontento con tu reflejo en el espejo?

¿Estás descontenta/o con tu reflejo en el espejo?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	37	0,262
no	104	0,738
Total	141	

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si está descontento con su reflejo en el espejo.

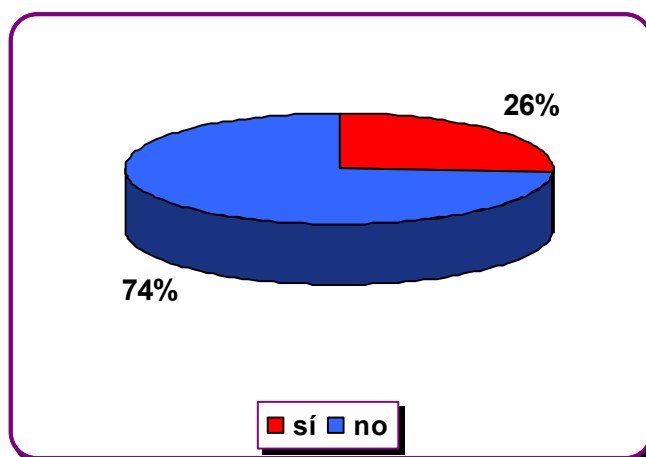


Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas de si está descontento con su reflejo en el espejo.

El 73,8% no está descontento con su reflejo en el espejo y el 26,2% sí lo está.

- ¿Desayunás, almorzás, merendás y cenás todos los días?

¿Desayunás, almorzás, merendás y cenás todos los días?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	99	0,702
no	42	0,298
Total	141	

Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si realiza las cuatro comidas al día.

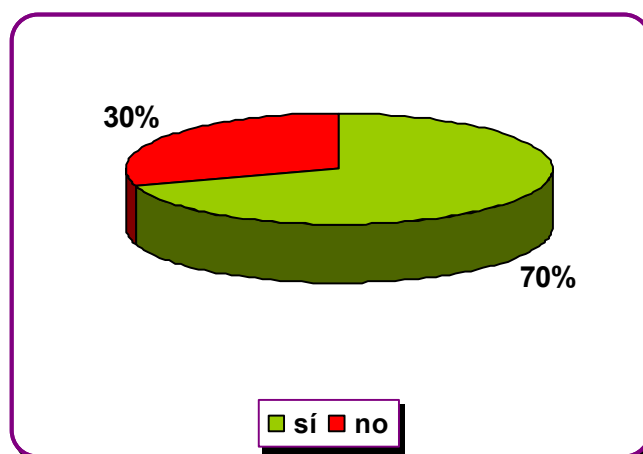


Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de si realiza las cuatro comidas al día.

El 70,2% realiza las cuatro comidas al día, en cambio, el 29,8% no las realiza.

- ¿Vivís con tu familia?

¿Vivís con tu familia?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	56	0,397
no	85	0,603
Total	141	

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si vive con la familia.

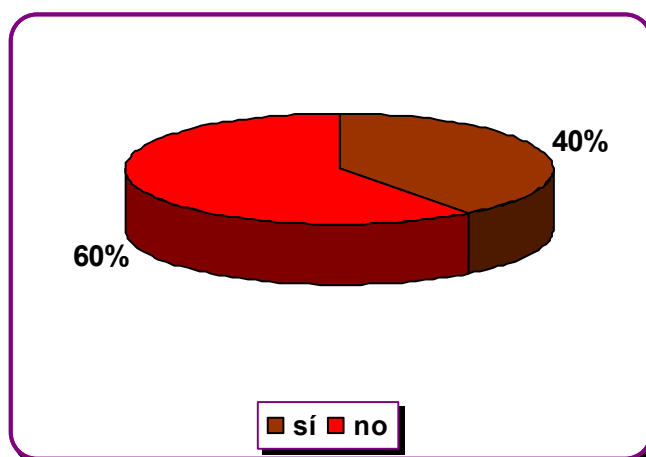


Gráfico 18: distribución de las frecuencias relativas de si vive con la familia.

El 60,3% refiere no vivir con la familia y el 39,7% refiere vivir con su familia.

- ¿Elaborás tus propias comidas todos los días?

¿Cocinás o elaborás vos tus propias comidas todos los días?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	85	0,603
no	56	0,397
Total	141	

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si elabora todos los días su propia comida.

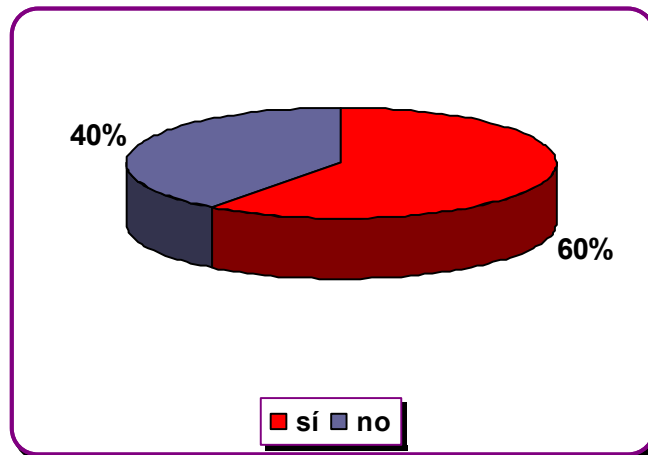


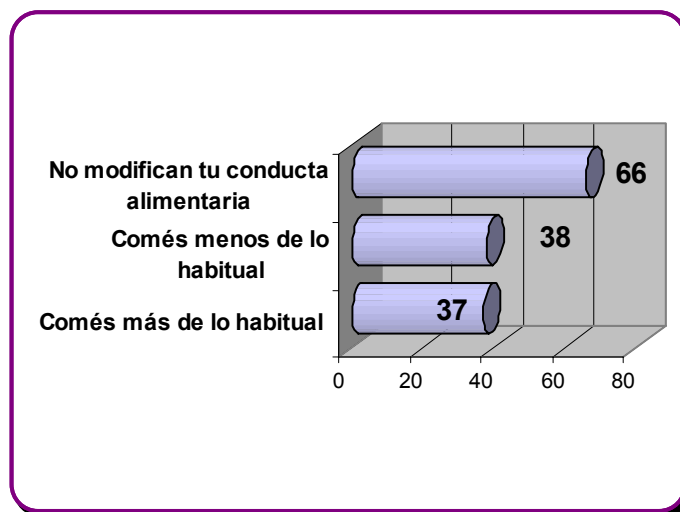
Gráfico 19: distribución de las frecuencias relativas de si elabora todos los días su propia comida.

El 60,3% refiere elaborar todos los días su propia comida y el 39,7% refiere no hacerlo.

- ¿Influyen los exámenes en tu forma de alimentarte?

¿Los exámenes influyen en tu forma de alimentarte?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
Comés más de lo habitual	37	0,262
Comés menos de lo habitual	38	0,270
No modifican tu conducta alimentaria	66	0,468
Total	141	

***Tabla 20:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si los exámenes influyen en su forma de alimentarse.*



***Gráfico 20:** distribución de las frecuencias relativas de si los exámenes influyen en su forma de alimentarse.*

El 46,8% refiere que los exámenes no modifican su conducta alimentaria, el 27% refiere que come menos de lo habitual y el 26,2% refiere que come más de lo habitual.

- ¿Utilizás algún tipo de complemento o suplemento alimentario, o fármaco relacionado?

¿Utilizás algún tipo de complemento o suplemento alimentario, o fármaco relacionado?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	13	0,092
no	128	0,908
Total	141	

Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si utiliza complementos, suplementos alimentarios o fármacos relacionados.

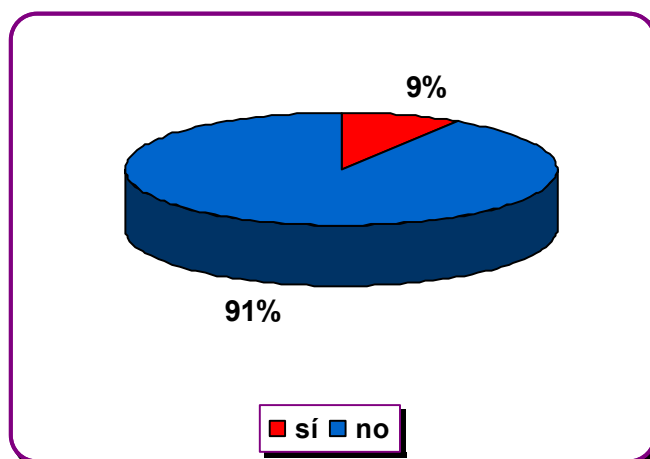


Gráfico 21: distribución de las frecuencias relativas de si utiliza complementos, suplementos alimentarios o fármacos relacionados.

El 90,8% refiere que no utiliza suplementos o complementos alimentarios o fármacos relacionados, en cambio, el 9,2% sí los utiliza.

- ¿Tuviste algún desorden alimentario o patología relacionada a la alimentación?

¿Tuviste algún desorden alimentario o patología relacionada a la alimentación?		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sí	17	0,116
no	129	0,884
Total	146	

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo algún desorden o patología alimentaria.

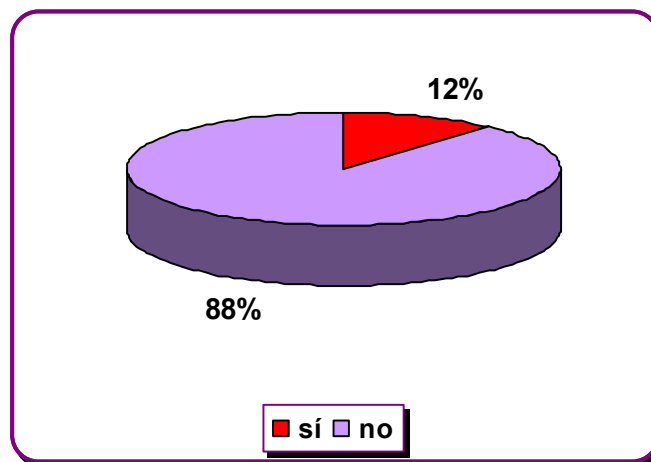


Gráfico 22: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo algún desorden o patología alimentaria.

El 88,4% refiere no haber tenido desorden o patología alimentaria, en cambio, el 11,6% refiere haber tenido algún desorden o patología alimentaria.

- Tipo de desorden o patología alimentaria

Desorden o patología		
	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
sin especificar	7	0,412
no hacia todas las comidas	1	0,059
anorexia	7	0,412
bulimia	1	0,059
dislipidemia	1	0,059
Total	17	

Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de desorden o patología alimentaria.

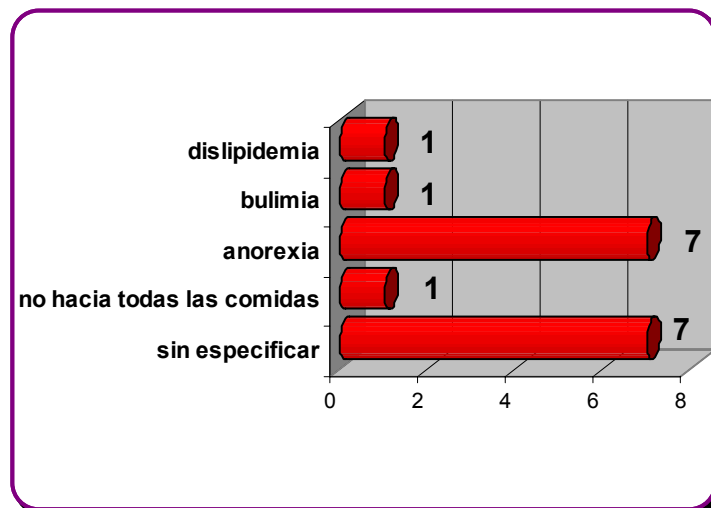


Gráfico 23: distribución de las frecuencias absolutas del tipo de desorden o patología alimentaria.

Del total de la población que refiere haber padecido algún tipo de desorden o patología alimentaria (n=17), el 41,2% no especifica de qué tipo; el 41,2% refiere anorexia; el 5,9% bulimia; el 5,9% dislipidemia y el 5,9% refiere un desorden relacionado con alguna comida.

Desorden o patología en relación al sexo

	sexo	
	femenino	masculino
sin especificar	5	2
no hacia todas las comidas	1	0
anorexia	7	0
bulimia	1	0
dislipidemia	1	0
Total	15	2

Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de desorden o patología alimentaria, según sexo.

El 88,2% de los desórdenes o patologías alimentarias se presentan en el sexo femenino y el 11,7% en el sexo masculino (el tipo de desorden o patología correspondía al sin especificar).

Discusión

Se trabajó con un total de 141 encuestas realizadas a los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la UAI – regional Rosario. La población se componía mayormente por alumnos menores de 20 años, con una distribución por sexos relativamente homogénea.

El 4,3% de los alumnos referían evitar comer o merendar en presencia de otras personas (*gráfico 3*) En otros estudios se afirma que esta conducta es una de las primeras señales de los trastornos de la conducta alimentaria. ⁽⁷⁾

La bibliografía referida al tema señala que calcular constantemente los gramos de grasa y las calorías es una conducta encontrada en el 100% de los jóvenes con algún trastorno de la conducta alimentaria (estar pendiente de lo que come, si es engordante o no, etc.) ^(7,8,9) en nuestra población esta conducta se presentó en el 5,7%.

El hecho de pesarse frecuentemente es otra conducta característica, cuando ya está establecido el trastorno de la conducta alimentaria, el 100% de los afectados la presentan. ^(7,9,10) En nuestro estudio el 28,4% de la población se pesaba frecuentemente.

La actividad física se asocia a la intención de pérdida de peso, otras investigaciones afirman que el 95% de las mujeres asocia la actividad física como medio para perder peso. ^(8,11) En nuestra encuesta el 44,7% que realizaba ejercicios refería que sentía que debía hacerlos y el 24,1% refería obsesionarse con la cifra de su peso.

El miedo a aumentar de peso constituye otro síntoma o manifestación temprana de los trastornos alimenticios, como lo afirman muchos autores ^(7,9,12) aquí encontramos que el 39% tenía miedo de aumentar de peso, cifra que es bastante elevada para una población promedio y el 44% refirió haber sentido alguna vez estar fuera de control cuando comía.

El 6,4% refería que sus hábitos alimenticios incluían dietas extremas. (*gráfico 10*) Un elevado porcentaje comparado con la prevalencia que se demuestra en otros

países, lo que refuerza que los trastornos de la conducta alimentaria son problemas referidos al ambiente socio-cultural e histórico que rodea a los adolescentes y jóvenes. ^(8,13,14)

Menos del 12% de nuestra población refirió que la pérdida de peso, hacer dieta y/o controlar los alimentos se han convertido en preocupaciones principales y que no se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer.

En general, el porcentaje de jóvenes disconformes y preocupados por su peso es del 70%. ^(9,11,13) nuestro estudio refleja una cifra bastante similar (61,7%).

El 7,8% refirió que sintió que su identidad y valores se basen en cómo se ve o cuánto pesa.

Otros estudios realizados en adolescentes y jóvenes muestran que casi el 90% está disconforme con su propio cuerpo. ^(9,10,12,14) Nuestro estudio refleja que el 62,4% deseaba que alguna parte de su cuerpo se vea diferente.

El 30% de la población estaba descontento con su reflejo en el espejo y no realizaba las cuatro comidas al día.

El 60% refería no vivir con la familia y elaborar todos los días su propia comida.

El 46,8% refirió que los exámenes no modifican su conducta alimentaria, el 27% que come menos de lo habitual y el 26,2% que come más de lo habitual.

El 9,2% utilizaba suplementos o complementos alimentarios o fármacos relacionados. *(gráfico 21)* Esta conducta va en aumento a partir de la aparición de nuevos trastornos, como ser, la vigorexia. ^(15,16,17)

El 11,6% afirmó haber tenido algún desorden o patología alimentaria. *(gráfico 22)* De éstos, el 41,2% no especificaba de qué tipo; el 41,2% refería anorexia; el 5,9% bulimia; el 5,9% dislipidemia y el 5,9% desorden relacionado con alguna comida. *(tabla 23)* En cuanto a su distribución, el 88,2% se presentaban en el sexo femenino y el 11,7% en el sexo masculino. Cifras similares se encuentran en estudios realizados en otras poblaciones. ^(7,8,10,17)

Conclusión

De las 141 encuestas realizadas a los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la UAI – regional Rosario:

- el 58,2% correspondía al sexo femenino y el 41,8% al sexo masculino.
- el 69,5 % eran menores de 20 años.
- el 4,3% de los alumnos referían evitar comer o merendar en presencia de otras personas.
- el 5,7% calculaban constantemente los gramos de grasa y las calorías.
- el 28,4% se pesaba frecuentemente.
- el 24,1% refería obsesionarse con la cifra de su peso.
- el 44,7% realizaba ejercicios porque sentía que debía hacerlos.
- el 39% tenía miedo de aumentar de peso.
- el 44% refirió haber sentido alguna vez estar fuera de control cuando comía.
- el 6,4% refería que sus hábitos alimenticios incluían dietas extremas.
- el 12,1% refirió que la pérdida de peso, hacer dieta y/o controlar los alimentos se han convertido en preocupaciones principales.
- el 11,3% refirió que no se siente avergonzado, disgustado o culpable después de comer.
- el 61,7% refirió preocuparse por el peso, la figura o talla de su cuerpo.
- el 7,8% sintió que su identidad y valores se basaban en cómo se veía o cuánto pesaba.
- el 62,4% deseaba que alguna parte de su cuerpo se vea diferente.
- el 26,2% estaba descontento con su reflejo en el espejo.
- el 29,8% no realizaba las cuatro comidas al día.
- el 60,3% no vivía con la familia.
- el 60,3% elaboraba todos los días su propia comida.

- el 46,8% refirió que los exámenes no modifican su conducta alimentaria, el 27% que come menos de lo habitual y el 26,2% que come más de lo habitual.
- el 9,2% utilizaba suplementos o complementos alimentarios o fármacos relacionados.
- el 11,6% afirmó haber tenido algún desorden o patología alimentaria (88,2% eran mujeres y 11,7% varones).

Bibliografía

- 1) MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. Instituto Nacional de Salud. Trastornos alimentarios. Versión en inglés revisada por: A.D.A.M. editorial. Previously reviewed by Benoit Dubé, M.D., Department of Psychiatry, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network 1 –29, 2001
- 2) Kaplan, H.I.; Sadock,B.J. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta y psiquiatría clínica. 8º ed. Ed. Panamericana. España, Capítulo 23: 816-835, 2001.
- 3) MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. Instituto Nacional de Salud. Capítulo anorexia nerviosa. Versión en inglés revisada por: A.D.A.M. editorial. Previously reviewed by Benoit Dubé, M.D., Department of Psychiatry, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network 1 –29, 2001
- 4) MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. Instituto Nacional de Salud. Capítulo Bulimia. Versión en inglés revisada por: A.D.A.M. editorial. Previously reviewed by Benoit Dubé, M.D., Department of Psychiatry, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network 1 –29, 2001
- 5) American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association. 909 pp. 1994.
- 6) Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del

comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 424pp. 1992.

- 7) Lewinsohn, P.M., R.H. Striegel-Moore y J.R. Seeley Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39: 1284-1292, 2000.
- 8) Gómez, G. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología* Vol. 10: 17-26. 2003
- 9) Unikel, C. y G. Gómez Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología* Vol. 16 No. 4: 121-126, 1996.
- 10) Unikel, C., J.A. Villatoro, M.E. Medina, C.F. Bautista, E.N. Alcántar y S.A. Hernández Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil de Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*. Vol. 52, No. 2: 140-146, 2000.
- 11) Garfinkel, P.E., y D.M. Garner Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Nueva York: . Brunner/Mazel 264 pp. 2002.
- 12) Hudson, J. I., H.G. Pope, D. Yurgelun-Todd et. al. A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 144: 1238- 1287, 1987.
- 13) Spitzer, R.L., S. Yanovski y T. Wadden. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 13: 137-153, 1993.

- 14)Marín,V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes
Rev. chil. nutr. v.29 n.2 Santiago ago. 2002.
- 15)Behar A R, De la Barrera CM, Michelotti CJ. Identidad de género y
trastornos de la conducta alimentaria. Rev Méd Chile; 129(9): 1003-
11, 2000.
- 16)Robb, A. Eating disorders in children. Diagnosis and age-specific treatment.
Psych Clin North America; 24(2) 2001.
- 17)Powers, P. and Santana, C. Eating disorders. A guide for the primary care
physician. Primary Care; Clin Office Practice; 29(1) 2002.

Anexo

Anexo 1

ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS ALIMENTARIAS

1. Edad
2. Sexo F M
3. Turno
4. ¿Evitás comer o merendar cuando hay alrededor otras personas?
 Sí No
5. ¿Calculás constantemente los gramos de grasa y el número de calorías?
 Sí No
6. ¿Te pesás frecuentemente?
 Sí No
7. ¿Te obsesionás con la cifra de tu peso?
Sí No
8. ¿Hacés ejercicios porque sentís que debes hacerlos?
 Sí No
9. ¿Tenés miedo de aumentar de peso?
 Sí No
10. ¿Sentiste alguna vez estar fuera de control cuando comés?
 Sí No
11. ¿Tus hábitos alimenticios incluyen esquemas de dietas extremas a la hora de la comida?
 Sí No
12. Pérdida de peso, hacer dietas y/o controlar los alimentos que ingerís ¿se ha convertido en unas de tus preocupaciones principales?
 Sí No
13. ¿Te sentís avergonzada(o), disgustada(o) o culpable después de comer?
 Sí No

14. ¿Te preocupás por el peso, la figura, o talla de tu cuerpo?
 Sí No
15. ¿Sentís que tu identidad y valores están basados en cómo te ves o cuánto pesas?
 Sí No
16. ¿Deseás que alguna parte de tu cuerpo sea diferente?
 Sí No
17. ¿Estás descontenta/o con tu reflejo en el espejo?
 Sí No
18. ¿Desayunás, almorzás, merendás y cenás todos los días?
 Sí No
19. ¿Vivís con tu familia?
 Sí No
20. Cocinás o elaborás vos tus propias comidas todos los días?
 Sí No
21. ¿Los exámenes influyen en tu forma de alimentarte?
 a. Comés más de lo habitual
 b. Comés menos de lo habitual
 c. No modifican tu conducta alimentaria
22. ¿Utilizás algún tipo de complemento o suplemento alimentario, o fármaco relacionado?
 Sí No
23. ¿Tuviste algún desorden alimentario o patología relacionada a la alimentación?
 Sí No
¿Cuál?.....

Anexo 2

Tabulación de los datos

	Sexo	Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Desorden o patología
1	F	17	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
2	F	17	N	S	N	S	S	S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	N	S	C	N	N	
3	F	17	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	A	N	S	no hacia todas las comidas
4	F	17	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	A	N	N	
5	F	17	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	C	N	N	
6	F	17	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	B	N	N	
7	F	17	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	A	N	S	anorexia
8	F	17	S	S	N	S	S	S	N	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
9	F	17	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
10	F	17	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	B	N	S	sin especificar
11	F	18	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	A	N	N	
12	F	18	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	S	N	S	N	A	N	N	
13	F	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	C	N	N	
14	F	18	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	C	N	N	
15	F	18	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
16	F	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
17	F	18	N	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N	C	N	N	
18	F	18	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	A	N	N	
19	F	18	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	A	N	S	sin especificar
20	F	18	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S	A	S	N	
21	F	18	N	N	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	C	N	N	
22	F	18	N	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	N	S	N	S	C	S	S	sin especificar
23	F	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	A	N	N	
24	F	18	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	S	S	N	S	B	N	N	
25	F	18	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	S	C	N	N	
26	F	18	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	C	N	N	
27	F	18	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	A	N	N	
28	F	18	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	C	N	N	
29	F	18	N	N	S	S	N	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
30	F	18	N	N	N	S	N	S	S	N	S	N	S	N	S	S	N	N	S	B	N	N	
31	F	18	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	N	S	A	N	N	
32	F	18	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
33	F	18	N	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	N	N	A	N	N	
34	F	18	N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	S	A	N	N	

35	F	18	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	A	N	S	sin especificar	
36	F	18	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	N	S	A	N	S	anorexia	
37	F	18	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	C	N	N		
38	F	18	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	S	S	N	N	S	B	N	N	
39	F	18	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	C	S	N	
40	F	18	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	C	N	N	
41	F	19	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	C	N	N	
42	F	19	N	N	N	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S	S	S	N	S	A	N	N	
43	F	19	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	A	N	N	
44	F	19	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	C	N	N	
45	F	19	N	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	N	S	B	N	N	
46	F	19	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
47	F	19	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	C	N	N	
48	F	19	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	A	N	N	
49	F	19	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	B	N	N	
50	F	19	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	B	N	N	
51	F	19	N	N	S	S	N	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	C	N	N	
52	F	19	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	C	N	N	
53	F	19	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	C	N	N	
54	F	19	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	B	N	N	
55	F	19	N	S	N	S	N	S	S	S	N	N	S	N	S	N	N	S	S	B	N	N	
56	F	19	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	B	N	N	
57	F	19	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	S	N	S	S	N	S	S	C	N	N	
58	F	19	N	N	S	S	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	N	A	N	S	bulimia
59	F	20	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	S	N	B	N	N	
60	F	20	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
61	F	20	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	C	N	N	
62	F	20	S	N	N	S	N	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	N	N	A	N	S	anorexia
63	F	20	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	C	N	N	
64	F	20	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	A	N	N	
65	F	20	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	N	C	S	S	anorexia	
66	F	21	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	S	A	N	N	
67	F	21	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	A	N	N	
68	F	21	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	C	N	N	
69	F	21	N	N	N	S	N	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	S	N	B	N	S	anorexia
70	F	22	N	N	N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
71	F	22	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	B	S	S	anorexia
72	F	22	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	S	N	N	S	C	N	S	dislipidemia
73	F	23	N	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N	N	S	C	N	N	
74	F	23	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	C	N	S	anorexia
75	F	23	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	C	N	N	
76	F	23	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	B	N	N	
77	F	24	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	B	N	N	
78	F	25	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	S	N	S	N	S	N	S	A	N	N	
79	F	25	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
80	F	29	N	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	A	N	N	
81	F	30	N	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	C	N	S	sin especificar
82	F	31	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	S	N	S	N	S	N	N	A	N	N	

83	M	17	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	C	N	N	
84	M	17	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	C	N	N	
85	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	C	N	N		
86	M	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	A	N	N		
87	M	18	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	C	N	N			
88	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	C	N	N		
89	M	18	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	C	N	N		
90	M	18	N	S	S	S	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N	C	N	N	
91	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	A	N	N		
92	M	18	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	B	N	N	
93	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	C	N	N		
94	M	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	A	N	N		
95	M	18	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	A	N	N	
96	M	18	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	B	N	N	
97	M	18	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	S	B	N	N	
98	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	S	S	A	N	N	
99	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	B	N	N	
100	M	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	C	N	N	
101	M	18	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	C	S	N		
102	M	18	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	C	N	N	
103	M	18	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	S	N	S	N	N	C	N	N		
104	M	18	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	A	N	N	
105	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	C	N	N		
106	M	18	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	N	S	S	S	S	C	S	N		
107	M	18	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	B	N	N	
108	M	18	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	B	S	N	
109	M	18	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	S	N	S	N	C	N	N	
110	M	18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	C	N	N	
111	M	18	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	C	N	N	
112	M	19	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	C	N	N		
113	M	19	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	C	N	N	
114	M	19	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	N	S	C	N	N	
115	M	19	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	S	sin especificar
116	M	19	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	B	N	N		
117	M	19	N	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	C	N	N	
118	M	19	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	C	N	N	
119	M	19	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	B	N	N	
120	M	19	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	B	N	N	
121	M	19	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	C	N	N	
122	M	19	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	A	S	N	
123	M	20	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N	
124	M	20	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	C	N	N	
125	M	20	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
126	M	20	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	C	N	N	
127	M	20	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	A	N	N		
128	M	20	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	N	N	A	N	N	
129	M	20	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	C	S	N		
130	M	20	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	C	N	N	

131	M	21	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	B	N	N		
132	M	21	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	B	N	N	
133	M	21	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	C	S	N		
134	M	22	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	C	N	N	
135	M	22	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	C	N	N	
136	M	23	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	A	N	N	
137	M	23	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	B	N	N	
138	M	24	S	S	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	B	S	S	sin especificar
139	M	24	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	B	N	N	
140	M	26	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	A	N	N		
141	M	27	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	N	S	C	S	N	

Referencias:

- 1- ¿Evitas comer o merendar cuando hay alrededor otras personas?
- 2- ¿Calculas constantemente los gramos de grasa y el número de calorías?
- 3-¿Te pesas frecuentemente?
- 4-¿Te obsesionas con la cifra de tu peso?
- 5-¿Haces ejercicios porque sentís que debes hacerlos?
- 6-¿Tenés miedo de aumentar de peso?
- 7- ¿Sentiste alguna vez estar fuera de control cuando comés?
- 8- ¿Tus hábitos alimenticios incluyen esquemas de dietas extremas a la hora de la comida?
- 9-Pérdida de peso, hacer dietas y/o controlar los alimentos que ingerís ¿se ha convertido en unas de tus preocupaciones principales?
- 10-¿Te sentís avergonzada(o), disgustada(o) o culpable después de comer?
- 11-¿Te preocupás por el peso, la figura, o talla de tu cuerpo?
- 12-¿Sentís que tu identidad y valores están basados en cómo te ves o cuánto pesas?
- 13- ¿Deseás que alguna parte de tu cuerpo sea diferente?
- 14- ¿Estás descontenta/o con tu reflejo en el espejo?
- 15-¿Desayunás, almorzás, merendás y cenás todos los días?
- 16- ¿Vivís con tu familia?
- 17-¿Cocinás o elaborás vos tus propias comidas todos los días?
- 18- ¿Los exámenes influyen en tu forma de alimentarte?
 - a-Comés más de lo habitual
 - b-Comés menos de lo habitual
 - c-No modifican tu conducta alimentaria
- 19- ¿Utilizás algún tipo de complemento o suplemento alimentario, o fármaco relacionado?
- 20- ¿Tuviste algún desorden alimentario o patología relacionada a la alimentación?