

TRASTORNOS ALIMENTARIOS,
ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL
EN ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN

AUTORA

María Eugenia Guglielmo

*“El trabajo más importante al que podemos aspirar
no es el de la transformación del mundo,
sino el de la transformación de nosotros mismos.”*
Karol Józef Wojtyła, Juan Pablo II

*Dedicado a mi Abuela Emilia,
Mi Estrella, Mi Angel, Mi Luz.*

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mis padres, quienes por su esfuerzo me dieron la posibilidad de estudiar.
- ❖ A mi Hermana Luciana, por acompañarme siempre incondicionalmente y por darme confianza y ánimo para seguir adelante día a día.
- ❖ A mi Abuela Norma, mis Tíos Omar y Nora, y Primos Ariel, Natalia y Germán.
- ❖ A mis amigos, hermanos que me dio la vida, Mariana, Cristian, Nicolás, Emanuel, Ignacio y Julia. Y a todas sus familias.
- ❖ A quienes me acompañan desde hace tantos años, Belén, Julia, Rocío, Facundo y Damián.
- ❖ A todos mis compañeros que compartieron mis días en la Universidad, en especial a FlorHu, Caro, Lula, FlorG y Lucas.
- ❖ A mis compañeras de trabajo y amigas, Victoria, Mónica y Julieta. A Wanda, Julia, Sol, Antonella, Natalia, Soledad y Carla. A Carola y Alejandra.
- ❖ A mi tutora Lisandra Viglione, por dedicarme su tiempo, por su predisposición y cariño.
- ❖ A Vivian, a Santiago y todo el equipo de Investigación, por sus exigencias y compromiso en este trabajo.
- ❖ A las profesoras Karina Zamorano, Lisandra Viglione e Ivonne Corti por cederme tiempo de sus clases para que pueda realizar el trabajo de campo; a todos los alumnos que participaron y a Ignacio Porras su ayuda en la recopilación de datos.
- ❖ A Mi Amor, Ignacio, el gracias más grande por llenarme la vida de LUZ. Te amo con el amor más incondicional que se pueda tener en el mundo y te voy a agradecer por todo cada día de mi vida.

¡Muchas Gracias a Todos!

María Eugenia.

ABSTRACT

En la actualidad, los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de alimentos en la interacción social, ejercen una notable influencia en la población universitaria. El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre el año alcanzado de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA con el riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, el Estado Nutricional y el Grado de Ansiedad. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal donde se evalúa a 160 universitarios de ambos sexos de todos los años de la carrera, que bajo consentimiento aceptan participar del estudio.

Encontramos un alto porcentaje de universitarios con riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, en su mayoría con un estado nutricional fuera de los parámetros normales. Se puede observar que a menor año alcanzado, se incrementa el riesgo de padecer desórdenes alimentarios, hallando en primer año un 45% de alumnos con riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación y en cuarto año un 27%. Esta situación se explica al considerar que los trastornos de la alimentación tienen una mayor incidencia en la adolescencia, período en el cual existe un afianzamiento de la identidad fundamental en el desarrollo de la personalidad y, básicamente, de la feminidad, aspecto que se ha visto que tiene una significativa implicancia en el desarrollo de estas patologías. Por su parte, de las personas que tienen Mediano o Alto Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, un porcentaje cercano al 30% presentan algún grado de Ansiedad Social. Con esto se puede deducir que a medida que aumenta el riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, aumenta el Grado de Ansiedad Social.

A modo de conclusión general se debe destacar el hallazgo de una prevalencia de riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación de un 35% en el total de estudiantes, que llega a 1 de cada 2 alumnos en el primer año de la carrera. Es decir, alcanzar la meta de ser Nutricionista por parte de estos alumnos llevaría a un problema ético profesional del rubro, ya que para desempeñarse como tal, se esperaría no padecer o haber padecido un cuadro alimenticio.

Lo anterior avala la importancia de diseñar estrategias tanto para prevenir el problema como para abordarlo una vez manifiesto, focalizadas en jóvenes entre 15 y 20 años, así como continuar con investigaciones científicas que integren la búsqueda de las causas y consecuencias de los trastornos alimentarios en esta población universitaria.

Palabras claves: Estudiantes de Nutrición - Trastornos de la Alimentación - Ansiedad Social - Estado Nutricional - Prevención

ABSTRACT

Nowadays, the standards of beauty, the cult of the image, as well as the role of food intake in social interaction, have an important influence on the university community. The aim of this study is to evaluate the relationship between the year of the Bachelor's of Nutrition career at the University FASTA, with the risk of developing Eating Disorders, nutritional status and level of anxiety. This is a descriptive and correlational research work, where 160 male and female students of every form of the career are evaluated, and who had agreed to participate in it.

We found a high percentage of students at risk of developing an eating disorder, mostly with a poor nutritional status. It can be seen that the lower year achieved, the more increases the risk of eating disorders, finding in 1st form a 45% of students at risk of developing an eating disorder and a 27% in 4th form. This situation is explained by considering that eating disorders have a higher influence in adolescence, a period where people develop their identity and personality and, basically, femininity, which has a strong relation with these pathologies. Meanwhile, people who have medium or high risk of developing an eating disorder, a percentage close to 30% have some degree of social anxiety so we can deduce that as the risk of developing an eating disorder increases, the degree of social anxiety does so.

As a general conclusion it should be highlighted that we found a prevalence of risk of Eating Disorders in a 35% in the number of students, which reaches 1 in 2 students in the first year of the race. That is to say, the main goal of being a Nutritionist by these students carries a professional ethical problem area, since to act as such, it would be expected not to suffer or have suffered a nutritional problem.

This supports the importance of thinking strategies not only to prevent the problem but also to treat it once revealed, target at young people between 15 and 20 years, as well as to continue to integrate scientific research seeking the causes and consequences of eating disorders in this university community.

Keywords: Student Nutrition - Eating Disorders - Social Anxiety - Nutritional Status - Prevention

INDICE

Introducción	2
Capítulo I	
“Trastornos de la conducta Alimentaria”	9
Capítulo II	
“Trastornos de Ansiedad”	23
Capítulo III	
“Estado Nutricional y Trastornos de la Conducta Alimentaria”	33
Diseño Metodológico	46
Análisis de Datos	56
Conclusiones	67
Bibliografía	73
Anexo	80



INTRODUCCION

Comer es una actividad cotidiana, importante e imprescindible en la vida de todos los seres humanos de manera que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios crean problemas y no solo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área de intercambio con los demás, de tal forma, y de manera circular y multicausal la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación.

Si nos remontamos a los albores de la historia de la humanidad y también a lo largo de ella, podemos observar como los cuerpos eran considerados como símbolo de riqueza, éxito y procreación, eran auténticos ideales culturales, incluso en nuestros días algunas culturas como la árabe mantienen como ideales de belleza y éxito la acumulación de grasa en la figura corporal y eso como símbolos de prosperidad y longevidad.

En la actualidad, los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de alimentos en la interacción social, siguen ejerciendo notable influencia sobre el ser humano. Hoy, la delgadez extrema es símbolo de perfección corporal y belleza, lo que conduce frecuentemente entre otras acciones a la práctica generalizada de dietas restrictivas e hipocalóricas así como ayunos voluntarios, los cuales pueden desembocar, en no pocas ocasiones, en importantes perturbaciones como son, entre otros, graves trastornos psicológicos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un tipo de problemas que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente, afectando de manera primordial, a personas jóvenes y de sexo femenino. Se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Si bien clínicamente se pueden clasificar distintas alteraciones, el elemento común está dado por la intención de disminuir el peso corporal, independientemente de cual sea. Esta búsqueda se acompaña de un intenso temor a engordar, que excede las preocupaciones que en ese sentido presentan la mayoría de las personas. Estas características llevan a cambios o alteraciones del comportamiento tales como: una alimentación que no cumple con las necesidades básicas del organismo, y esto puede darse a través de una negativa a comer todo tipo de alimentos o sólo un grupo de ellos; o por el contrario, alimentarse con grandes cantidades de comida generalmente en cortos espacios de tiempo y esto acompañado por la sensación de no poder controlarse.

Los TCA son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).¹

Hoy se reconocen tres tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y otros distintos de los anteriores pero que tienen características afines a ellos y que se conocen como Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE). Todos ellos se caracterizan por su cronicidad, resistencia al tratamiento y frecuentes recaídas.

*La AN es un síndrome psiquiátrico diferenciado, con una patogénesis compleja donde aparece una imagen distorsionada del cuerpo, con un "temor mórbido a engordar". Generalmente, no se pierde el apetito, pero se niega la sensación de hambre. La controlan voluntariamente, ingiriendo menor cantidad de alimentos que los requeridos para cubrir sus necesidades nutricionales, con lo cual pierden peso progresivamente.*²

*BN se define al episodio caracterizado por la ingestión rápida de grandes cantidades de comida en un corto tiempo seguida por vómitos inducidos, ayuno y uso de laxantes y diuréticos. A veces esta comilona puede ser social y no siempre necesariamente compulsiva.*³

*El TANE es una la categoría que incluye, según el DSM-IV, los trastornos del comer que no llenan los criterios para ninguno de los desórdenes alimentarios específicos.*⁴

Los TCA se consideran una verdadera epidemia con una incidencia y en aumento. La presión sociocultural hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad son uno de los factores capitales en la aparición de estos trastornos. Son más frecuentes en la clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando progresivamente ya que se ven casos en cualquier entorno.⁵

Autores como Bruch, H.⁶ y Behar, R.⁷ han señalado que las pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad,

¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 4th ed. Washington: *American Psychiatric Association*; 1994.

² Torresani, ME, et.al. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires. Editorial Eudeba. 2005. Segunda edición. 264.

³ Ibid. 274.

⁴ Longo, EN, et.al. *Técnica dietoterápica*. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2006. Segunda edición. 312.

⁵ American Psychiatric Association. Op.Cit.

⁶ Bruch H. *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York. Basic Books, 1973

problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas.

Estudios de prevalencia de esta categoría diagnóstica realizados por la Asociación Americana de Psiquiatría han determinado que entre el 0,5 % y el 1% de las adolescentes y jóvenes adultas padecen de AN; entre el 1% y el 3% de BN y un porcentaje que oscila entre el 15% y el 50% en muestras obtenidas en programas de adelgazamiento, padecen de Trastorno por Atracón, mientras que la prevalencia del trastorno en individuos de la población general fluctúa entre el 0,7% y el 4%.⁸ La frecuencia de estos trastornos, además de su asociación con otros desórdenes mentales, es una situación alarmante a la luz de sus consecuencias a corto y a largo plazo en la salud mundial.

Los Trastornos Alimentarios ocurren en 1% y 4% de los adolescentes y mujeres adultas jóvenes, predominantemente de raza blanca, clase media y media-alta. Sólo 5% a 10% de los casos involucran hombres.⁹ Se ha observado que tanto el componente genético como los factores medioambientales son importantes para la aparición de los TCA. Además se han relacionado con un alto riesgo de morbilidad con otros desórdenes psiquiátricos, particularmente el desorden obsesivo-compulsivo, y un alto riesgo de muerte prematura por suicidio o como consecuencia de alteraciones fisiológicas debidas a la mala alimentación.

Dentro de los factores socioculturales que influyen tanto en la génesis como en el mantenimiento de los Trastornos Alimentarios, muchas veces determinadas profesiones o actividades son un factor determinante en la priorización de un cuerpo delgado.

La Hiperdelgadez Profesional comprende un grupo de mujeres que mantienen voluntariamente su peso por debajo de lo normal; frecuentemente son ávidas gimnastas y exhiben una preocupación exagerada por su peso, al mismo tiempo que leen y se instruyen continuamente sobre nutrición y el contenido calórico de los distintos alimentos.

⁷ Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004.

⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 4th ed. Washington: *American Psychiatric Association*; 1994.

⁹ Morandé G, op.cit. Prevalence of eating disorders in a Spanish school – age population. *J. Adolesc Health*. 1999; 24: 212-219

Dentro de este grupo están comprendidas mujeres que por las demandas de su profesión deben mantener una figura delgada como las modelos, bailarinas, patinadoras, maratonistas, entre otras. Pero también se puede encontrar “hiperdeldguez” entre azafatas, nutricionistas, mujeres de negocios o en profesionales liberales, etc. En estos grupos profesionales la incidencia de AN y actitudes anoréxicas, es mayor que en la población en general.¹⁰

El ambiente universitario propicia situaciones estresantes que alteran el funcionamiento psicológico y somático de los estudiantes.

Las características sociodemográficas de la población estudiantil universitaria permiten suponer que existen casos de TCA en porcentaje mayor al de la población general, según una investigación avalada por el Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.¹¹ En el ámbito universitario se presentan varios factores de riesgo para sufrir TCA como son: las crisis depresivas, el estrés, la ansiedad, etc., además esta población se halla entre las edades de riesgo que son de 12 a 25 años.¹² En los países occidentales industrializados, la frecuencia de los TCA ha sido mayor durante las últimas tres décadas y la edad de inicio se ha hecho más temprana.

Investigaciones realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría¹³ y por World Health organization¹⁴ han estimado la prevalencia de síntomas compatibles con TCA entre las estudiantes de nutrición.

El estudio realizado por Larson, B.¹⁵ sugiere que el peso, la imagen corporal, la comida y las dietas, ubican a las nutricionistas y estudiantes de nutrición en un alto riesgo de padecer conductas bulímicas. Crockett, S. et al¹⁶, concuerdan que un grupo de estudiantes de nutrición poseían conductas compensatorias después de comer, en este caso recurrían al vómito. Drake, M.¹⁷ informa que el 24% de las estudiantes de nutrición presentaban características compatibles con anorexia nervosa e indican que algunas de ellas específicamente elegían su carrera debido a sus experiencias

¹⁰ Longo, EN, et.al. *Técnica dietoterápica*. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2006. Segunda edición. 312-3

¹¹ Sepúlveda R, et.al. *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria*, en: www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/14984/?++

¹² Rodríguez A, et.al. “Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a spanish city”, en: *Adolescence Health*. 2001; 28: 338-345

¹³ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. Washington (DC). *American Psychiatric Association*, 2000.

¹⁴ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO, 1992.

¹⁵ Larson B. The new epidemic: ethical implications for nutrition educators. *Nutrition Education* 1989; 21:101-103.

¹⁶ Crockett S, Littrell J. Comparison of eating patterns between dietetic and other college major. *Nutrition Education* 1985; 17: 47-50.

¹⁷ Drake M. *Symptoms of anorexia nervosa in female university dietetic major*. *American Psychiatric Association* 1989;89:97- 98.

personales y obsesión con la comida. Hughes, R. y Desbrow, B.¹⁸, reportaron que el 30% de los postulantes a la carrera de nutrición había sido motivado por experiencias personales propias, de familiares o amigos, con respecto a la obesidad, desórdenes alimentarios o ambos.

Lo señalado por Hughes, R. y Desbrow, B.¹⁹ respecto a que las experiencias individuales de las postulantes a nutrición pueden generar obesidad y/o afecciones alimentarias. Es decir, alcanzar la meta de ser Nutricionista por parte de estas alumnas llevaría a un problema ético profesional del rubro, ya que para desempeñarse como tal, se esperaría no padecer o haber padecido un cuadro alimentario.

Se podría suponer que las alumnas que no poseen una figura corporal acorde a su profesión se sienten presionadas por alcanzarla, pudiéndose presentar en ellas una mayor tendencia hacia el desarrollo de un cuadro alimentario. En relación a lo anterior, Wolf, K.²⁰ concluye que el estereotipo de éstas debe ser esbelto, saludable y profesional, lo que podría influenciar de forma negativa en la satisfacción corporal de las estudiantes que no cumplen este referente.

Los medios de comunicación, principalmente la televisión, llevan a las estudiantes a no estar satisfechas con su imagen corporal y a realizar dietas frecuentes, aumentando de esta manera el riesgo para desarrollar TCA.

Aunque la patogénesis de los TCA está poco comprendida, en el estudio de Sepúlveda, A. et al²¹ se ha descrito su asociación con otros síntomas psiquiátricos, en particular obsesión, depresión, ansiedad.

La Ansiedad Social o Fobia Social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Puede estar acompañada de depresión o de abuso de sustancias.

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.

Los datos sobre las conductas y actitudes no saludables que afectan a los universitarios nos alertan de la gravedad de estos comportamientos y de la necesidad, por tanto, de considerar medidas preventivas para este tipo de población.

Ante lo planteado anteriormente, se propone el siguiente problema de investigación:

¹⁸ Hughes R, Desbrow B. Aspiring dietitians study: "A pre-enrolment study of students motivations, awareness and expectations relating to careers in nutrition and dietetics", en; *Nutr Diet* 2005; 62: 106-109.

¹⁹ Ibid

²⁰ Wolf K. *The public's perceptions and knowledge regarding dietitians. Proceeding of the 14th International Dietetics Congress*. Chicago: American Dietetic Association, 2004.

²¹ Sepúlveda, A.R. et.al. "Mental health in a University population by age and gender", en: *Lealy J. Ribeiro (Eds.). Health Thought the Life Cycle: A life Span Perspective*.2002

¿Cómo se relaciona el año alcanzado de la carrera Licenciatura en Nutrición con el riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, el Estado Nutricional y el Grado de Ansiedad en estudiantes de primero, segundo, tercero y cuarto año de dicha carrera de la Universidad FASTA?

El objetivo general propuesto es:

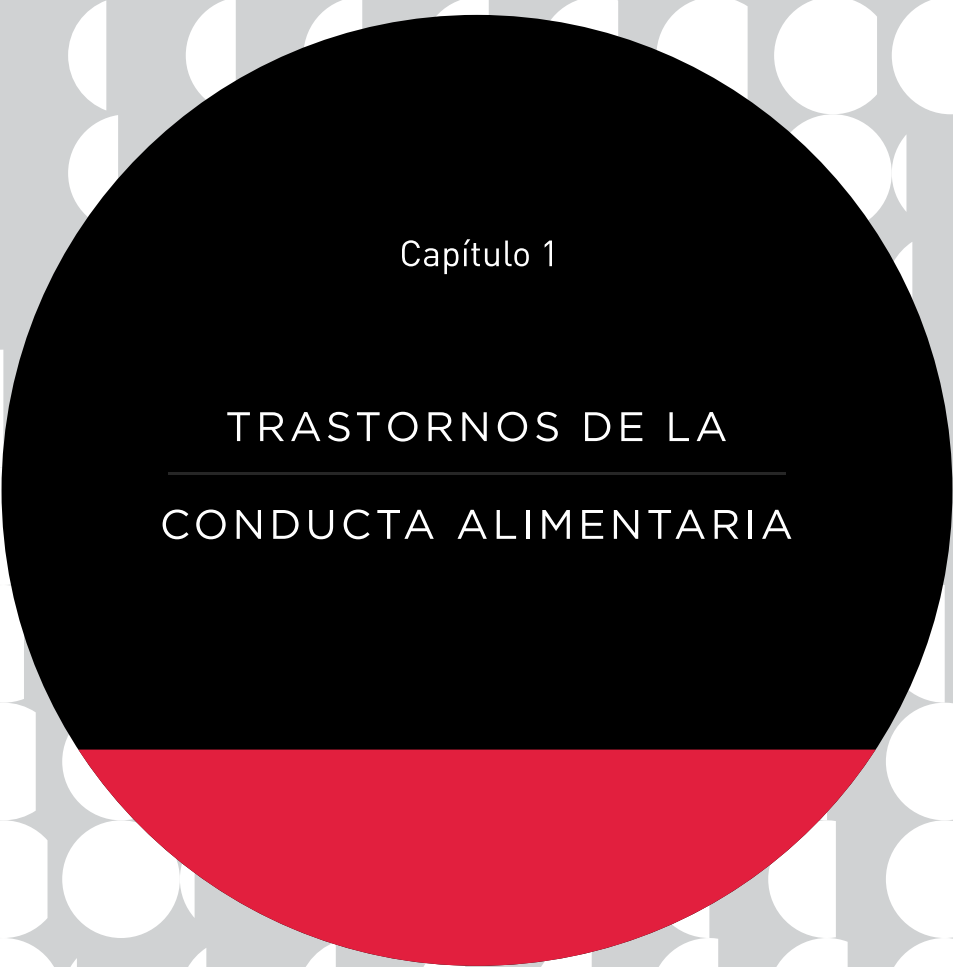
- ❖ Evaluar la relación entre el año alcanzado de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA con el riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, el Estado Nutricional y el Grado de Ansiedad.

Los objetivos específicos son:

- ❖ Establecer la prevalencia de conductas de riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación en el grupo en estudio aplicando el Cuestionario validado Eating Attitudes Test 40 (EAT 40)
- ❖ Evaluar el Estado Nutricional mediante indicadores antropométricos
- ❖ Identificar el Grado de Ansiedad a partir de la Escala de Liebowits para la Ansiedad Social (LSAS).

Hipótesis:

Los alumnos de primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación y mayor Grado de Ansiedad que los alumnos de cuarto año.



Capítulo 1

TRASTORNOS DE LA

CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.¹

Son el resultado de un juego multifactorial complejo, en el cual intervienen elementos psíquicos, genéticos, familiares, culturales, sociales, entre otros. No se puede hablar de un solo factor que precipite un trastorno alimentario y nos conduzca a explicar su etiología.

Esta afirmación lleva a apartarse de una creencia, que se ha popularizado en los últimos años, acerca de que las dietas, es decir una restricción voluntaria de los alimentos a los fines de tener un cuerpo delgado según el ideal de belleza imperante, es la causa de esta problemática. Si esta mirada reduccionista fuera valedera, entonces cualquier adolescente dietante desarrollaría un desorden alimentario. Las dietas podrían constituirse en la puerta de ingreso a un desorden de la alimentación, pero no explican por si mismas esta complejísima problemática.²

Desde la década de los 70 se ha despertado gran interés en estos síndromes por el aumento alarmante de casos.

A finales del siglo XVII, Morton describió un trastorno que más tarde se definiría como anorexia nerviosa. Ciento setenta años más tarde, Gull en Inglaterra y Laseque en Francia, asignaron a este trastorno su nombre actual.³ Los criterios para establecer un diagnóstico de anorexia nerviosa fueron publicados inicialmente en 1972 por Feighner.⁴ Desde la tercera edición del DSM, en 1980, la American Psychiatric Association⁵ publicó criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, pero no fue sino hasta 1987 cuando tal asociación reconoció a ésta y a la bulimia nerviosa como dos entidades clínicas distintas. En la cuarta edición⁶, en 1994, se les ha dado un apartado independiente, el de trastornos de la conducta alimentaria, quedando separados de la pica o alotrofagia, el trastorno por rumiación o mericismo y el negativismo infantil a comer que tienen una etiología y curso muy diferente, siendo muy frecuentes en niños acogidos en instituciones públicas, niños maltratados (abuso o negligencia físico o emocional) y niños con retraso mental o malformaciones.

La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), por su importancia y trascendencia clínica, son los cuadros más estudiados y conocidos, dada su alta

¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 4th ed. Washington: *American Psychiatric Association (APA)*; 1994.

² Branda, CI. *Los Trastornos de la Alimentación: una mirada sociocultural*, en: www.nutrinfo.com.ar

³ Russell GFM. The changing nature of anorexia nervosa. *J Psychiatric Res* 19:101, 1985.

⁴ Feighner JP, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiat* 26:57, 1972

⁵ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). 3rd ed. Washington: *American Psychiatric Association (APA)*; 1980.

⁶ American Psychiatric Association (APA). 1994. Op. cit.

resonancia, tanto por su gravedad como por su alta incidencia y aparición en edades cada vez más tempranas, posiblemente debido a la mayor penetrancia y relevancia de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que fomentan y preconizan el culto a la esbeltez y las dietas.

La AN, una forma de autoprivación, es un trastorno alimentario caracterizado por un bajo peso corporal de menos del 85 por ciento del peso normal para la altura y la edad, una imagen distorsionada del cuerpo y un intenso miedo a engordar.⁷

Se trataría de conductas derivadas del miedo-pánico absurdo y obsesivo a estar gordas, tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas: selección, restricción y manipulación alimentarias; vómitos; hiperactividad de desgaste; uso-abuso de laxantes o diuréticos; tirar o evitar las comidas; ayunos, etc. Sería una conducta de control del peso, intencionada al inicio, y que más tarde se va haciendo obsesiva. No es un síntoma, sino conductas y preocupaciones perceptivas de la imagen corporal. En la actualidad tiene que ver con el cuerpo como distingo social, como competencia y como modo de vida. Antes, posiblemente, con trasuntos religiosos o morales.

Muy relacionadas con el valor del cuerpo, el consumo, la competitividad, el sexo, lo feminista, los ideales del Yo, etc., las conductas de estas pacientes siguen presentando multitud de enigmas y dificultades etiopatogénicas, diagnósticas y terapéuticas.⁸

En base al DSM-IV⁹, la AN se caracteriza por: la negativa a mantener un peso adecuado para la edad y talla del sujeto, no alcanzándose el 85% del peso ideal; miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal; una distorsión de la imagen corporal, así el sujeto se ve gordo a pesar de estar emaciado; y presencia de alteración endocrina que en la mujer se manifiesta por la amenorrea durante 3 ciclos consecutivos y en el hombre, tal como señala la CIE-10¹⁰, por la pérdida del deseo y la potencia sexual.

El síntoma principal es el rechazo voluntario a la nutrición en un ambiente social que puede influirles por trasfondo religioso, físico, moral, funcional, estético, etc., entendiéndolo como anorexia, pero diferente a la de otros cuadros médicos.

Tienden a negar u ocultar su enfermedad, incluso aunque estén muy graves, adoptando tal indiferencia hacia lo médico que, de alguna manera, al no ver sus

⁷ ¿Qué es la Anorexia?, en: www.fumtadip.org.ar

⁸ Chincilla, A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona. Editorial Masson. 2003. Primera edición. 1

⁹ American Psychiatric Association (APA). 1994. Op. cit.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. 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.

necesidades nutritivas y perceptivo-corporales, podría significar una muy seria alteración de la vivencia de la corporalidad, más allá de la simple negación de la delgadez y aparentando estar normales. Las causas o razones que dan las pacientes de su negación-rechazo de la alimentación suelen ser ambiguas, banales o, lo más frecuente, no saben dar explicaciones, solo hablan del miedo a estar gordas o de querer adelgazar, e incluso no las dan porque a veces ellas mismas dicen no saberlas, o prefieren ocultarlas. De acuerdo al DSM-IV, se distinguen 2 subtipos de AN. El Tipo restrictivo, describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de AN, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas; y el Tipo compulsivo/purgativo, se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones, purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

No se conoce la causa de la AN. La anorexia normalmente comienza como un comportamiento de dieta inocente, pero gradualmente progresa a una pérdida de peso extrema y dañina. Las actitudes sociales hacia la apariencia del cuerpo, las influencias familiares, la genética, los factores neuroquímicos y del desarrollo se consideran posibles contribuyentes a la causa de la anorexia. Los adolescentes que desarrollan anorexia tienen más probabilidades de proceder de familias que tienen antecedentes de problemas de peso, enfermedad física y otros problemas de salud mental, como depresión o drogadicción. Además, a menudo los adolescentes que tienen la enfermedad proceden de familias que encuentran difícil resolver problemas de forma apropiada, son demasiado estrictas, excesivamente críticas, entrometidas y protectoras.

Los adolescentes pueden también ser dependientes, inmaduros en su desarrollo emocional y es probable que se aíslen con frecuencia de los demás. Otros problemas de salud mental, como los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos, se encuentran comúnmente en los adolescentes que tienen anorexia.¹¹

Como factores de inicio de la enfermedad se pueden citar los siguientes: Sobrevaloración de la delgadez, convirtiéndose el estar delgado en la base de la autovaloración en un periodo de frustración y crisis, por ejemplo al verse la persona

¹¹ ¿Qué es la Anorexia?, en: www.fumtadip.org.ar

sobrecargada de estresores que minen su autoestima y aumenten la sensación de dependencia, tales como fracaso escolar o estancia prolongadas fuera de casa.¹² Una pérdida fuerte de peso, ya sea por enfermedad o exceso de ejercicio, con una eficaz negación y aislamiento de la sensación de hambre, ante el refuerzo social y unos valores de grupo de delgadez.¹³ Los conflictos de individualización constituyen otro factor de inicio. Buscando autoafirmarse y definirse como independiente del ambiente familiar, el sujeto coloca el estar delgado en la base de su autoafirmación, creando una fuerte barrera ante la demanda e intromisión materna. Sucede especialmente en familias sobreprotectoras o sobreimplicadas afectivamente, donde no existen espacios para el desarrollo personal de sus miembros. De esta manera, la negativa a comer surge como protesta contra una familia que coarta el desarrollo e independencia del sujeto.¹⁴ También constituyen un factor de inicio, los conflictos con la apariencia sexual del cuerpo que aparece con la pubertad. Ya sea un duelo no realizado por la pérdida de la protección infantil, ya sea un deseo de uno o de los dos padres de que la hija no crezca para poderla retener y controlarla como a una niña. Por lo que la cuestión de la delgadez se convierte en el medio de conservar un cuerpo infantil.¹⁵ Holland, Hall y Murray(1984)¹⁶ hallaron una concordancia entre gemelos homocigóticos del 55% y en heterocigóticos del 7%, lo que apoya la intervención de un factor genético. Hudson, Pope, Yurgelun-Todd et.al.(1987)¹⁷ señalan que el factor genético estaría relacionado con una vulnerabilidad a trastornos afectivos, muy frecuentes como antecedentes familiares.

Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos, especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos. Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades,

¹² Garfinkel, P.E., y D.M. Garner 1982. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel 264 pp.

¹³ Ibid

¹⁴ Minuchin, S., B.L. Rosman y L. Baker 1978. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University. 371 pp.

¹⁵ Bruch, H. 1971. Family transactions in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* Vol.12 No.3: 238-248.

¹⁶ Holland A., A. Hall y R. Murray 1984 Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry* Vol. 145: 414-419.

¹⁷ Hudson, J. I., H.G. Pope, D. Yurgelun-Todd et. al. 1987 A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 144: 1238- 1287.

indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas el color de la piel es amarillento, asociado a hipercarotinemia y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito. El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son anemia normocítica normocroma, función renal alterada, asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia, trastornos cardiovasculares por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol.¹⁸

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso o cuando observan que no gana peso. Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

El culto a la delgadez actual y sus múltiples mecanismos para conseguirla a través de dietas, ejercicios, liposucciones, etc. y “verse” bien, debería tener un límite, pero éste vendría dado por la alarma biológica, por la pérdida de la homeostasia interna, al llegar a límites fuera de la normal regulación.

La BN, cuadro caracterizado fundamentalmente por episodios de atracones incontrolados de cantidades variables de comida, generalmente seguidos de vómitos espontáneos o provocados, que se dan varias veces a la semana y durante varios meses, y a veces en vez de vómitos usan laxantes, diuréticos, ayunos posteriores, ejercicios o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso, o para paliar la vergüenza o malestar postprandial, en un cuadro que se puede dar con normopeso, bajo peso o sobrepeso. Más que la cantidad del atracón, lo importante es la pérdida de control sobre la ingesta de comida, si bien las cantidades, al menos en los inicios del cuadro, son superiores a lo que la gente normal come en un período de tiempo similar.¹⁹

¹⁸ American Psychiatric Association (APA). 1994. Op. cit.

¹⁹ Chinchilla, A. Op. Cit.

La BN, antes de 1979, apenas había tenido atención o interés médico, quizás porque se veía poco en la práctica clínica. Sin embargo, en la década de los ochenta empieza a dispararse el número de publicaciones y el interés médico y social por el tema, si bien podía significar un síntoma o conducta no específico, sí era más frecuente en las culturas occidentalizadas y en las que disponían de más cantidad de comida. Se vio, además, que un altísimo porcentaje del 70-80% de enfermas con AN padecían conductas bulímicas en el curso evolutivo. Otras tendrían una alta comorbilidad psiquiátrica, sobre todo de depresiones, ansiedad, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo y adicciones como alcohol y drogas, quizás como sustitutos o para suprimir el hambre, o paliar la ansiedad o angustia.

En 1979, el psiquiatra estadounidense G.F. Russell (1979)²⁰ acuña el término de "bulimia nerviosa" y fija su concepto actual. Bajo esta etiqueta diagnóstica describe a un grupo de pacientes que presentan un cuadro caracterizado por tres síntomas: deseos apremiantes e irrefrenables de comer en exceso; limitación de los efectos engordantes de la comida mediante la autoinducción del vómito y el uso de diuréticos y/o laxantes; y un miedo morboso a engordar.

La BN, de acuerdo al DSM-IV, se caracteriza por la presencia de atracones y conducta inadecuada para compensar la ingestión excesiva de calorías. Un atracón se caracteriza por ingestión voraz en un corto espacio de tiempo, una o dos horas, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, siente que no puede parar de comer, ni controla la cantidad de calorías que ingiere. Los atracones y conducta compensatoria inadecuada aparecen, al menos 2 veces a la semana, durante 3 meses consecutivos. La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la silueta. Además, es requisito que el trastorno no surge dentro del curso de una anorexia nerviosa.

En la BN se observa con frecuencia crecientes síntomas depresivos y trastornos del talante, y su inicio ocurre antes que se desarrolle el trastorno en la alimentación. En estos casos se han notificado tasas más altas de trastorno de ansiedad, dependencia química, trastorno bipolar y trastornos de la personalidad.²¹ Las alteraciones en el talante y la ansiedad remiten durante el tratamiento exitoso de la bulimia nerviosa. Los anoréxicos nerviosos típicamente rechazan las intervenciones, en tanto que los bulímicos se muestran más preocupados por sus síntomas y procuran aliviar su trastorno. Una de las principales características psicológicas es el

²⁰ Russell, G.F.M. 1979 Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, Vol. 9: 429- 448.

²¹ Yager J, et al. American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry* 150:207, 1993.

sentimiento de culpa respecto al ciclo de excesos alimentarios y purgas que se lleva a cabo en secreto, aun cuando sus vidas parezcan ideales a las personas que las rodean. El DSM IV distingue 2 subtipos de BN. El Tipo purgativo, describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio; y el Tipo no purgativo, describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Entre los factores de inicio de la BN se menciona un problema de individuación y pérdida de autoestima que provocan un fondo depresivo, frecuentemente con síntomas atípicos como somnolencia, hiperfagia, abatimiento e hipersensibilidad al rechazo interpersonal, ganancia de peso y dietas para compensarla, junto a una sobrevaloración del bajo peso y la silueta esbelta en la autovaloración y autoafirmación. El sujeto para mantener su peso va introduciendo más ayunos y alterando más sus hábitos alimentarios, ante el aumento de apetito y de ingestión de comida, ya sea por el estado depresivo o dietas inadecuadas, hasta el momento en que aparecen los atracones, entonces se ve obligado a utilizar métodos más radicales para evitar engordar como purgas, ayunos largos y ejercicio físico exagerado. En la medida que se alteran más sus hábitos de alimentación y sus sensaciones de hambre y saciedad, queda enganchado en un círculo vicioso que llega a dominar por entero su vida. Ayuna o hace ejercicio hasta caer presa de un apetito voraz que no puede saciar. El atracón y las conductas se van convirtiendo en la única fuente de placer a modo de una adicción comportamental en una vida que se va echando a perder. Y sin duda, el hecho de que halla aumentado tanto este trastorno en las últimas décadas se debe a la sobrevaloración de la delgadez en una sociedad que engordan, expresándose más en los grupos sociales donde más fuerza tienen los valores de delgadez.²²

En la BM, los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, debido a los traumatismos provocados por la dentadura. Se han descrito también miopatías

²² Moral de la Rubia, J. *Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial*, en www.respyn.uanl.mx

esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. En las mujeres con BN se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica para estimular la motilidad intestinal pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo como desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. En comparación con los enfermos que padecen BN del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.²³

Se diagnostica un TANE en alrededor del 50% de la población con trastornos de la alimentación.²⁴ De acuerdo al DSM IV estos individuos manifiestan síntomas parciales de AN o BN. Es decir, que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son: en mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares; se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad; se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses; empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal, por ejemplo provocación del vómito después de haber comido dos galletas; masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida; trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Si bien se considera que los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen una etiología policausal²⁵, interactuando de una forma compleja factores predisponentes, factores desencadenantes y mantenedores²⁶, existe información

²³ American Psychiatric Association (APA). 1994. Op. cit.

²⁴ Krause, M. *Nutrición y Dietoterapia*. México. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 10ma Edición. 563-564.

²⁵ Granel, D.M. y Garfinkel, P.E. Cultural Expectations of Thinners in Woman. *Psychological Reports*. 1980; 47, 483-491

²⁶ Toro, J. y Vilardell, E. *Anorexia Nerviosa*. 1987. Barcelona: Martínez Roca.

sobre algunos de estos problemas generales que pueden contribuir al desarrollo de desordenes alimenticios.

Mientras los desordenes alimenticios pueden comenzar con preocupaciones relacionadas con comida y peso, a menudo implican mucho más que comida. La gente con desordenes alimenticios frecuentemente usa la comida y el control de la comida en un intento de compensar sentimientos y emociones que de otra manera resultarían abrumadores. Para algunos, hacer dietas, comer excesivamente y purgarse puede comenzar como una manera de lidiar con emociones dolorosas y sentirse en control de su propia vida, pero en última instancia, estos comportamientos dañarán la salud física y emocional de la persona, su autoestima y, su sentido de aptitud y control.²⁷

Diversos factores pueden contribuir a los desordenes alimenticios: Los Psicológicos: baja autoestima, sentimientos de pérdida de control en la vida, depresión, ansiedad, furia o soledad; los Interpersonales: ambiente familiar y relaciones personales problemáticos, dificultad para expresar emociones y sentimientos, historial de haber sufrido burlas o haber sido ridiculizado en base al tamaño o al peso, historial de abuso físico o sexual; los Sociales: presiones culturales que glorifican la “delgadez” y le dan valor a la obtención del “cuerpo perfecto”, limitadas definiciones de belleza que incluyen solo a hombres y mujeres de específicas formas y pesos, normas culturales que valoran a la gente basándose en la apariencia física y no en las cualidades y fortalezas internas; Otros Factores: científicos todavía están investigando posibles causas bioquímicas o biológicas de los desordenes alimenticios. En algunos individuos con desordenes alimenticios, ciertos químicos en el cerebro que controlan el hambre, apetito, y la digestión han resultado estar desequilibrados. El significado exacto y las implicancias de estos desequilibrios permanecen bajo investigación.

El inicio de la anorexia nerviosa, más común durante la adolescencia, suele considerarse como un detenimiento en el desarrollo biopsicológico. Los cambios de la pubertad en el hábito corporal intensifican la preocupación por la forma y el tamaño del cuerpo, siendo típico que los pacientes sean introvertidos, obsesivos y perfeccionistas, obtienen grandes logros pero se sienten ineficaces y es común la baja autoestima. La patología familiar se caracteriza por enmarañamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos, y el desarrollo del trastorno puede verse por un intento por lograr control y autonomía. Los trastornos de ansiedad y depresivos concomitantes son comunes en esta población.²⁸

²⁷ National Eating Disorders Association. *What Causes Eating Disorders?*, en: www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/.../WhatCaus.pdf

²⁸ Krause, M. Op.Cit.

Se han propuesto varios modelos etiológicos para la patogénesis de la bulimia nerviosa. Estos incluyen los de adicción, familia, sociocultural, cognitivo-conductual y psicodinámico. El modelo de la adicción sugiere la adicción al alimento y a la conducta, y el tratamiento es similar al que se utiliza en caso de abuso de alcohol y drogas. Dado que este tipo corporal no se logra naturalmente en todos los individuos, las personas susceptibles recurren a la conducta bulímica cuando fracasan los métodos habituales de someterse a dieta. El modelo cognitivo-conductual atribuye el desarrollo de la bulimia nerviosa al desarrollo de pensamientos irracionales y creencias en torno al peso corporal, las dietas y la autoestima. El modelo psicodinámico constituye uno de los modelos etiológicos más sólidos, en él, la bulimia nerviosa representa el intento del paciente por controlar, evitar o minimizar el impacto de sentimientos penosos, impulsos y ansiedades. En la población con bulimia nerviosa son comunes los trastornos concomitantes como los del talante, los de ansiedad, los de la personalidad y el abuso de drogas.²⁹

Dentro de los factores de riesgo para trastornos de la alimentación se encuentran los siguientes. Para AN: crítica de la figura corporal, perfeccionismo, dietas especiales, dietas familiares, historia de trastorno de la conducta alimentaria, depresión, ser mujer adolescente³⁰, fumar y uso de drogas, abuso del alcohol, abuso sexual, obesidad, baja autoestima, alteraciones metabólicas, psicológicas³¹, percepción distorsionada de la imagen corporal, nivel socioeconómico medio-alto en su mayoría, ambientes urbanos principalmente, percepción problemática de los cambios físicos prepuberales, inicio de la actividad sexual, ruptura amorosa o pérdida afectiva³², presión del medio sobre la mujer ideal, intensa actividad deportiva, modelos, bailarinas de ballet, patinadoras artísticas o gimnastas, ser estudiante de ciencias de la salud, obesidad familiar, padres sobre protectores, perfeccionistas, comunicación intrafamiliar inadecuada, familia disfuncional.³³ Para BN: presentar depresión, distorsión en la auto imagen corporal, temor a engordar, motivación por la delgadez e insatisfacción corporal³⁴, tentativas de suicidio, abuso de drogas, robar en tiendas, promiscuidad, cultura de la abundancia calórica, obsesión por algunas comidas.³⁵

²⁹ Ibid

³⁰ Chincilla, A. Op.Cit.

³¹ Vásquez R, Ángel LA, García J, Martínez M, Chavarro K. Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Rev Colomb Psiquiatría* 1997; 26:115-25.

³² Rodríguez M, Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatría*. 1999; 28:293-310.

³³ Fairburn C, Harrison JP. *Eating disorders*. *Lancet* 2003; 361:407-16.

³⁴ Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67:297-304.

³⁵ Salvador J. La urgencia de la obesidad. *Rev Med Univ Navarra* 2004; 48:9-10

El 90% de casos de trastornos de la alimentación se presentan, según las estadísticas del DSM IV, en mujeres. De la población atravesada por este trastorno, sólo del 5% al 10% son víctimas los varones. Con relación al predominio de las mujeres sobre los hombres en el padecimiento de trastornos alimentarios, se entiende que el mismo se asocia con aspectos psico-socioculturales del sexo, a sus distintas valoraciones sociales. El acto de comer no es "visto" socialmente de igual manera en los varones que en las mujeres. Comer mucho, en cantidades abundantes es, en el caso específico de los varones, un acto de asociado a su masculinidad, su fuerza, su resistencia y su poder. Es un acto aceptado y hasta exhibido sin reparo alguno. Opuestamente al caso de los varones, en el caso de las mujeres el comer en abundancia, con voracidad suele ser considerado impropio, causando en quien lo hace un sentimiento de profunda vergüenza y culpa quizás, y en quien lo observa, reprobación. También se encuentran diferencias en relación al esquema corporal de cada sexo. El cuerpo ideal del varón se ajusta a un modelo de máximo desarrollo corporal con un importante volumen muscular, exhibiendo, mediante su cuerpo, una cierta superioridad frente a la mujer. El modelo corporal ideal que persigue la mujer sería más bien "tubular", aunque con tono muscular.³⁶ El perfil de riesgo masculino para un TCA es distinto que el femenino, aunque se origine en parte, por la presión de un ideal de belleza, este ideal de belleza masculina es muscular no es de delgadez, aunque se termine asociando a conductas de riesgo propias de un TCA como utilización de esteroides, complementos dietéticos y dieta.³⁷

En los países occidentales desarrollados coinciden bastante los datos epidemiológicos con los reportados por la APA.³⁸

Se halla una tasa de prevalencia del 1 al 3% en muestras grandes de población general y se informa de una prevalencia del 3 al 5% de la formas subclínicas de anorexia y bulimia nerviosas. Kendlerd, KS (1991)³⁹ demuestra que la AN se presenta entre 0.1% y 1.9% de la población general; la BN entre 1% y 5%.⁴⁰ Hsu LK (1996)⁴¹ halla en una muestra norteamericana de población general una tasa de incidencia de 0.18 por cada 1,000 habitantes. Los estudios en población mexicana, realizados en la ciudad de México, estiman una prevalencia del 1.5 al 2.5.⁴² Es más

³⁶ Branda, CI. Op.Cit.

³⁷ Sepúlveda R, et.al. 1994. Op. Cit.

³⁸ American Psychiatric Association 1994. Op. Cit.

³⁹ Kendlerd KS, et.al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1627-1637.

⁴⁰ Lucas AR, et.al. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based-study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 917-922.

⁴¹ Hsu, LK 1996 Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 19: 681-700.

⁴² Unikel, C. y G. Gómez 1996 Op. Cit.

frecuente en clases alta y media, zonas urbanas, profesiones de actuación pública y en países occidentalizados. Es raro en países africanos y asiáticos, excepto Japón. Toro y Villardell⁴³ señalan que está relacionado sobre todo con la cultura occidental y la sobrevaloración de la delgadez. El tipo restrictivo es el más crónico. En el tipo compulsivo hay más antecedentes familiares de trastornos afectivos, del control de los impulsos y abuso de sustancias. Además, en este subtipo, aparece con mayor frecuencia en trastornos de personalidad límite y el antisocial y una tasa de suicidios alta del 10%. Respecto al curso observa Chinchilla⁴⁴ que en un tercio aparece un curso crónico, en otro tercio un curso intermitente con remisiones parciales o totales y nuevas recidivas y en otro tercio un episodio único, casi siempre con algún síntoma crónico residual subclínico que se atenúa con la edad. Así, se trata de una enfermedad crónica.

Otra constante epidemiológica que se mantiene con más o menos regularidad, a pesar del tiempo transcurrido, es la edad de aparición, que suele ser al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud. Después de esta edad la incidencia es mucho menor, la edad de aparición cada vez es más precoz y se mantienen cifras bajas de inicio del trastorno después de los 25 años.⁴⁵

Dentro de los factores socioculturales que influyen tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, muchas veces determinadas profesiones o actividades son un factor determinante en la priorización de un cuerpo delgado (“Hiperdelgadez Profesional”⁴⁶). Turón Gil V (1997)⁴⁷ ha constatado que en estos grupos profesionales la incidencia de anorexia nerviosa y actitudes anoréxicas, es mayor que en la población general.

El ambiente universitario propicia situaciones estresantes que alteran el funcionamiento psicológico y somático de los estudiantes.

Los resultados muestran que la tasa de prevalencia de población de riesgo de TCA en el ámbito universitario es elevada, encontrándose un predominio en el género femenino, al igual que en la presencia de conductas propias de los TCA, tales como uso de laxantes, provocación del vómito, recurrir a atracones. La prevalencia de la población universitaria con riesgo de desarrollar un TCA es de 14,9% en varones y un 20,8% en mujeres.⁴⁸

⁴³ Toro, J. y E. Vilardell 1988. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca 198 pp.

⁴⁴ Chinchilla, A. 1994. Op. Cit.

⁴⁵ ¿Qué es la Anorexia?. Op. Cit.

⁴⁶ Ver Introducción, pág 4-5

⁴⁷ Turón Gil V. *Trastornos de la Alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson SA, 1997.

⁴⁸ Sepúlveda R, et.al. 1994. Op. Cit.

El análisis en los estudiantes de nutrición de determinadas conductas alimentarias, de la percepción que ellos mismos tienen de su imagen corporal y la realización de conductas compensatorias, permite por un lado determinar el riesgo que tienen de padecer trastornos alimentarios⁴⁹, pero además permite que sea una población comparable con otras poblaciones estudiadas donde la profesión o la actividad pueden ejercer una presión sociocultural, sobre la motivación de obtener un cuerpo delgado.⁵⁰

Un estudio realizado por Behar, R. (2007)⁵¹ estimó una presencia de riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en la muestra de alumnas de Nutrición y Dietética, de un 15%, lo cual coincide con estudios realizados por Behar et.al (1998)⁵², y Marín et.al (2002)⁵³ en mujeres adolescentes y en los de Johnston y Christopher (1991)⁵⁴, Howart et.al (1993)⁵⁵, y Fredenberg et.al (1996)⁵⁶, en que la posibilidad de presentar un trastorno alimentario en alumnas de nutrición no difiere de otras muestras de estudiantes.

No hay evidencia alguna de que se puedan prevenir los TCA. Tampoco hay pruebas concluyentes de lo contrario.

Estos trastornos alimentarios son un problema de salud pública, frente al cual es necesario buscar instrumentos que ayuden al diagnóstico precoz, evitando así sus graves consecuencias, físicas, psíquicas, sociales y económicas.

⁴⁹ Ordeig M. Ocupaciones-riesgo para la Anorexia Nerviosa. Comunicación V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Benalmádena, 1986.

⁵⁰ Toro J, Vilardell E. *Anorexia Nerviosa*. Op.Cit

⁵¹ Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. Vol.34, N°4. Diciembre 2007

⁵² ----- Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1085-1092.

⁵³ Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr* 2002; 29: 86-91.

⁵⁴ Johnston C, Christopher E. Anorexic-like behaviours in dietetic major and other student populations. *J Nutr Educ* 1991; 23: 148-153.

⁵⁵ Howat P, Beplay S, Woznaik P. Comparison of bulimic behaviour incidence by profession: Dietitian, nurse, teacher. *J Nutr Educ* 1993; 25: 67-69.

⁵⁶ Fredenberg J, Berglund P, Dieken H. Incidence of eating disorders among selected female university students. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 64-65.



Capítulo 2

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación, como internet, televisión y revistas, y los criterios estéticos de la sociedad podríamos decir, que una nueva moda de una figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad y esta nueva tendencia está generando ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo del individuo ya que se configura la personalidad y se trata de encontrar la autoidentificación.¹ Las jóvenes viven esta etapa con una valoración especial del aspecto físico y van a ser sus cambios puberales los que proporcionen una mayor susceptibilidad a las alteraciones emocionales², tales como trastornos depresivos y de ansiedad.³

La interpretación clásicamente aceptada de la ansiedad sigue los parámetros que Darwin (1872) hizo sobre los mecanismos patogénicos de las emociones y su implicación en el proceso de evolución de las especies. De esta forma, la ansiedad sería un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha unas conductas de defensa y que aparece, por lo tanto, ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto, o que sea interpretada como tal. La ansiedad patológica se diferencia de la normal sólo por su intensidad y su anacronismo, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma. Esta ansiedad patológica como síntoma puede estar presente en forma secundaria en numerosas entidades médicas y en casi todas las psiquiátricas, pero en ocasiones se considera que constituye el núcleo central de una serie de síndromes clínicos específicos, los llamados "Trastornos de Ansiedad".⁴

La Ansiedad Social o Fobia Social es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo. Esta ansiedad pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través, entre otras cosas, de una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, que son las responsables de una buena parte de los síntomas somáticos de la respuesta ansiosa.⁵ Las manifestaciones de ansiedad consisten en una respuesta vivencial,

¹ Podar I, et.al. Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *J Pers Assess*, 1999, 73:133-147.

² Toro J: *El cuerpo como delito*. Ariel. Barcelona, 1996.

³ Johnson WG, et.al. Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disord*, 1999, 26:301-314.

⁴ Vallejo Ruiloba, J. et.al. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Ed Masson. 2da Edición. Barcelona. 2000.

⁵ Tyrer, P. Classification of anxiety. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 78-83.

fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.⁶

Es la sensación desagradable que se experimenta ante la posibilidad de que ocurra algo temible y no deseado, es una sensación displacentera y anticipatoria de que algo negativo y molesto puede ocurrir. Esta característica anticipatoria provoca tanta inquietud y miedo que impide ser racionales ante la verdadera dimensión del problema o situación respecto de expectativas futuras y, generalmente, alteran y desestructuran. Una persona con fobia social teme sentirse humillada, avergonzada y por lo tanto, escapa a la situación que le produce ansiedad y miedo, es decir, aparece la fobia a la exposición. La fobia social no sólo provoca tensión, malestar y síntomas visibles en muchos casos, sino que además, por su conducta evitativa, impide un normal desenvolvimiento social y su progreso en áreas en las que puede destacarse. Se trata de un miedo exagerado ante una situación, hecho, circunstancia, persona u objeto, que impulsa a una conducta generalmente evitativa. Sin la presencia de ese objeto fóbico, la persona se conduce con normalidad.⁷

Habría que diferenciar entre miedo, el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder, y ansiedad, donde el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta. La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.⁸

En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas, pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, pueden sentir intensa ansiedad. Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales, sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad o angustia desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.⁹

⁶ Vallejo Ruiloba, J. et.al. 2000. Op.Cit.

⁷ Goytia, C. *Terapia cognitiva: una respuesta innovadora para los Trastornos de Ansiedad*. Editorial Atlantida S.A. 2da Edición. 2004.

⁸ López García, P. *Ansiedad*, en:

http://www.plusesmas.com/salud/mente_cuerpo/ansiedad/1719.html

⁹ Mariani, L.I. *Fobia Social o Trastorno por Ansiedad Social*, en:

<http://www.eutimia.com/trmentales/fobiasoc.htm>

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) aparece por primera vez en el DSM III, tras la individualización del trastorno de angustia, como una categoría residual mal definida. Así planteado, el trastorno tenía una baja fiabilidad y una más que dudosa validez.¹⁰ Con el paso del tiempo se han refinado los criterios diagnósticos y se han acumulado datos sobre su existencia. El grupo de trabajo del DSM IV¹¹ identifica al trastorno de acuerdo a los siguientes criterios: ansiedad y preocupación excesivas que aparecen la mayoría de los días durante al menos 6 meses en relación con una serie de acontecimientos o actividades, como el trabajo o el rendimiento escolar; la persona encuentra dificultades para controlar su preocupación; la ansiedad y la preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes 6 síntomas, debiendo aparecer al menos alguno de ellos la mayoría de los días durante los últimos 6 meses: inquietud o sensación de agarrotamiento o tensión, astenia fácil, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, trastornos del sueño; el foco de la ansiedad o la preocupación no debe estar limitado a la posibilidad de padecer una crisis de angustia, a quedar en vergüenza ante el público, a contaminarse, a alejarse del hogar o de los familiares próximos, a engordar, a tener múltiples molestias físicas o a tener una molestia grave, y la ansiedad y la preocupación no aparecen de forma exclusiva durante un trastorno de estrés postraumático; la ansiedad, la preocupación y los síntomas físicos causan un sufrimiento o limitación importantes a nivel clínico en los ámbitos social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento; la persona reconoce que el miedo es excesivo e ilógico, la situación se vive con ansiedad, temor y malestar; y el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como droga en abuso o fármacos, o a un trastorno médico general tal como hipertiroidismo, ni aparece exclusivamente asociado a un trastorno del estado de ánimo, un cuadro psicótico o un trastorno del desarrollo.

Todas estas características le producen síntomas visibles en muchos casos y la persona con fobia social justamente teme la aparición de estos síntomas, aunque su ansiedad los incrementa.¹²

La edad de inicio acostumbra a ser en la adolescencia, aunque puede ser muy variable y el curso suele ser crónico, con intensidad fluctuante.¹³ Presentan mayor riesgo aquellas personas con dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes,

¹⁰ Riskind JH., et.al. Reliability of DSM III diagnoses of major depression and generalized anxiety disorder using the Structured Clinical Interview for DSM III. *Arch Gen Psychiatry*; 1987; 44:817-820

¹¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 4th ed. Washington: *American Psychiatric Association (APA)*; 1994.

¹² Ibid

¹³ Vallejo Ruiloba, J. et.al. 2000. Op.Cit.

y entre los factores precipitantes de la enfermedad estarían estos acontecimientos estresantes, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales. Los trastornos de ansiedad pueden hacerse crónicos si persisten los acontecimientos estresantes que los han provocado o se mantienen estilos de pensamiento que ocasionan un temor a la presentación de los síntomas, creándose un círculo vicioso entre la ansiedad y el temor a presentarla.¹⁴

El aumento de la sobrecarga emocional y de factores vitales estresantes son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, fundamentalmente, ansiedad y depresión. Las mujeres, en general, y especialmente las de edad fértil, padecen más trastornos ansiosos y depresivos que los hombres. La vulnerabilidad aumenta cuando se combinan varios factores estresantes con momentos críticos del ciclo reproductivo, junto a un escaso apoyo social. Además, las mujeres presentan ciertos rasgos de personalidad que les hacen especialmente vulnerables, lo que aumenta el tiempo de permanencia de los problemas negativos en la conciencia que acaba produciendo fatiga emocional.¹⁵

Hollander, MD et al (2004)¹⁶ describe los siguientes factores de riesgo de fobia social: antecedentes psiquiátricos de los padres, sobre todo fobia social, otros trastornos por angustia, o depresión; conflicto marital de los padres; sobreprotección o rechazo de los padres; malos tratos infantiles; falta de relación estrecha con adultos durante la infancia; no ser el primogénito en el caso del varón; mudanzas frecuentes en la infancia; rendimiento escolar deficiente; y huida del domicilio.

La fobia social constituye en sí misma un trastorno muy discapacitante, cuya repercusión sobre la función y la calidad de vida probablemente se ha infraestimado y ocultado en gran medida en los últimos años. Estudios de Beidel DC, et.al.(1999)¹⁷ demuestran que las personas con fobia social están incapacitadas en una amplia gama de actividades, que oscilan desde tener que abonar la escuela, a la falta de rendimiento en su actividad profesional principal, independientemente de cuál sea. Los pacientes con fobia social se encuentran disconformes e insatisfechos con muchos aspectos de su vida y consideran que la calidad de la misma es bastante baja. Parece que la depresión comórbida sólo contribuye de una forma moderada a estos resultados.

¹⁴ López García, P. Op.Cit.

¹⁵ Expertos afirman que ansiedad, estrés y depresión son patologías frecuentes en la mujer trabajadora. *Saludalia*, en:

<http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/epidemiologia627/51212/>

¹⁶ Hollander, MD et.al. *Guía de Trastornos de Ansiedad*. Ed. Elsevier. 1º Edición. Madrid 2004

¹⁷ Beidel, DC et.al. Psychopathology of child hood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38: 643-650. 1999

La característica esencial del TAG es una ansiedad y preocupación excesivas sobre una serie de circunstancias, eventos o actividades, y de larga evolución. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad es claramente desproporcionada con la frecuencia o el impacto del evento. La persona encuentra difícil evitar que sus preocupaciones interfieran en su capacidad de atención y funcionamiento.¹⁸

La ansiedad patológica puede manifestarse a través de diferentes síntomas, de los cuales los más típicos son el enrojecimiento, el temblor y la sudoración. Para individualizarlos, Vallejo Ruiloba, J. y otros (2000)¹⁹ los agruparon en 5 dominios: “el dominio emocional” donde la ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, aprensión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del Yo, “el dominio cognitivo” donde existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o del futuro inmediato, anticipación del peligro o de que algo malo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales, “el dominio conductual” donde suele estar presente una inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia y de sobrecarga tensional y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma, “la tensión motora” que abarca al sujeto tembloroso, sobresaltado, con estremecimientos o sacudidas musculares, tenso, con dolores musculares, cefaleas, debilidad, cansancio fácil, incapacidad de relajarse, también se detecta parpadeo frecuente, seño fruncido, cara tensa y marcha inestable y la característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado, y por último “el dominio somático” donde existe una hiperactivación autonómica que se traduce en la presencia de síntomas cardiocirculatorios como palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho e hipertensión arterial, respiratorios tales como disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo y asfixia, hiperventilación, suspiros y bostezos, sensoriales como mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa y parestesias, digestivos como disfagia, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento, vegetativos como febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, poliuria y tenesmo, e instintivos como insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, anorexia e hiperfagia.

¹⁸ Vallejo Ruiloba, J. et.al. 2000. Op.Cit.

¹⁹ Ibid

Según Goytia, C (2004)²⁰, las principales características del fóbico social son: afán de perfeccionamiento que interfiere con la ejecución de tareas, preocupación excesiva por reglas, ordenanzas y esquemas que le hacen perder el núcleo central del trabajo, la idea directriz o la idea fuerza, insistencia irrazonable para que los demás hagan las cosas exactamente en la forma que ellos quieren, e incapacidad de delegar responsabilidades en otros por creer que sólo ellos hacen las cosas bien, dedicación excesiva al trabajo con exclusión de vacaciones, descanso y actividades recreativas, indecisión o postergación en la toma de decisiones por temor a equivocarse, supervisión excesiva de subalternos y colegas, dificultad para manifestar sus sentimientos y afectos con gestos o palabras, rigidez de conceptos morales, éticos y escalas de valores, excesivo control del dinero o las compras, aunque hay veces que pueden tornarse compulsivos en sus compras, coleccionistas compulsivos de recuerdos y objetos inútiles del pasado como libretas del colegio, juguetes infantiles, entre otros.

Las personas con TAG, se creen indeseables, incompetentes en lo que hacen, débiles y necesitados de ayuda y afecto. Estas creencias generan constante preocupación frente al posible rechazo, la soledad, la falta de afecto y el engaño, contando así con escasas habilidades sociales al evitar cualquier situación de evaluación o al manifestar preocupación por el temor a perder a alguien. Ante las situaciones percibidas como amenazantes, expresan la ira y la hostilidad de forma abierta, por lo que es frecuente observar, en este tipo de personas, agresividad hacia los otros, hacia sí mismo o hacia los objetos, cuando se sienten frustrados.²¹

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas intrusivas y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión, como lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas; las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.²²

Se calcula que los trastornos de ansiedad afectan entre un 15% y un 20% de la población mundial, y aún cuando se han establecido factores biológicos y genéticos

²⁰ Goytia, C. 2004. Op.Cit.

²¹ Londoño, NH. et.al. Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*. 3(2):43-54, 2010

²² López García, P. Op.Cit.

de riesgo, los factores psicológicos también juegan un papel fundamental en su desarrollo.²³

El estudio Nacional de Salud Mental en Colombia realizado por Londoño, NH et.al. (2010)²⁴, con 4.544 personas no institucionalizadas entre los 18 y 65 años de edad, reportó que un 40,1% de las personas habían presentado algún trastorno a lo largo de su vida. El trastorno de ansiedad fue el trastorno de más alta prevalencia, con un 19,3%.

Existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria, depresión y fobia social. Sepúlveda et al. (2002)²⁵ asociaron la patogénesis de los TCA con otros síntomas psiquiátricos, en particular obsesión, depresión y ansiedad. Autores como Bruch H. (1973)²⁶ y Behar R. (2004)²⁷ han señalado que las pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Eiber et.al.(2003)²⁸ postula que de los pacientes con trastornos alimentarios, 24,3% tenían una fobia social.

Palpan, J. et.al.(2007)²⁹, evaluaron los factores psicosociales como ansiedad, depresión, autoconcepto y disfunción familiar, que están asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginal de Lima. Los resultados indican que un 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación y la ansiedad, y la disfunción familiar representan factores de riesgo.

²³ Una buena relación entre padres e hijos puede evitar futuros trastornos de ansiedad, en: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-buena-relacion-padres-hijos-puede-evitar-futuros-trastornos-ansiedad-estudio-20080505154118.html>

²⁴ Londoño, NH. et.al. 2010. op.Cit.

²⁵ Sepúlveda, A. R., et.al. Mental health in a university population by age and gender. En I. Leal y J. Ribeiro (Eds.). *Health Thought the Life Cycle: A Life Span Perspective*. 2002

²⁶ Bruch H. *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

²⁷ Behar R. *Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004.

²⁸ Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD. Self-esteem: A comparison study between eating disorders and social phobia. *Encephale* 2003; 29: 35-41.

²⁹ Palpan, J. et.al. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix. 2007

Los datos del estudio longitudinal de Toronto³⁰ indican una prevalencia de trastorno de ansiedad de más de 50% después de 4 a 8 años de tratamiento.

Un estudio realizado por Behar A., et.al.(2007)³¹ indicó un riesgo 5,5 veces mayor para presentar ansiedad social de moderada a muy severa cuando existía un desorden alimentario. Las manifestaciones centrales de fobia social en los cuadros alimentarios son: el temor a las situaciones sociales que impliquen el comer y a que el propio cuerpo sea sometido a escrutinio por los demás, con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos abrumadores de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismas.³² En este estudio, la severidad de la ansiedad social, medida por la escala LSAS de Liebowitz, fue significativamente mayor en el grupo con TCA que en el sin TCA, 40,7% versus 7,4%. Este hallazgo de prevalencia de fobia social de un 40,7% en las pacientes alimentarias coincide con los rangos señalados por autores como Herzog D.(1997)³³ y Steere J.(1990)³⁴.

También, las sin TCA mostraron prevalencia de ansiedad social a cualquier nivel, significativamente menores a las de mujeres anoréxicas, bulímicas y con TCA subclínico.

Algunas características de la AN forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público, al igual que en la fobia social; pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos, al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo, o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, como en el trastorno dismórfico. Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria, por ejemplo miedo excesivo a hablar en público, es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento, como miedo excesivo a contaminarse, y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no

³⁰ Buendía, J. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide. 1996

³¹ Behar A., et.al. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 45 (3): 211 -220. 2007

³² Chinchilla A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas y atracones*. Barcelona: Masson; 2003.

³³ Herzog D, et.al.. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 843-59.

³⁴ Steere J, et.al. The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *Int J Eat Disord* 1990; 9 (3): 293-301.

está relacionada con la silueta y el tamaño corporales, por ejemplo preocupación por tener una nariz demasiado grande.³⁵

Se ha constatado que en la anorexia nerviosa la prevalencia de la fobia social oscila entre 48% y 59%³⁶. Schwalberg et.al.(1992)³⁷ encuentran que en pacientes bulímicas, la fobia social era uno de los diagnósticos más frecuentes de acuerdo al DSM III. Aparece en 1/5 de los pacientes con anorexia nerviosa, es 10 veces más frecuente que en el resto de las muestras y en un estudio alemán realizado por Steere J, et.al.(1990)³⁸ hecho con pacientes con bulimia nerviosa, se detecta que la mitad de los casos presentaba síntomas que cumplían criterios de fobia social.²³

Las causas fundamentales de la ansiedad se encontrarían entre los factores genéticos, existiendo una predisposición al trastorno.

Un estilo de vida saludable que incluye ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición, pueden ayudar a reducir el impacto de ansiedad.³⁹

³⁵ American Psychiatric Association. 1994. Op.Cit.

³⁶ Herzog D, et.al.. Op.Cit

³⁷ Schwalberg M, et.al. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Abnorm Psychol* 1992; 101: 675-81.

³⁸ Steere J, Op.Cit.

³⁹ *Trastorno de Ansiedad Generalizada*, en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917.htm>



Capítulo 3

ESTADO NUTRICIONAL Y

TRASTORNOS DE LA

CONDUCTA ALIMENTARIA

El Estado Nutricional (EN) de un individuo refleja el grado en que se cumplen sus necesidades fisiológicas de nutrientes. El consumo de nutrientes depende del consumo real de alimento, el cual está sujeto a la influencia de múltiples factores, entre los que se encuentran situación económica, conducta alimentaria, clima emocional, influencias culturales y los efectos de diversos estados patológicos sobre el apetito y la capacidad para consumir y absorber nutrientes adecuados. Por otro lado, son importantes los requerimientos de nutrientes, que también están sujetos al influjo de múltiples factores, incluido el estrés fisiológico, como infecciones, procesos patológicos crónicos o agudos, fiebre o traumatismo; estados anabólicos normales del crecimiento y el embarazo; mantenimiento y bienestar del organismo; y estrés psicológico.

Cuando se consumen los nutrientes adecuados para apoyar los requerimientos corporales diarios, junto con cualquier aumento de las demandas metabólicas, se logra un estado nutricional óptimo. Este favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y ayuda a proteger de enfermedades y trastornos.

La valoración del estado nutricional (VEN), según la define la American Dietetic Association,¹ es un enfoque integral para definir el estado nutricional de un individuo o de una población, y de esta manera controlar su evolución, recurriendo a ciertos aspectos (Ver Tabla 1) que deberán ser interpretados para luego idear el plan de asistencia nutricional y ponerse en práctica para después ajustarse al lugar apropiado. Las metas de la valoración nutricional son identificar a individuos que requieren apoyo nutricional intensivo; restablecer o mantener un estado nutricional individual; identificar nutroterapias médicas apropiadas; y vigilar la eficacia de estos tratamientos.

Tabla 1. Aspectos de la Valoración Nutricional
Composición corporal: Estudio de las medidas antropométricas
Situación del metabolismo: Estudios de los parámetros bioquímicas
Situación fisiopatológica: Historia clínica y exploración física.
Informe psicosocial: Educación y hábitos alimentarios.
Historia Dietética.

Fuente: Krause "Nutrición y Dietoterapia"²

¹ Council on Practice, Quality Management Committee. ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. *J Am Diet Assoc* 94:838, 1994

² Kathleen L., Arlin M.; Krause "Nutrición y Dietoterapia", 8ª Edición, Editorial Interamericana S.A, 1995. Cap 17, p.297-315.

Las técnicas apropiadas para la valoración permiten detectar deficiencias nutricionales en las primeras etapas del desarrollo, de manera que pueda mejorarse el consumo alimentario mediante el apoyo y asesoramiento nutricional antes que sobrevenga un trastorno más grave.

La VEN debería llevarse a cabo de manera sistemática en todos los individuos. Sin embargo, el tipo de valoración difiere según se realiza en personas básicamente sanas y en las que están en un estado crítico. Es fundamental en el proceso diagnóstico, ayuda a decidir el tratamiento a instituir y a evaluar en el seguimiento los progresos y resultados terapéuticos.³ Una valoración inicial, rápida y sencilla, permite a priori detectar aquellos pacientes con riesgo nutricional, en los cuales se profundizará la valoración para poder adecuar mejor la intervención nutricional.

La VEN como un indicador del estado de salud, es un aspecto importante en la localización de grupos de riesgo de deficiencias y excesos dietéticos que pueden ser factores de riesgo en muchas de las enfermedades crónicas más prevalentes de la actualidad.⁴

Los antecedentes alimentarios constituyen dato de utilidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), no por el cálculo calórico total el cual habitualmente está exagerado, sino por la selección de alimentos, las carencias, números de ingestas, horarios o por la presencia de atracones, objetivos o subjetivos.

Algunas características de la Anorexia Nerviosa (AN) se evidencian a través de este registro, tales como incapacidad de reconocer porciones normales de alimentos, ya que hay un sobredimensionamiento de las porciones; no compartir las comidas en familia, por el contrario, comen solos porque “sienten vergüenza de comer en público” y comen 1 ó 2 veces al día; largos períodos de permanencia frente al plato; selección de alimentos, suprimiendo en primer lugar las carnes rojas; abundante ingesta de líquidos; selección de alimentos dietéticos; preferencia por el consumo de alimentos derivados de la soja.⁵ En AN se observa un consumo de energía inadecuado, y los consumos referidos por lo general son de menos de 1000 kcal/día.⁶

La anamnesis alimentaria en pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) muestra episodios de restricción alimentaria, seguidos de “atracones”.⁷ El consumo total de energía en BN es más imprevisible a causa de la variabilidad en el contenido

³ Bonsignore, A et al. *Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Prácticas interdisciplinarias. Ed Atuel Capital Federal. 1996

⁴ Ortiz Hernández L, Evaluación nutricional de adolescentes. *Rev Med IMSS* 2002, 40 (3):223-232

⁵ De Girolami, D, et al. *Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto*. Ed El Ateneo. 1ª reimpresión. Buenos Aires 2010.196-197

⁶ Fernstrom MH. Et al. Twenty-four hour intake in patients with anorexia nervosa and in healthy control subjects. *Biol Psychiatry* 36:696, 1994.

⁷ De Girolami, D, et al. 2010 op cit

energético de un exceso alimentario, la energía residual después de una purga y el grado de restricción alimentaria entre los episodios de exceso alimentario. De hecho, Mitchell JE, et al (1981)⁸ refirieron excesos alimentarios del orden de 1200 a 11500 kcal por crisis. En un estudio de 54 mujeres con bulimia nerviosa, Weltzin et al (1991)⁹ refirieron un consumo medio de 24 horas de 4446 (\pm 584) Kcal, pero también observaron un amplio rango de consumo calórico, con 44% de consumo excesivo de alimento y 19% de consumo insuficiente de alimento en comparación con los controles.

El consumo de energía inadecuado en pacientes con TCA, da por resultado un menor consumo de carbohidratos, proteínas y grasas. Según Crisp AH (1965)¹⁰ se ha descrito históricamente a los enfermos de AN como evasores de carbohidratos, pero en la actualidad se observa que al parecer restringen de preferencia la grasa alimentaria.¹¹ El consumo limitado de carbohidratos suele ser ostensible en bulímicos durante períodos de restricción del consumo de alimentos, y se ha sugerido que esta restricción impide el metabolismo cerebral normal de la serotonina, desencadenando de esta manera las crisis de exceso alimentario.¹² El porcentaje de calorías con que contribuye la proteína puede ser similar al promedio o mayor, pero lo adecuado del consumo estará relacionado con el consumo total de calorías.

Un consumo de energía inadecuada, una variedad limitada y una deficiente representación de los grupos alimentarios incrementará el riesgo de consumo inapropiado de vitaminas y minerales. Está bien documentado el consumo deficiente de vitaminas en AN, pero es más variable la evidencia clínica y bioquímica.

Al investigar los antecedentes alimentarios, también habrá que determinar el consumo típico de líquido. En algunos casos hay una restricción grave en el consumo, ya que los sujetos no toleran la sensación de llenura que acompaña a la ingestión de líquido. Otros beben cantidades excesivas, tratando de apagar el hambre. En esta población prevalecen las anormalidades en el equilibrio hídrico. Los extremos en la restricción de líquido o consumo del mismo requieren vigilancia de la densidad urinaria y de los electrolitos en suero.

Los datos de laboratorio constituyen el segundo elemento útil a la hora de realizar una VEN y varían con el compromiso nutricional.

⁸ Mitchell JE et al. Frequency and duration of binge eating episodes in patients with bulimia. *Am J Psych* 138:835, 1981

⁹ Weltzin TE, et al. Feeding patterns in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 30:1093, 1991

¹⁰ Crisp AH. Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proc R Soc Med* 58:814, 1965

¹¹ Schebendach, et al. Nutrient quality of diets of adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 20:151, 1997

¹² Wurtman RJ, et al. Nutrients, neurotransmitter synthesis, and control of food intake. In: Stunkard Ag and J, Stellar E (eds.). *Eating and Its Disorders*. New York: Raven Press, 1984.

La caquexia a menudo intensa que acompaña a la AN plausiblemente conllevaría índices bioquímicos de desnutrición, pero esto ocurre raras veces. Los mecanismos compensatorios son notables, y no siempre se observan anormalidades en el laboratorio hasta que la enfermedad está muy avanzada.

En la AN los niveles de albúmina en suero por lo general están dentro de los valores normales. Si bien los niveles verdaderos pueden estar encubiertos por deshidratación en las primeras etapas del tratamiento, no son comunes las alteraciones importantes en la poza de proteína visceral. De hecho, los fenómenos de adaptación que se presentan en el ayuno crónico tienen por objeto mantener el metabolismo de la proteína visceral a expensas del comportamiento somático.

El ionograma puede evidenciar hiponatremia, hipokalemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia. Estos trastornos hidroelectrolíticos obedecen al uso frecuente de diuréticos y laxantes y a los vómitos autoprovocados.¹³

A pesar del consumo de alimentos bajos en grasa y bajos en colesterol, los enfermos de AN a menudo presentan concentraciones altas de colesterol en suero y perfiles de lipoproteínas anormales. Esto es diferente al colesterol en suero bajo que se observa en la desnutrición proteínico-energética por otras causas. Si bien se desconoce la naturaleza exacta de la disfunción de lipoproteína, se han postulado varios mecanismos. Entre ellos, la disfunción hepática leve, la menor secreción de ácidos biliares, la disfunción hipotalámica y los patrones alimentarios anormales.¹⁴ Desde luego, los lípidos altos no requieren que el anoréxico nervioso continúe con una dieta baja en grasas y en colesterol.

La glucemia tiende a ser baja debido a un déficit de precursores para la gluconeogénesis y la producción de glucosa. La síntesis de hormona tiroidea tiende a ser normal, pero la desyodación periférica de tiroxina favorece la formación de triyodotironina reducida (rT_3), con menor actividad metabólica, en mayor cantidad que la de T_3 . Este estado metabólico, conocido como el síndrome de T_3 baja, es característico de la anorexia nerviosa pero se resuelve con el restablecimiento de la alimentación.¹⁵

La función hepática suele ser normal, aunque en algunos casos se puede encontrar alteración de las pruebas de función hepática, como elevación de transaminasas y fosfatasa alcalina. La amilasa puede estar elevada, valor que retrograda al normalizarse el peso. La hipercolesterolemia se observa en gran parte de

¹³ De Girolami, D, et al. 2010 op cit

¹⁴ Arden MR, et al. Effect of weight restoration on the dyslipoproteinemia of anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 11:199, 1990

¹⁵ Fischer M, et al. Eating disorders in adolescents: A background paper. *J Adolesc Health* 16:420, 1995

las anoréxicas, lo cual no está relacionado con una dieta rica en grasas sino que se vincula a una disfunción tiroidea o a un déficit de ácidos biliares.

La hipoalbuminemia es secundaria a la desnutrición y la densidad urinaria es variable y depende de la presencia o no de deshidratación.¹⁶

En BN, cuando hay deshidratación a causa de los vómitos, o abuso de laxantes o diuréticos, disminuye el filtrado glomerular y es frecuente encontrar alteraciones en el equilibrio ácido-base, como alcalosis metabólica, con bajos niveles de cloro y potasio.

Existen determinados estudios complementarios también pueden ser de utilidad. El electrocardiograma habitualmente evidencia bradicardia sinusal atribuible a la emaciación y trastornos del ritmo, causados por desequilibrios electrolíticos, lo cual cede con la recuperación ponderal. En ocasiones se detectaron alteraciones de la onda T, así como alteraciones del intervalo QRS. Más graves son las alteraciones del QT con relación a dietas severas que podrían provocar importantes arritmias, debiendo verse indicación de internación clínica.¹⁷ La densitometría ósea se usa para evidenciar alteraciones óseas compatibles con osteopenia u osteoporosis.¹⁸

Al realizar una valoración metabólica, tercer elemento relevante al momento de valorar el EN en pacientes con TCA, se puede observar que muchos pacientes con AN y BN tienen tasas metabólicas por debajo de lo normal.¹⁹ Esta adaptación es secundaria a la pérdida de peso y constituye una respuesta a la restricción en el consumo calórico.

Schebendach J, et al (1995)²⁰ mediante un estudio, sometió a 21 anoréxicos nerviosos a una medición mediante calorimetría indirecta. Al momento de admitirlos a una unidad hospitalaria mostraron un gasto de energía en reposo (GER) medio de 62% ($\pm 18\%$) respecto a los valores previstos de Harris-Benedict (1919).²¹ Once bulímicos nerviosos tuvieron un GER medio de 83% ($\pm 17\%$) respecto por los valores previstos de Harris-Benedict (1919)²²; sin embargo, el rango de tasas metabólicas fue en extremo variable (55 a 118% respecto de los valores previstos) y no se observó alguna correlación entre las cifras medidas y las previstas.²³

¹⁶ Fernández Aranda F. Et al. *Trastornos de la Alimentación*. Ed Masson 1998

¹⁷ Ibid

¹⁸ Krause, M. *Nutrición y Dietoterapia*. México. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 10ma Edición, 2001.

¹⁹ Schebendach J, et al. Use of indirect calorimetry in the nutritional management of eating disorders. *Int J Eating Disord* 1:59, 1995

²⁰ Ibid

²¹ Harris JA, Benedict FG. *A Biometric Study of Basal Metabolism in Man*. Washington, DC: Carnegie Institute, 1919, p266

²² Ibid

²³ Schebendach J, et al. 1995 Op Cit.

Además de los cambios en la tasa metabólica en reposo, también es necesario considerar la variación en la tasa metabólica posprandial. Stordy BJ, et al (1977)²⁴ determinaron la respuesta metabólica a 100 g de glucosa y encontraron un aumento promedio de 16% en el grupo de pacientes con anorexia nerviosa por contraposición al 6% en controles equiparables.

Aunque se pueden prever los cambios en las tasas metabólicas en ayuno y posprandial, los antecedentes de peso premórbido alertarán al clínico respecto al potencial de respuesta metabólica de un individuo. Stordy BJ, et al (1977)²⁵ observaron que sujetos anoréxicos previamente obesos aumentaban de peso con más rapidez con el mismo consumo de alimento y tenían menores respuestas metabólicas posprandiales que los anoréxicos nerviosos con peso normal antes que comenzara su enfermedad. Asimismo, Walker J, et al. (1979)²⁶ comunicaron que pacientes con anorexia nerviosa previamente obesos aumentaban de peso con más rapidez debido a un menor incremento en el gasto de energía tanto basal como posprandial.

Se ha visto que en las personas desnutridas se presenta atrofia cardíaca y la incapacidad subsiguiente para hacer frente a un aumento brusco en la tasa metabólica durante el restablecimiento de la alimentación.²⁷ Se ha comunicado en anoréxicos nerviosos la presentación de insuficiencia cardíaca congestiva consecutiva al restablecimiento de la alimentación.²⁸ Deberán reconocerse tanto el potencial de una tasa hipometabólica como los peligros de la reanudación vigorosa de la alimentación al tratar a personas con trastornos en la alimentación.

El cuarto componente a evaluar es la valoración antropométrica, la cual se considera muy útil para conocer la situación nutricional de los pacientes con TCA. En primer lugar se intentará valorar al paciente a través del peso y la talla, para luego calcular el Índice de Masa Corporal (IMC)²⁹

La antropometría es la medición de segmentos corporales que comparados con estándares de referencia, permiten clasificar al individuo, es una herramienta de utilidad tanto a nivel individual como poblacional para realizar un diagnóstico nutricional. La misma brinda información acerca de los depósitos grasos y magros del cuerpo, mediante diámetros, pliegues cutáneos, perímetros y longitudes. El procesamiento de las medidas obtenidas con las respectivas ecuaciones y

²⁴ Stordy BJ, et al. Weight gain, thermic effect of glucosa and resting metabolic rate during recovery from anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 30:138, 1977.

²⁵ Ibid

²⁶ Walker J, et al. Caloric requirements for weight gain in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 32:1396, 1979.

²⁷ Keys A, et al. *The Biology of Human Starvation*, vols. 1-2. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950

²⁸ Powers PS. Herat failure during treatment of anorexia nervosa. *Am J Psych* 139:1167, 1982

²⁹ Bonsignore, A et al. 1996 O Cipt

comparación con tablas de referencia poblacional, da una idea del estado nutricional del individuo y de forma indirecta nos dan información sobre la composición corporal.³⁰

En cuanto al peso, se mide en una balanza de precisión, usando la menor cantidad de ropa posible. La mayoría de las pacientes con AN acude a la consulta con un avanzado estado de emaciación que compromete no sólo su vida, sino también su capacidad de comprensión.

Hay que tener en cuenta ciertos elementos que deben observarse cuando se controla el peso, como utilizar siempre la misma balanza; tener en cuenta la posibilidad de ingesta de grandes volúmenes de líquido o la presencia de objetos ocultos entre la ropa para modificar el peso real, por lo cual se las debe pesar en ropa interior y descalzas; y también se aconseja pesarlas de espaldas, ya que muestran ansiedad relacionada con conocer su peso.³¹

El control evolutivo de la talla es necesario en los pacientes que aún no han completado su crecimiento.

En la AN, el factor nutricional expresado por la falta de aporte calórico proteico en un período de crecimiento rápido puede afectar la talla de las jóvenes que la padecen, no alcanzando la que debían tener según su programación genética y existiendo poca probabilidad de que los centímetros perdidos en esta etapa sean recuperados.

Para evaluar el estado nutricional de éstos pacientes, considerando los cambios producidos en su peso corporal, se calculará el IMC, que permitirá establecer según puntos de corte, la presencia de sobrepeso u obesidad.³² Este Índice es una medida de asociación entre el peso corporal y la talla de un individuo, como forma de obtener un índice que refleje la situación ponderal y el riesgo nutricional.

El IMC ha sido mucho más utilizado para diagnosticar obesidad que desnutrición, aunque sus relaciones con el porcentaje de grasa corporal no han sido claramente establecidas.³³

Ideado por el estadístico belga, L. A. J. Quetelet, también se conoce como Índice de Quetelet, se calcula mediante la expresión matemática que implica multiplicar el peso corporal por la talla al cuadrado.³⁴

³⁰ A. Witriw, P. Guastavino. Manual "*Fundamentos y Estrategias en Soporte Nutricional (FYES)*", AADYND – AANEP y Escuela de Nutrición UBA. Cap. "Evaluación Nutricional" 2001.

³¹ De Girolami, D, et al. 2010 op cit

³² Boletín CESNI "Valoración del Estado Nutricional en niños y adolescentes" por Carmuego Esteban y Durán Pablo, junio 2000.

³³ Martín de Portela, Río, Seabodianik, "*Aplicación de la bioquímica a la evaluación del estado nutricional*", Lopez Liberos Editores SRL, pág. 16, 1997.

³⁴ De Girolami, D "*Fundamentos de Valoración Nutricional y composición corporal*", Editorial El Ateneo, 2003, pág 192.

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo, también depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo, además de la masa ósea. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁵, establece la clasificación del EN, según los valores de IMC para adultos (Ver tabla 2). Al usar este indicador para clasificar a los individuos según su adiposidad, puede dar como resultado una clasificación errónea a causa de las diversas contribuciones de la masa ósea, la masa muscular y los líquidos al peso corporal.

Tabla 2. Clasificación según la OMS		
CLASIFICACION	IMC (Kg/m ²)	
	Principales puntos de corte	Puntos de corte adicionales
Delgadez severa	< 16.00	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 – 16.99	16.00 – 16.99
Delgadez leve	17.00 – 18.49	17.00 – 18.49
Bajo peso	< 18.50	< 18.50
Rango Normal	18.50 – 24.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Pre-obeso	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
Obeso	≥ 30.00	≥ 30.00
Obeso clase I	30.00 – 34.99	30.00 – 32.49
		32.50 – 34.99
Obeso clase II	35.00 – 39.99	35.00 – 37.49
		37.50 – 39.99
Obeso clase III	≥ 40.00	≥ 40.00

Fuente: Adaptado de OMS 1995; OMS 2000 y OMS 2004.³⁶

También suele evaluarse la contextura que esta dada por la relación de la talla en centímetros dividida por el perímetro de la muñeca, y se clasifica en contextura pequeña, mediana o grande. El mayor porcentaje de pacientes con AN presenta contextura pequeña o mediana.

Los pacientes con AN tienen desnutrición proteínico-energética que se caracteriza por una depleción importante de las reservas de tejido adiposo y de proteína somática, pero un compartimento de proteína visceral relativamente intacto.

³⁵ Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Integrado por 193, OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud

³⁶ World Health Organization, Publicación: "Global Database on Body Mass Index" en http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Estos enfermos cumplen con los criterios para un diagnóstico de marasmo. Durante la rehabilitación nutricional, la reserva de grasa y de tejido magro se regeneran pero a tasas variables.

Se puede obtener un porcentaje exacto de la grasa corporal mediante la determinación del peso bajo el agua o la densitometría mineral ósea (DXA) equipada con programas computarizados de composición corporal; sin embargo, estos métodos no están disponibles en todo consultorio o clínica. Otro método, el análisis de impedancia bioeléctrica³⁷, es más accesible pero no es fiable en la AN debido a cambios en los compartimientos de los líquidos intracelular y extracelular.³⁸ El porcentaje de grasa corporal también puede estimarse al sumar cuatro determinaciones de pliegues cutáneos (tríceps, bíceps, subescapular y cresta suprailíaca) y después utilizar los cálculos de Durnin JVGA y Rahaman MM (1967)³⁹ y Durnin JVGA y Wormersley J (1974).⁴⁰ Este método se ha validado después de compararlo con la determinación del peso bajo el agua en muchachas adolescentes con AN.⁴¹

Los cambios en el compartimiento del tejido magro se pueden valorar con base en el perímetro muscular mesobraquial, el cual se deriva del perímetro mesobraquial y los pliegues tricipitales y se compara con estándares para poblaciones de sexo y edad equiparables. Se puede obtener una valoración del laboratorio de la depleción de la proteína somática a partir del índice creatinina:estatura. Aunque éste es un método fiable para estimar la masa corporal magra, su validez depende de la recolección exacta de la orina, que es difícil de obtener.

La valoración antropométrica en BN no presenta demasiada dificultad y se valorará con las técnicas habituales. El peso, así como el IMC, puede ser normal o aumentado, llegando a ganar hasta 10 Kg en los períodos de crisis, si los mecanismos compensatorios no son proporcionales a los atracones. No siempre es recomendable el uso de la balanza, especialmente en períodos de crisis, para no aumentar la angustia del paciente.

³⁷ Bioelectrical impedance analysis, BIA, es una técnica utilizada para medir la composición corporal, basada en la capacidad que tiene el organismo para conducir una corriente eléctrica. La impedancia es la oposición de un conductor al flujo de una corriente alterna y la medida de la misma está compuesta por dos vectores, *resistencia* y *reactancia*.

³⁸ Birmingham CL, et al. The reliability of bioelectrical impedance analysis of measuring changes in the body composition of patients with anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 19:311, 1996

³⁹ Durnin JVGA, Rahaman MM. The assessment of the amount of body fat in the human body from measurements of skinfold thickness. *Br J Nutr* 21:681, 1967

⁴⁰ Durnin JVGA, Wormersley J. Body fat assessed from skinfolds thickness: Measurements of 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr* 32:77, 1974

⁴¹ Probst M, et al. Body composition in female anorexia nervosa patients. *Br J Nutr* 76:639, 1996

En pacientes con TCA se valora y se vigila de manera sistemática el peso corporal. En la AN, es necesario el aumento de peso, en cambio en la BN, el objetivo a corto plazo será el mantenimiento del mismo. Aunque puede ser conveniente la baja de peso, esto no se aborda hasta que se estabilizan los patrones de alimentación caóticos. El cambio de peso en los trastornos de la alimentación es afectado por el estado de hidratación, las reservas de glucógeno, los factores metabólicos y los cambios en la composición corporal.

La rehidratación y las reservas de glucógeno restituidas contribuyen al aumento de peso en las primeras etapas del tratamiento de la AN, pero para lograr mayores aumentos en el peso se requieren incrementos en las reservas de tejido magro y de grasas. En general, es preciso aumentar o disminuir el consumo calórico en 3500 Kcal para lograr un cambio de 450 gr en el peso corporal; sin embargo, el verdadero costo de energía depende del tipo de tejido obtenido. Se requiere más energía para aumentar la grasa que el tejido magro, y el aumento de peso real resulta de una mezcla de tejidos.⁴²

El estado antropométrico de los individuos con trastornos de la alimentación se valora y vigila con regularidad. Si un paciente está hospitalizado, se obtiene diariamente el peso posprandial temprano por la mañana. En uno externo, se obtiene el peso en la misma balanza con el sujeto vestido, más o menos a la misma hora del día, por lo menos una vez a la semana, al principio del tratamiento. Antes de pesarse, el enfermo deberá orinar, y se verifica la densidad urinaria para detectar deshidratación o carga de líquido. Si el paciente asevera que no puede proporcionar una muestra de orina, el médico lo examinará para ver si tiene llena la vejiga. Los enfermos recurren a tácticas engañosas, tales como carga de agua, esconden objetos pesados en su persona o se abstienen de orinar y defecar, para simular la meta de peso prescrita.⁴³

Para evaluar la composición corporal, tanto los datos obtenidos por antropometría, tales como perímetro y pliegues, como los que resultan de la bioimpedancia, son útiles para observar la evolución del tratamiento. Con estos datos se evalúan principalmente el tejido adiposo, la masa muscular y el contenido de agua en el organismo. La pérdida de masa proteica varía con el compromiso nutricional. Determinar el porcentaje de tejido adiposo es especialmente útil, ya que tiene relación directa con el grado de desnutrición, con la falta de menstruación y con su reinicio.⁴⁴

⁴² Krause, M. *Nutrición y Dietoterapia*. Op Cit

⁴³ Amuerman S, et al. Unique considerations for treating eating disorders in adolescents and preventive intervention. *Topics in Clinical Nutrition* 12(1):79, 1996

⁴⁴ De Girolami, D, et al. 2010 op cit

Behar R (2007)⁴⁵ en su estudio de la población de estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética, evaluó el estado nutricional a través del IMC y el riesgo de las mismas de desarrollar algún trastorno alimentario. Se determinó que el 14% de las estudiantes con riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, evaluado según el EAT-40, presentan un estado nutricional normal. Por otro lado, el 20% y 17% de las estudiantes con estado nutricional enflaquecido y sobrepeso respectivamente, presentan riesgo de desarrollar una patología alimentaria.

Kinzl et al (1999)⁴⁶, examinan las conductas alimentarias de nutricionistas austriacas tituladas, encontrándose 6,6% bajo peso, 12,3% con sobrepeso y el resto de la muestra se clasificó como normal para el IMC. Del total de la muestra, el 7,5% se encontraba en riesgo de desarrollar una patología alimentaria. La prevalencia de padecer o haber padecido un cuadro alimentario fue de 2,5% para AN y 3,4% para BN. De aquellas que presentaban sobrepeso, 6 (15%) fueron diagnosticadas con TANE.

Este mismo estudio determina que el 6,6% de las nutricionistas se encontraban enflaquecidas en contraste con el 8% perteneciente al estudio de Behar R⁴⁷. Por el contrario, el 12,3% de las nutricionistas presentaron sobrepeso, en comparación con el 5% de las estudiantes analizadas en dicha investigación. Por otra parte, la muestra de este estudio arroja un rango de IMC que varía entre 17 y 29 kg/m², con una media de 21,4 kg/m², valor que de acuerdo a este indicador se corresponde con un estado nutricional ideal.

Debido al riesgo que presentan los alumnos de la carrera Licenciatura en Nutrición de desarrollar conductas anómalas en la alimentación, es de suma importancia considerar al peso corporal como uno de los factores de riesgo más importantes y predisponentes, para desarrollar un TCA.

Como lo demuestra un estudio realizado por Saucedo T (2002)⁴⁸ sobre las conductas alimentarias y la distribución de la masa corporal, se observa que existe una tendencia en ambos sexos, a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la alimentación a medida que se incrementa el IMC y la edad de los sujetos.

Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación a los hombres. Se

⁴⁵ Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. Vol.34, N°4, Diciembre 2007.

⁴⁶ Kinzl J, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Dietitians: Are they a risk group for eating disorders? *Europ Eating Disorders Rev* 1999; 7:62-67.

⁴⁷ Behar R. 2007 Op Cit

⁴⁸ Saucedo T. et al, "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal", Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente, México, 2002 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222507.pdf>.

concluyo que del total de la muestra, aquellos que presentaban sobrepeso y obesidad, son los que mostraron mayores porcentajes de conductas alimentarias en riesgo.

No solo deben recibir mayor atención aquellos que presenten sobrepeso u obesidad, ya que en este mismo estudio, se observó que las categorías de peso bajo y muy bajo, también afirmaron realizar prácticas de este tipo de conductas erróneas, es por esto que deben considerarse como un grupo que merece atención, ya que quizás están motivadas por la percepción errónea de su propio cuerpo.⁴⁹

⁴⁹ Saucedo T. (2002); op.cit



DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional ya que se evaluarán los aspectos a estudiar. De esta manera se podrán medir las variables estado nutricional, riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y grado de ansiedad social de los alumnos de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA de Mar del Plata, y de esta manera obtener información sobre lo que sucede en la población de estudio y luego expresarlo estadísticamente. Con respecto a la ubicación temporal el estudio será transversal, ya que las mediciones se realizarán en un único momento temporal, y no habrá continuidad en el eje del tiempo.

Se obtiene información sobre el estado nutricional, mediante un indicador antropométrico, se evalúa el riesgo de desarrollar conductas erróneas en la alimentación, mediante el cuestionario Eating Attitudes Test 40 (EAT 40)¹ y el grado de ansiedad social mediante la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)².

La población de estudio está compuesta por estudiantes de primero, segundo, tercero y cuarto año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA en la Ciudad de Mar del Plata.

Se tomará una muestra al azar donde se incluyen alumnos de ambos sexos estudiantes de Licenciatura en Nutrición que deseen participar de la encuesta EAT-40, la LSAS y las mediciones antropométricas correspondientes.

Las variables que se estudiarán son las siguientes:

❖ **Sexo**

Femenino o Masculino

❖ **Edad**

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, expresado en años.

Definición operacional: Tiempo que los adultos mayores de 17 años, alumnos hombres y mujeres de la carrera Licenciatura en Nutrición, han vivido desde su nacimiento, expresado en años. Los datos son obtenidos en la encuesta realizada.

❖ **Estado Nutricional**

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación del estado nutricional permite determinar la condición en la que se halla el individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido efectuar;

¹ Garner DM and Garfinkel PE. *The Eating Attitudes Test*. Psychological Medicine; 1979

² Liebowitz, M. R.: Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141–73

asimismo pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.³

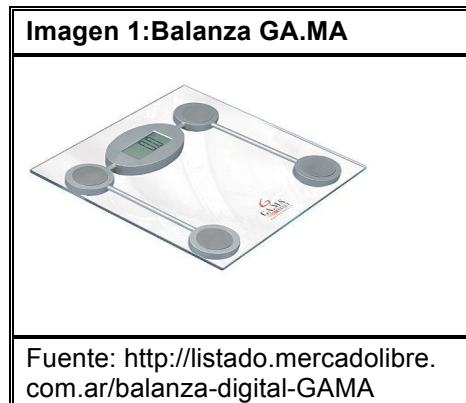
Definición Operacional: Condición física que presentan los adultos mayores de 17 años, alumnos hombres y mujeres de la carrera Licenciatura en Nutrición, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.

Para obtener la información se realizaron mediciones del peso corporal y la talla del alumno, para luego calcular el Índice de Masa Corporal.

- **Peso Corporal:**

Es la masa corporal expresada en kilogramos. Para la medición de peso corporal se utiliza una balanza digital GA.MA plataforma de vidrio súper exacta, capacidad de 150 kg con división de 100 gr.

Técnica de medición: El paciente se encuentra de pie y con el mínimo de ropa, cuidando una posición central y simétrica en la plataforma de la balanza. Se realiza la lectura en kilos.



- **Talla o estatura:**

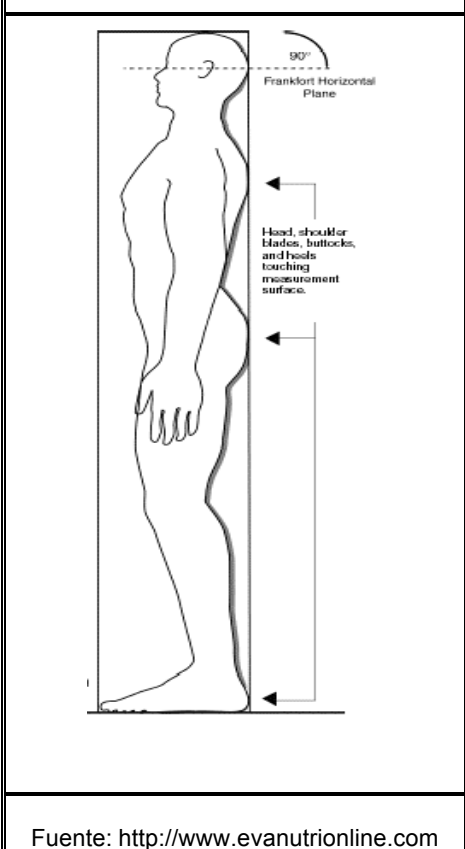
La talla o estatura se define como la distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación.⁴ La medición se realiza con una cinta métrica flexible Lufkin de 0,5 cm de ancho y 2 mts de extensión



³ Martín de Portela, Río, Seabodianik, "Aplicación de la bioquímica a la evaluación del estado nutricional", Lopez Liberos Editores SRL, pág. 16, 1997.

⁴ Programa de Tipificación del deporte, "Valoración antropométrica: Protocolo de medición", Ministerio de cultura, educación y deporte, Madrid en <http://www2.csd.mec.es/NR/rdonlyres/ecpbwzjbotb2xlcjdlhnoip5qw7jbw6f6zkbbaesghyljullejlogzmlswxr3pf5mhbbtoanxbf7fhb6fsmraraezd/Antropometria.doc>

Imagen 3: Medición de talla o estatura



Fuente: <http://www.evanutritionline.com>

metros.

Técnica de medición: El sujeto se coloca de pie, completamente estirado, con los talones juntos y apoyados en el tope posterior y de forma que el borde interno de los pies formen un ángulo de aproximadamente 60 grados. Las nalgas y la parte alta de la espalda contactan con la pared. Se coloca la cabeza del estudiado en el plano de Frankfort⁵ y realiza una tracción de la cabeza a nivel de los procesos mastoides, para facilitar la extensión completa de la columna vertebral. Se indica al sujeto que realice una inspiración profunda sin levantar la planta de los pies y manteniendo la posición de la cabeza y luego se realiza la medición.

La medición se realiza sobre una pared sin zócalos ni desniveles en el piso, con el paciente descalzo.⁶ Los datos se expresan en

⁵ Plano horizontal representado de perfil por una línea entre el punto más bajo del borde de órbita y el punto más alto del borde del meato auditivo.

⁶ RESPYN "Revista Salud Pública y Nutrición", Volumen 5 N°3, Septiembre 2004. Publicación: "Factores asociados al sobrepeso en estudiantes de 8 a 18 años, de áreas suburbanas, México" por Javier Villanueva Sánchez y Esther Ramírez Moreno en <http://www.respyn.uanl.mx/v/3/articulos/factores.htm>

- Índice de Masa Corporal (IMC):

Variable compleja que se obtiene dividiendo el peso por la talla al cuadrado. Para el diagnóstico del estado nutricional se toman como población de referencia para adultos, las establecidas por la OMS⁷ (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación según la OMS	
CLASIFICACION	IMC (Kg/m²)
Principales puntos de corte	
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 – 16.99
Delgadez leve	17.00 – 18.49
Bajo peso	< 18.50
Rango Normal	18.50 – 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso	25.00 – 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso clase I	30.00 – 34.99
Obeso clase II	35.00 – 39.99
Obeso clase III	≥ 40.00
Fuente: Adaptado de OMS 1995; OMS 2000 y OMS 2004	

❖ **Año alcanzado de la carrera Licenciatura en Nutrición**

- **Definición conceptual:** Año en que se encuentra cursando al momento de la recolección de datos.

-**Definición operacional:** Año en que los alumnos hombres y mujeres de la carrera Licenciatura en Nutrición, se encuentran cursando. Los datos son obtenidos en la encuesta realizada.

❖ **Riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria:**

- **Definición conceptual:** Probabilidad de padecer una patología alimentaria como anorexia, bulimia o trastornos alimentarios no específicos. Esta definido por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida.

-**Definición operacional:** Probabilidad de padecer una patología alimentaria como anorexia, bulimia o trastornos alimentarios no específicos, en los alumnos hombres y

⁷ Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Integrado por 193, OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud

mujeres de la carrera Licenciatura en Nutrición. Creado por Garner y Garfinkel en el año 1979, se emplea el instrumento EAT-40 para evaluar el Riesgo de Desarrollar un TCA.

El instrumento consta de 40 reactivos con 6 opciones de respuestas tipo Likert con un punto de corte internacional de 30 puntos, lo cual se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios

Los autores del EAT-40 sugieren utilizar la siguiente clasificación para identificar a los individuos con bajo, mediano y alto riesgo de desarrollar algún TCA:

Puntos de corte del EAT-40	
Clasificación del Riesgo de desarrollar un trastornos alimentario	Puntuación
Bajo Riesgo	≤ 21 puntos
Mediano Riesgo	21-29 puntos
Alto riesgo	≥ 30 puntos

❖ **Grado de Ansiedad Social:**

- **Definición conceptual:** Miedo exagerado de sentirse humillado ante situaciones sociales, en especial de actuar de manera tal que se coloque uno en una situación vergonzosa frente al resto de las personas.

-**Definición operacional:** Miedo exagerado de sentirse humillado ante situaciones sociales en los alumnos hombres y mujeres de la carrera Licenciatura en Nutrición. Se va a evaluar el grado de ansiedad mediante la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)⁸ que consta de 24 preguntas. Cada una de ellas consiste en una situación a considerar que debe ser puntuada en relación a la ansiedad o miedo que supone y la frecuencia con que se evita. La puntuación máxima posible es 144 y la mínima 0.

Los autores de LSAS sugieren las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados obtenidos al completar el cuestionario:

Puntos de corte del LSAS	
Clasificación del Grado de Ansiedad	Puntuación
No se aprecia ansiedad social	< 55 puntos
Ansiedad social moderada	55 – 65 puntos
Ansiedad social significativa	65 – 80 puntos
Ansiedad social severa	80 – 95 puntos
Ansiedad social muy severa	> 95 puntos

⁸ Liebowitz, M. R.: Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141–73

Mar del Plata.....de.....de 2011

Yo,..... de acuerdo a la información brindada por la alumna María Eugenia Guglielmone, concedo la autorización para que me efectúen una encuesta durante una entrevista con dicha alumna.

Declaro que se me ha explicado que estos datos serán utilizados en forma anónima y confidencial en un trabajo de investigación que se implementa como Trabajo de Tesis junto con el Departamento de Metodología de la Universidad FASTA. Se realiza la siguiente encuesta con el fin de conocer cual es el riesgo de desarrollar algún trastorno en la conducta alimentaria y el grado de ansiedad.

Conforme con la información brindada, la cual ha sido leída y comprendida perfectamente, acepto participar de este estudio.

Muchas Gracias por su colaboración.

FIRMA DEL ALUMNO

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)

Sexo: F M
Edad: _____

Peso: _____
Estatura: _____

Año alcanzado en la carrera: _____
BMI: _____

Instrucciones: Por favor marque una de las respuestas, para cada una de las declaraciones con una X

	EATING ATTITUDES TEST (EAT-40) Modificado para la población de adolescentes con diabetes tipo 1	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNA S VECES	BASTAN TES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1-	Me gusta comer con otras personas.						
2-	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3-	Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de comer.						
4-	Me da miedo la idea de tener sobrepeso.						
5-	Evito comer aunque tenga hambre.						
6-	Me preocupo mucho por la comida.						
7-	He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						

	Continuación...	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8-	Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9-	Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como.						
10-	Evito especialmente las comidas con alto contenido de hidratos de carbono (pan, pastas, arroz,)						
11-	Me siento lleno/a después de las comidas...						
12-	Siento que los demás quieren que coma más.						
13-	Vomito después de haber comido.						
14-	Me siento muy culpable después de comer.						
15-	Me preocupa el deseo de estas mas delgada/o.						
16-	Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17-	Me peso varias veces al día.						
18-	Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19-	Disfruto comiendo carne.						
20-	Me levanto pronto por las mañanas.						
21-	Cada día como los mismos alimentos.						
22-	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23-	Tengo la menstruación regular (chicos pasar a la siguiente pregunta)						
24-	Lo demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
25-	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26-	Tardo en comer más que las otras personas.						
27-	Disfruto comiendo en restaurantes.						
28-	Tomo laxantes.						
29-	Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30-	Como alimentos de dietéticos o bajas calorías						
31-	Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32-	Me controlo en las comidas.						
33-	Noto que los demás me presionan para que coma más.						
34-	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35-	Suelo tener estreñimiento o constipación.						
36-	Me siento incomoda/o después de comer dulces.						
37-	Me comprometo a hacer regímenes.						
38-	Me gusta sentir el estomago vacío.						

	Continuación...	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
39-	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40-	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						
41-	Dejo de ponerme o reduzco las dosis de insulina para bajar de peso.						
42-	Aumento dosis de insulina para bajar de peso						

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y decida hasta que punto esa situación afecta a su ansiedad y comportamiento. Cada situación debe ser puntuada en relación a la ansiedad o miedo que supone (0 Nada; 1 Leve; 2 Moderado; 3 Severo) y la frecuencia con la que se evita (0 Nunca; 1 Ocasionalmente; 2 Frecuentemente; 3 Usualmente)

	ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)	Temor o Ansiedad	Evitación
1	Hablar por teléfono en público.		
2	Participar en pequeños grupos.		
3	Comer en lugares públicos.		
4	Beber con otras personas, en lugares públicos.		
5	Hablar con personas con autoridad.		
6	Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia.		
7	Ir a una fiesta.		
8	Trabajar mientras lo están observando.		
9	Escribir mientras lo están observando.		
10	Hablar por teléfono mientras lo están observando.		
11	Hablar con alguien a quién no conoce muy bien.		
12	Conocer a nuevas personas.		
13	Orinar en un baño público.		
14	Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados.		
15	Ser el centro de atención.		
16	Hablar en una reunión.		
17	Hacer un examen.		
18	Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que no conoce muy bien		
19	Mirar a los ojos a personas que no conoce muy bien.		
20	Dar un informe a un grupo.		
21	Tratar de enamorar a alguien.		
22	Devolver compras en una tienda.		
23	Organizar una fiesta.		
24	Resistir a un vendedor insistente.		

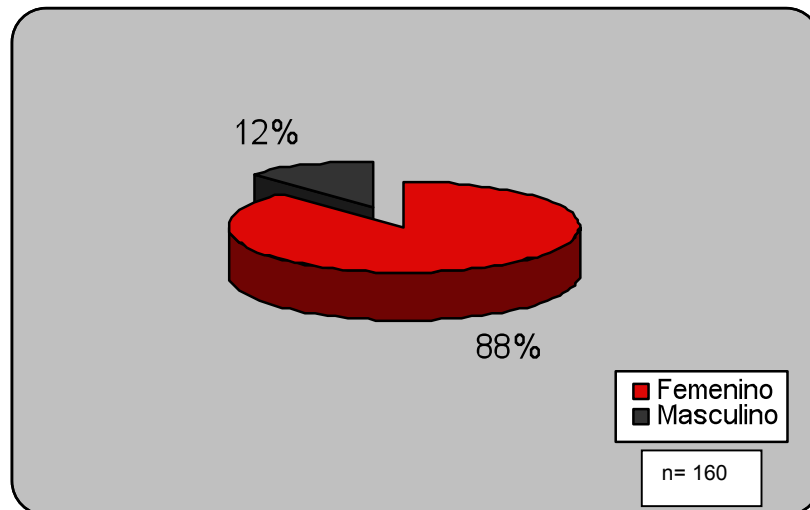


ANALISIS DE DATOS

Los siguientes datos surgen del análisis del trabajo de campo realizado sobre una muestra de 160 alumnos de ambos sexos de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA de todos los años de la carrera.

A continuación se detalla la distribución según sexo del total de los estudiantes entrevistados:

Gráfico N° 1: Distribución según sexo.

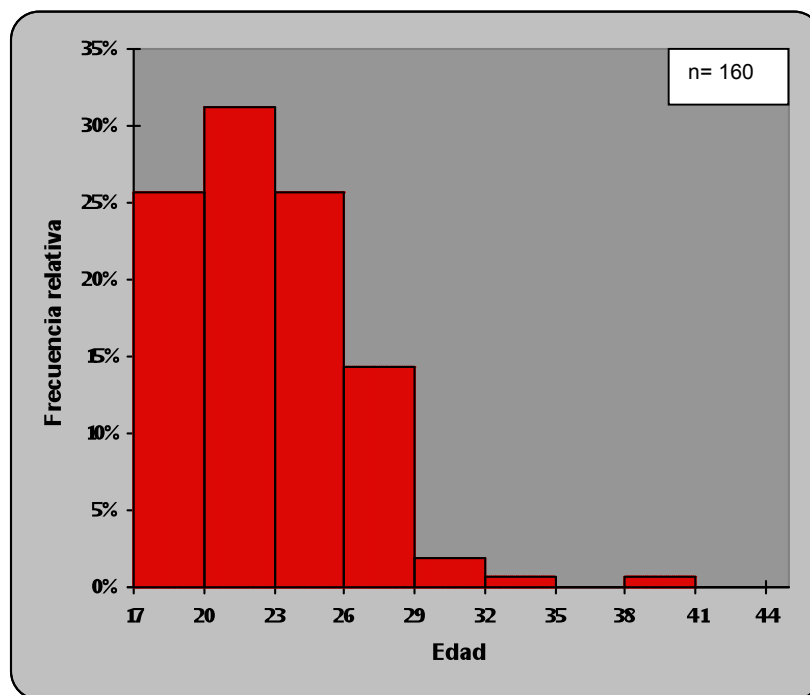


Fuente: Elaboración propia

Se observa una notoria prevalencia de mujeres que estudian Licenciatura en Nutrición en la Universidad FASTA representada por un 88%.

En cuanto a la edad de los estudiantes que forman parte de esta muestra, se determinan grupos etáreos en intervalos de 3 años. La distribución de la misma se presenta a continuación:

Gráfico N° 2: Distribución según grupos de edad.

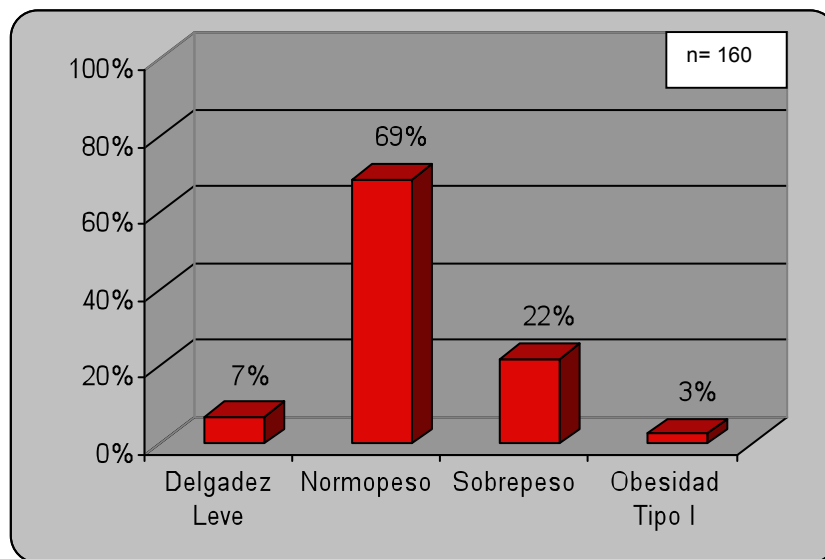


Fuente: Elaboración propia

Las edades oscilan entre los 17 y los 41 años con una media de 22,2. La mayor concentración de estudiantes se encuentra entre los 17 y 26 años representada por un 83% de la muestra.

El estado nutricional de los estudiantes evaluados se determina mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal, para su obtención se realizan mediciones del peso corporal y la talla. Las mediciones son tomadas durante la entrevista mediante una balanza digital GA.MA plataforma de vidrio súper exacta con una capacidad de 150 kg con división de 100 gr y una cinta metálica flexible Lufkin de 0,5 cm de ancho y 2 mts de extensión. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Gráfico N° 3: Distribución del Estado Nutricional.

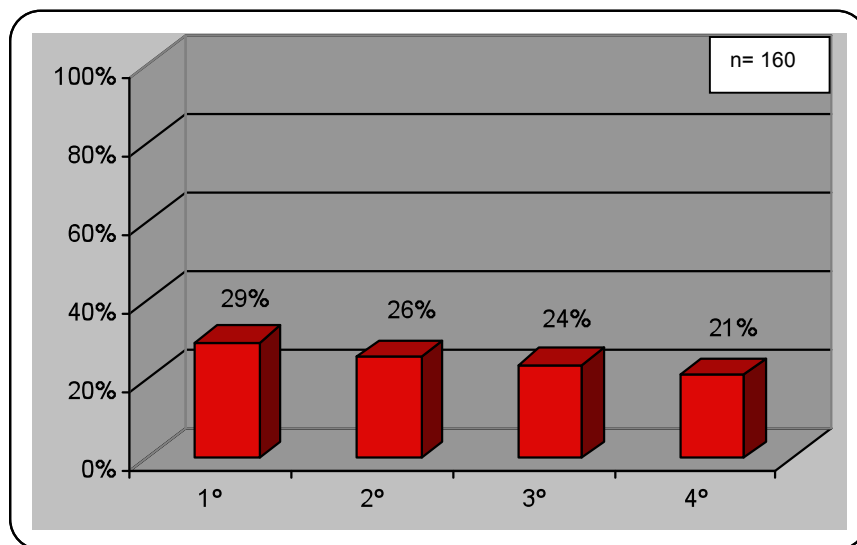


Fuente: Elaboración propia

Del gráfico surge que la mayor parte de la muestra presenta un estado nutricional Normal, siendo representada por un 69% del total. Otro aspecto a destacar es que un 25% de la muestra presenta Sobrepeso u Obesidad, siendo este un alto porcentaje de alumnos con estado nutricional fuera de los parámetros normales, lo cual podría deberse a la falta de buenas conductas alimentarias por parte de los mismos. Solo el 7% de los estudiantes presenta un peso por debajo de lo normal.

En cuanto a la distribución por Año alcanzado en la carrera se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico N° 4: Distribución de acuerdo al Año alcanzado.

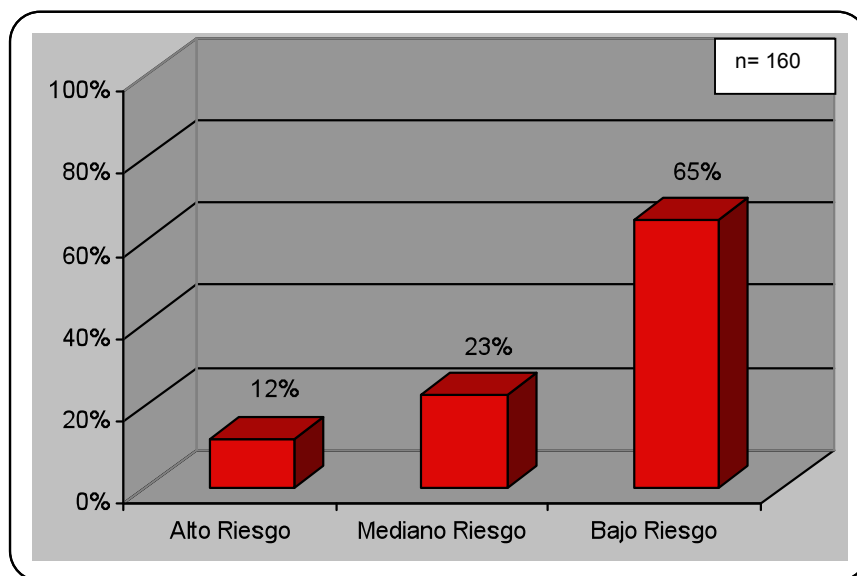


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar un porcentaje decreciente pero similar en cada año, lo cual se debe a que se buscó entrevistar a un número representativo de la cantidad de alumnos por año. Como consecuencia se halla un 29% y un 21% correspondiente al primer y cuarto año de la carrera respectivamente.

Para determinar si los alumnos presentan algún tipo de riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, se emplea el instrumento de evaluación EAT-40 creado por Garner y Garfinkel en el año 1979, el cual consta de 40 reactivos con 6 opciones de respuestas tipo Likert con un punto de corte internacional de 30 puntos, lo cual se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios. Los resultados de la aplicación de esta evaluación se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 5: Distribución según riesgo de desarrollar un TCA.

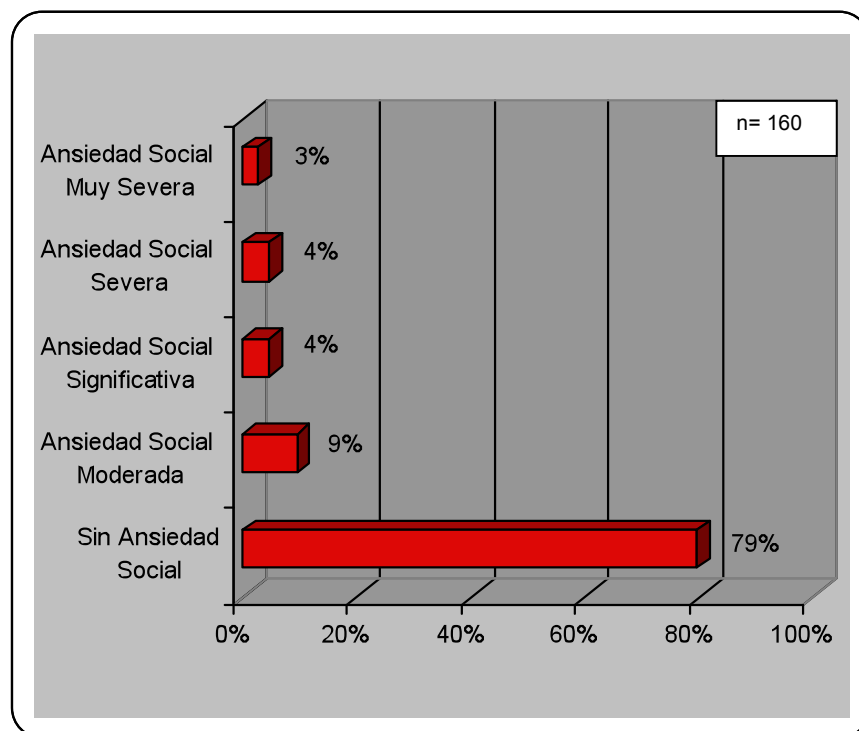


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 65% tienen Bajo Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación. Cabe destacar que los pacientes con Mediano y Alto Riesgo representan un 35% de la muestra, lo cual muestra una proporción considerable de alumnos riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación.

Posteriormente, y con el fin de evaluar el grado de Ansiedad Social de dichos alumnos se utiliza la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS) que consta de 24 preguntas. Cada una de ellas consiste en una situación a considerar que debe ser puntuada en relación a la Ansiedad o miedo que supone y la frecuencia con que se evita. La puntuación máxima posible es 144 y la mínima 0. En el gráfico siguiente se presentan los resultados obtenidos al aplicar la mencionada escala entre los estudiantes de la muestra:

Gráfico N° 6: Distribución según Grado de Ansiedad Social.



Fuente: Elaboración propia

Se puede destacar una notoria prevalencia de estudiantes Sin Ansiedad Social correspondiente al 79% de la muestra. El porcentaje restante se distribuye de manera decreciente entre los estudiantes que poseen Ansiedad Social, representando un 9% a aquellos con Ansiedad Social Moderada y un 3% a aquellos con Ansiedad Social Muy Severa.

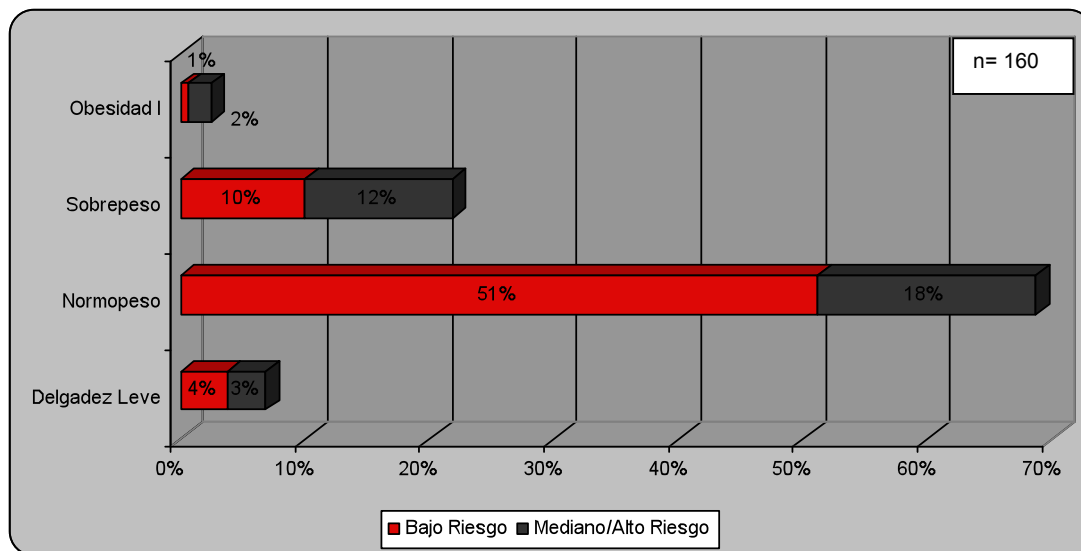
A continuación se busca determinar la existencia de relación entre las variables Sexo y Estado Nutricional. Para esto se efectuó un Test Chi-Cuadrado¹ que determina la evidencia a favor o en contra de la existencia de la mencionada relación.

Se obtuvo como resultado del test un p-valor de 0,026 que es inferior al nivel de significación teórico utilizado de 0,05, por lo que existe evidencia para creer que están relacionadas entre sí las mencionadas variables. (VER ANEXO 1)

Para analizar si existe relación entre las variables Sexo y riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, se desarrolla un Test Chi-Cuadrado. Cabe destacar que la variable riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación fue reclasificada con las categorías “Bajo Riesgo” y “Mediano y Alto Riesgo”. El resultado del test proporciona un p-valor de 0,431, superior al nivel de significación de 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, es decir, existe evidencia para creer que ambas variables estén relacionadas (VER ANEXO 2).

Al intentar establecer si existe relación entre las variables Estado Nutricional y riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, utilizando con esta variable la reclasificación anterior, no es factible utilizar un Test Chi-Cuadrado dada la polarización de las respuestas. Sin embargo, en el siguiente gráfico se presenta la mencionada relación.

Gráfico N° 7: Relación entre EAT-40 y Estado Nutricional.



Fuente: Elaboración propia

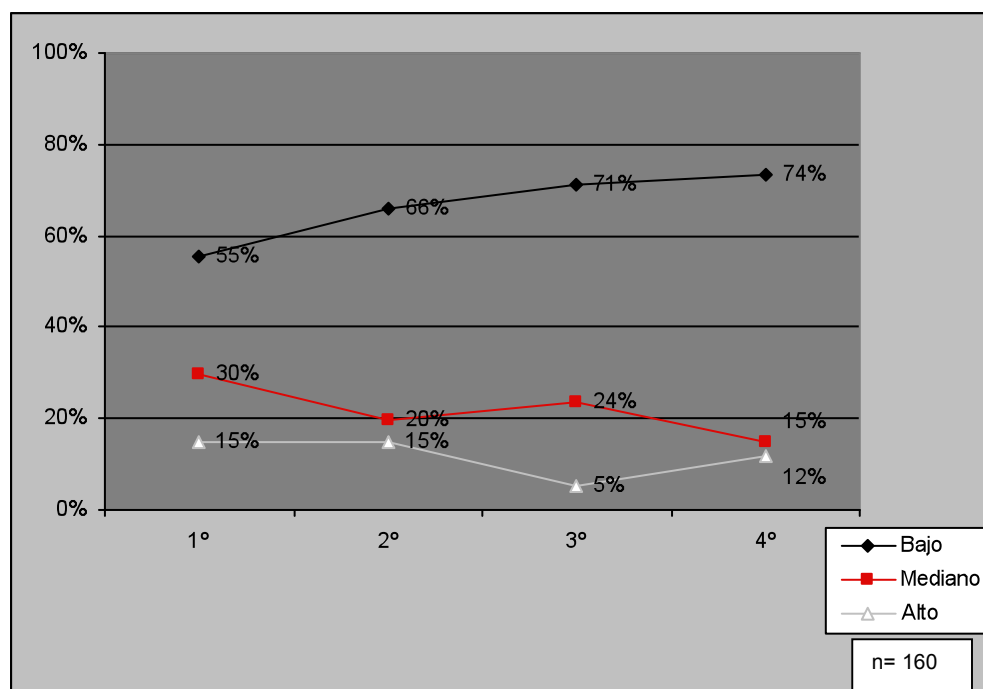
¹ La prueba de independencia Chi-cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

Del gráfico anterior se puede deducir que algo más de la mitad de los estudiantes que presentan Obesidad tienen algún riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación; lo mismo ocurre con aquellos que presentan Sobrepeso. Con respecto a los alumnos con Normopeso se observa que más de la mitad tiene Bajo Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación. Por último, de la muestra que presenta un peso por debajo de lo normal adquieren un porcentaje levemente superior aquellos que presentan Bajo Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación.

Posteriormente se busca determinar la existencia de relación entre las variables Año de la Carrera y Estado Nutricional, utilizando el mismo test. Sin embargo no es posible la aplicación del mismo dada la polarización de las respuestas que hacen que el mismo no sea factible de aplicar.

Luego, con el objetivo de identificar la distribución del resultado del EAT-40 en función del Año alcanzado en la carrera, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8: Relación entre EAT-40 y el Año alcanzado en la Carrera.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados del anterior gráfico indican un notorio aumento en la proporción de alumnos con Bajo Riesgo durante el transcurso de la carrera, mientras se evidencia una clara disminución de quienes poseen Mediano y Alto Riesgo.

En función de lo representado en el gráfico anterior, es razonable suponer que el aumento en la proporción de estudiantes que poseen bajo riesgo a través del transcurso de la carrera es estadísticamente significativo. Para esto se realiza un test de hipótesis de comparación de proporciones donde se considera la proporción de alumnos en estado de bajo riesgo en Primer y Cuarto Año de la Carrera. La hipótesis alternativa considerada es unilateral, indicando una diferencia negativa entre las mencionadas proporciones. El resultado del test nos da un p-valor de 0,047, el cual es inferior al nivel de significación teórico de 0,05, por lo que se debe rechazar la hipótesis nula, es decir, que la diferencia entre las dos proporciones es estadísticamente significativa. (VER ANEXO 3)

Posteriormente se busca identificar la existencia de una relación entre el resultado del LSAS y el Año alcanzado en la carrera. Para esto se plantea la siguiente tabla con la distribución del resultado del LSAS en función del Año.

	Sin Ansiedad Social	Ansiedad Social Moderada	Ansiedad Social Significativa	Ansiedad Social Severa	Ansiedad Social Muy Severa
Primer Año	70%	17%	11%	2%	0%
Segundo Año	80%	2%	2%	10%	5%
Tercer Año	87%	8%	0%	3%	3%
Cuarto Año	82%	9%	3%	3%	3%

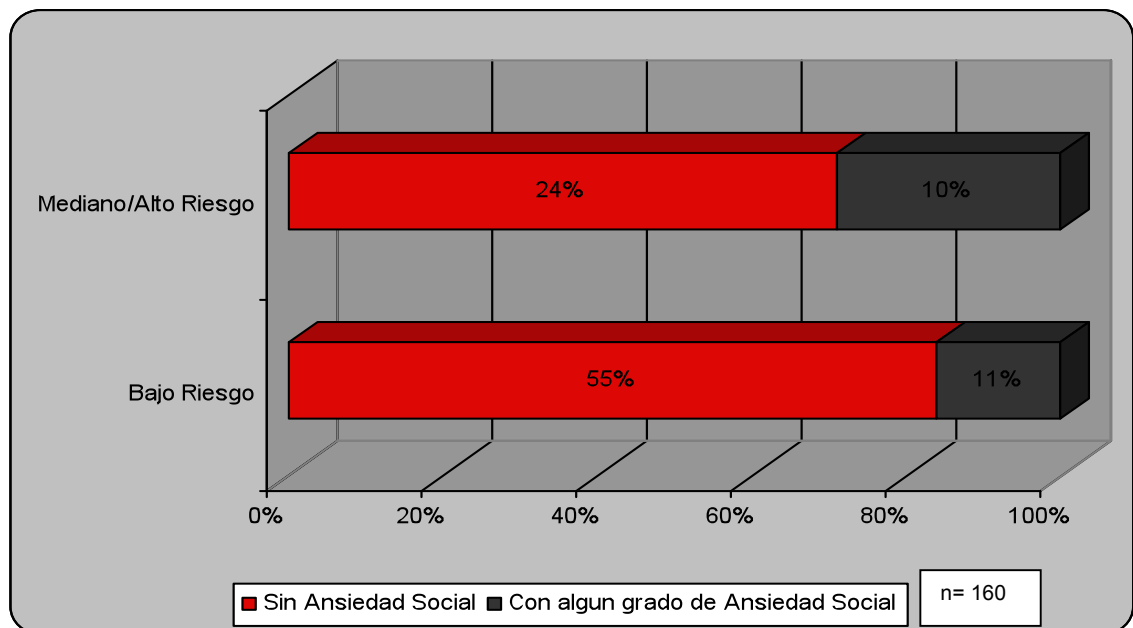
De la tabla anterior surge que la proporción de alumnos Sin Ansiedad Social, aumenta con el desarrollo de la carrera, mientras que los distintos grados de Ansiedad Social poseen un comportamiento errático. Para determinar si la diferencia entre las proporciones de alumnos que no presentan Ansiedad Social en Primer y Cuarto Año es estadísticamente significativa, se realiza nuevamente un test de hipótesis para la comparación de proporciones². La hipótesis alternativa considerada es unilateral, indicando una diferencia negativa entre las mencionadas proporciones. El resultado del test nos da un p-valor de 0,106, que es mayor que el nivel de significación teórico de 0,05, lo cual nos quiere decir que no se puede rechazar la hipótesis nula, por lo tanto no es posible afirmar que la diferencia de proporciones de alumnos sin Ansiedad Social entre Primer y Cuarto Año sea estadísticamente significativa (VER ANEXO 4).

² La prueba de comparación de proporciones nos permite determinar si la diferencia entre dos proporciones observadas de una o dos poblaciones resulta estadísticamente significativa.

Finalmente y con el objetivo de determinar si existe relación entre el grado de Ansiedad Social y el riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, se considera una nueva categorización de las variables con el objetivo de poder utilizar las mismas dentro de un Test Chi-Cuadrado. La variable grado de Ansiedad Social se categoriza en “Sin Ansiedad Social” y “Con algún grado de Ansiedad Social”, uniéndose las categorías Moderado, Significativo, Severo y Muy Severo. Por otra parte, a la variable riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación se la categoriza en “Bajo Riesgo” y “Mediano/Alto Riesgo”, uniéndose en este caso las categorías tal cual su nombre. El resultado del test nos proporciona un p-valor de 0,055, por lo tanto no habría relación entre las variables. Sin embargo este p-valor es muy levemente superior al nivel de significación de 0,05, por lo tanto se debería considerar una ampliación en el muestreo para rectificar o ratificar este resultado. (VER ANEXO 5)

El resultado anterior se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 9: Relación entre EAT-40 y LSAS.



Fuente: Elaboración propia

Del gráfico surge que entre las personas que tienen un Bajo Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación (66% de la muestra) la mayoría, representado por un 80% aproximadamente, no presenta Ansiedad Social. Por su parte, las personas que tienen Mediano o Alto Riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, un porcentaje cercano al 30% presentan algún grado de Ansiedad Social. Cabe destacar que en el anterior gráfico se representaron los porcentajes totales de cada una de las categorías de las dos variables juntas.



CONCLUSIONES

En la actualidad, los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de alimentos en la interacción social, ejercen una notable influencia en la población universitaria. Dentro de los factores socioculturales que influyen tanto en la génesis como en el mantenimiento de los Trastornos Alimentarios, muchas veces determinadas profesiones o actividades son un factor determinante en la priorización de un cuerpo delgado.

Encontramos que de los alumnos pertenecientes a la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA se destaca una notoria prevalencia de mujeres representada por un 88%.

Las edades oscilan entre los 17 y los 41 años con una media de 22,2 y la mayor concentración de estudiantes se encuentra entre los 17 y 26 años representada por un 83% de la muestra.

La mayor parte de la muestra presenta un estado nutricional normal. Los resultados obtenidos se reflejan en los estudios realizados por Behar R (2007)¹ y Kinzl et al (1999)². Otro aspecto a destacar es que un 25% de la muestra presenta sobrepeso u obesidad, siendo este un alto porcentaje de alumnos con estado nutricional fuera de los parámetros normales, lo cual podría deberse a la falta de buenas conductas alimentarias por parte de los mismos. Solo el 7% de los estudiantes presenta un peso por debajo de lo normal, valores similares a los hallados por Kinzl et al (1999)³ quién determina que el 6,6% de las nutricionistas se encontraban enflaquecidas y un 8% perteneciente al estudio de Behar R⁴.

En cuanto a la distribución por Año alcanzado en la carrera se puede observar un porcentaje decreciente pero similar en cada año, lo cual se debe a que se buscó entrevistar a un número representativo de la cantidad de alumnos por año. Como consecuencia se halla un 29% y un 21% correspondiente al primer y cuarto año de la carrera respectivamente.

Se observa que un 65% de la muestra tienen Bajo Riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación. Cabe destacar que los alumnos con Mediano y Alto Riesgo representan un 35% de la muestra, lo cual indica una proporción considerable de alumnos con riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación. Este porcentaje es aún superior al presentado en el estudio realizado por Behar, R. (2007)⁵ quién estimó una presencia de riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación en la

¹ Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. Vol.34, N°4, Diciembre 2007.

² Kinzl J, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Dietitians: Are they a risk group for eating disorders? *Europ Eating Disorders Rev* 1999; 7:62-67.

³ Ibid

⁴ Behar R. 2007 Op Cit

⁵ Ibid

muestra de alumnas de Nutrición y Dietética de un 15%, lo cual coincide con estudios realizados por Behar et.al (1998)⁶, y Marín et.al (2002)⁷ en mujeres adolescentes y en los de Johnston y Christopher (1991)⁸, en que la posibilidad de presentar un trastorno alimentario en alumnas de nutrición no difiere de otras muestras de estudiantes.

Por otro lado, del total de la muestra se puede destacar una notoria prevalencia de estudiantes Sin Ansiedad Social correspondiente al 79% de la misma. El porcentaje restante se distribuye de manera decreciente entre los estudiantes que poseen Ansiedad Social, representando un 9% a aquellos con Ansiedad Social Moderada y un 3% a aquellos con Ansiedad Social Muy Severa.

Al establecer la relación entre las variables Estado Nutricional y riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación se obtiene como resultado que aquellos estudiantes con un estado nutricional fuera de los parámetros normales, tanto por exceso como por déficit, presentan en su mayoría algún riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación. Estos resultados eran de esperarse ya que se considera al peso corporal como uno de los factores de riesgo más importantes y predisponentes para desarrollar un TCA y es por ello que se utiliza la antropometría como una herramienta de utilidad para realizar un diagnóstico nutricional.

Los resultados obtenidos en este estudio se asemejan a los encontrados por Behar R (2007)⁹ quién en su población de estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética determina un que un 14% de las alumnas con riesgo de desarrollar algún Trastorno Alimentario, evaluado según el EAT-40, presentan un estado nutricional normal. Por otro lado, el 20% y 17% de las estudiantes con estado nutricional enflaquecido y sobrepeso respectivamente, presentan riesgo de desarrollar una patología alimentaria.

Con el objetivo de identificar la distribución del resultado del EAT-40 en función del Año alcanzado en la carrera, encontramos un notorio aumento en la proporción de alumnos con Bajo Riesgo durante el transcurso de la carrera, mientras se evidencia una clara disminución de quienes poseen Mediano y Alto Riesgo.

Se puede observar que a menor año alcanzado, se incrementa el riesgo de padecer desórdenes alimentarios, hallando en primer año un 45% de alumnos con riesgo de desarrollar un TCA y en Cuarto año un 27%. Esta situación se explica al

⁶ Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1085-1092.

⁷ Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr* 2002; 29: 86-91.

⁸ Johnston C, Christopher E. Anorexic-like behaviours in dietetic major and other student populations. *J Nutr Educ* 1991; 23: 148-153.

⁹ Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. Vol.34, N°4, Diciembre 2007.

considerar que los trastornos de la alimentación tienen una mayor incidencia en la adolescencia, período en el cual existe un afianzamiento de la identidad fundamental en el desarrollo de la personalidad y, básicamente, de la feminidad, aspecto que se ha visto que tiene una significativa implicancia en el desarrollo de estas patologías. Las mujeres que cursan primer año se encuentran, probablemente, en un momento de la vida más vulnerable, en el cual las exigencias del medio implican una mayor preocupación por la imagen corporal que proyectan. Esta situación iría atenuándose a medida que pasan los años, ya que las alumnas adquirirían un mayor conocimiento de estas enfermedades y completarían en gran medida el desarrollo de su personalidad. De modo que se podría postular a la educación y a la maduración como factores protectores de trastornos de la alimentación.

Posteriormente se busca identificar la existencia de una relación entre el grado de Ansiedad Social, medido por la escala LSAS y el Año alcanzado en la carrera. Se observa que la proporción de alumnos Sin Ansiedad Social, aumenta con el desarrollo de la carrera, mientras que los distintos grados de Ansiedad Social poseen un comportamiento errático. En primer año se identificó un 30% de los alumnos con algún grado de Ansiedad Social, disminuyendo a un 18% en alumnos de cuarto año. Esto podría guardar relación directa con la mayor proporción de alumnos con algún riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación en los primeros años de la carrera, ya que sabemos que existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre TCA, depresión y fobia social.

Finalmente y con el objetivo de determinar si existe dicha relación entre el grado de Ansiedad Social y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación, se pudo obtener como resultado que entre las personas que tienen un Bajo Riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación la mayoría, representado por un 80% aproximadamente, no presenta Ansiedad Social. Y por su parte, las personas que tienen Mediano o Alto Riesgo de Desarrollar un TCA, un porcentaje cercano al 30% presentan algún grado de Ansiedad Social. Con esto se puede concluir que a medida que aumenta el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación, aumenta el grado de Ansiedad Social; y cuando el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación es Bajo, también disminuye el Grado de Ansiedad entre ellos.

Debido a la importancia de una correcta alimentación y formación de buenos hábitos desde temprana edad, es esencial la intervención del nutricionista tanto en la edad escolar como en adolescentes y adultos jóvenes, desarrollando educación nutricional, a través de la cual se puede lograr concientizar a la población sobre una alimentación saludable.

Las actividades preventivas sólo son efectivas si se conoce la causa. Además tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos.

Como medida de precaución habría que tratar de no contribuir a la difusión de un modelo patológico listo para servir. Conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una enfermedad de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunas adolescentes.

Ruiz Lázaro, P.M.¹⁰ sugiere como ideal la prevención primaria, pero se requiere un conocimiento de los procesos implicados en el desarrollo de los trastornos que en la anorexia y bulimia es incompleto. La meta de los programas educativos propuestos hasta la fecha ha sido modificar las conductas precursoras de los trastornos alimentarios como reducir la prevalencia de dietas, control de peso, laxantes y vómito autoinducido, en el grupo etéreo más vulnerable, generalmente en escolares y estudiantes. Establece como primera posible intervención en prevención primaria, persuadir a la prensa, en especial la de la mujer y moda, para incluir otros modelos corporales entre sus páginas. El mensaje crucial a transmitir no es que la delgadez es mala, sino que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad. Una segunda tarea sería aumentar el conocimiento del público general respecto a la naturaleza y gravedad de los trastornos alimentarios con informaciones correctas. Una tercera tarea sería ocuparse de la población de riesgo: adolescentes y jóvenes adultos.

Un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos de riesgo y sus familias en primer lugar, y en segundo de la población general; modificar las conductas precursoras de la enfermedad, como dietas sin motivo justificado; identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos, actuar sobre los estereotipos culturales y el "body business" y dar educación escolar. Se trataría de actuar en la población infanto-juvenil: favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación. Y también en la familia: sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión, medios de comunicación.

El tratamiento temprano y más fundamentado de la anorexia nerviosa ha dado lugar a una declinación en la mortalidad desde cerca de 10% hasta 56%. Sin embargo, sólo 50% de los pacientes se recuperarán por completo después del tratamiento, 30%

¹⁰ Ruiz Lázaro, P.M. *Un programa de prevención primaria y secundaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes*. I Congreso Virtual de Psiquiatría ; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>

mostrarán una recuperación parcial y 20% tendrán problemas de por vida con las dietas irracionales y los temores a los alimentos.¹¹

El tratamiento nutricional comprenderá promoción de la salud, apoyo al crecimiento y desarrollo y atenuación de los conflictos alimentarios en pacientes con trastornos de la alimentación.

Durante el tratamiento, tanto el paciente como la familia se beneficiarán de la educación en todos los aspectos de la enfermedad. La educación nutricional ayudará al enfermo a tomar decisiones más racionales y fundamentada respecto a la selección de los alimentos. En los diseños de los programas de educación nutricional habrá que considerar las cuestiones del desarrollo, las habilidades cognitivas y la disponibilidad psicológica.

Concluyendo, y con los resultados obtenidos en la investigación presente, se afirma que los alumnos de primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno de la Alimentación y mayor Grado de Ansiedad que los alumnos de cuarto año.

Se debe destacar el hallazgo de una prevalencia de riesgo de TCA de un 35% en el total de estudiantes, que llega a 1 de cada 2 alumnos en el primer año de la carrera. Es decir, alcanzar la meta de ser Nutricionista por parte de estos alumnos llevaría a un problema ético profesional del rubro, ya que para desempeñarse como tal, se esperaría no padecer o haber padecido un cuadro alimenticio.

Lo anterior avala la importancia de diseñar estrategias tanto para prevenir el problema como para abordarlo una vez manifiesto, focalizadas en jóvenes entre 15 y 20 años.

Por otra parte, resultaría deseable replicar este estudio en alumnas de educación media, en las que se puede prever prevalencias aún mayores, que se beneficiarían aún más con un diagnóstico precoz; así como continuar con investigaciones científicas que integren la búsqueda de las causas y consecuencias de los trastornos alimentarios en esta población universitaria.

¹¹ Becker AE, et al. Eating disorders. *N Engl J Med* 340:1092, 1999.



BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association (APA), 1980.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association (APA), 1994.

Amuerman S, et al. Unique considerations for treating eating disorders in adolescents and preventive intervention. *Topics in Clinical Nutrition* 12(1):79, 1996

Arden MR, et al. Effect of weight restoration on the dyslipoproteinemia of anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 11:199, 1990

Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. Vol.34, N°4, Diciembre 2007.

----- *Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004.

----- Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile*, 1998.

Behar A., et.al. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2007.

Beidel, DC. et.al. Psychopatology of child hood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999.

Birmingham CL, et al. The reliability of bioelectrical impedance analysis of measuring changes in the body composition of patients with anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 19:311, 1996.

Boletín CESNI "Valoración del Estado Nutricional en niños y adolescentes" por Carmuego Esteban y Durán Pablo, junio 2000

Bonsignore, A et al. *Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias*. Ed Atuel Capital Federal. 1996

Branda, CI. “*Los Trastornos de la Alimentación: una mirada sociocultural*”. Disponible en Internet, en: www.nutrinfo.com/pagina/info/trast3.pdf

Bruch, H. Family transactions in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* Vol.12 Nro.3, 1971.

----- *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

Buendía, J. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide, 1996.

Chincilla, A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona. Editorial Masson. Primera edición, 2003.

Council on Practice, Quality Management Committee. ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. *J Am Diet Assoc* 94:838, 1994.

Crisp AH. Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proc R Soc Med* 58:814, 1965

De Girolami, D, et al. *Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto*. Ed El Ateneo. 1ª reimpresión. Buenos Aires 2010.

----- *Fundamentos de Valoración Nutricional y composición corporal*, Editorial El Ateneo, 2003, pág 192.

De Portela M,et al. “*Aplicación de la bioquímica a la evaluación del estado nutricional*”, Lopez Liberos Editores SRL, pág. 16, 1997.

Durnin JVGA, Rahaman MM. The assessment of the amount of body fat in the human body from measurements of skinfold thickness. *Br J Nutr* 21:681, 1967

Durnin JVGA, Wormersley J. Body fat assessed from skinfolds thickness: Measurements of 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr* 32:77, 1974.

Eiber R, et.al. Self-esteem: A comparison study between eating disorders and social phobia. *Encephale*, 2003.

“Expertos afirman que ansiedad, estrés y depresión son patologías frecuentes en la mujer trabajadora”. Disponible en Internet, en:

<http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/epidemiologia627/51212/>

Fairburn C, et.al. Eating disorders. *Lancet*, 2003.

Feighner JP, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiat*, 1972.

Fernández Aranda F. Et al. *Trastornos de la Alimentación*. Ed Masson 1998

Fernstrom MH. Et al. Twenty-four hour intake in patients with anorexia nervosa and in healthy control subjects. *Biol Psychiatry* 36:696, 1994.

Fischer M, et al. Eating disorders in adolescents: A background paper. *J Adolesc Health* 16:420, 1995

Fredenberg J, et.al. Incidence of eating disorders among selected female university students. *J Am Diet Assoc*, 1996.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1982.

----- Cultural Expectations of Thinners in Woman. *Psychological Reports*, 1980.

Goytia, C. *Terapia cognitiva: una respuesta innovadora para los Trastornos de Ansiedad*. Editorial Atlantida S.A. 2da Edición, 2004.

Harris JA, Benedict FG. *A Biometric Study of Basal Metabolism in Man*. Wasington, DC: Carnegie Institute, 1919

Herzog D, et.al.. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am*, 1996.

Holland A., et al. Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry* Vol. 145, 1984.

Hollander, MD et.al. *Guía de Trastornos de Ansiedad*. Ed. Elsevier. 1º Edición. Madrid, 2004.

Howat P, et.al. Comparison of bulimic behaviour incidence by profession: Dietitian, nurse, teacher. *J Nutr Educ*, 1993.

Hsu, LK. Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 19, 1996.

Hudson, J. I., et. al. A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 144, 1987.

Johnston C, et.al. Anorexic-like behaviours in dietetic major and other student populations. *J Nutr Educ*, 1991.

Johnson WG, et.al. Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disord*, 1999.

Katheleen L., Arlin M.; Krause "Nutricion y Dietoterápia", 8ª Edicion, Editorial Interamericana S.A, 1995. Cap 17, p.297-315.

Kendlerd KS, et.al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 1991.

Keys A, et al. *The Biology of Human Starvation*, vols. 1-2. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.

Kinzi J, et al. Dietitians: Are they a risk group for eating disorders? *Europ Eating Disorders Rev* 1999; 7:62-67.

Krause, M. *Nutrición y Dietoterapia*. México. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 10ma Edición, 2001.

Londoño, NH. et.al. Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*. 3(2):43-54, 2010.

López García, P. "Ansiedad". Disponible en Internet, en:
http://www.plusesmas.com/salud/mente_cuerpo/ansiedad/1719.html

Lucas AR, et.al. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based-study. *Am J Psychiatry*, 1991.

Mariani, LI. "Fobia Social o Trastorno por Ansiedad Social". Disponible en Internet, en:
<http://www.eutimia.com/trmentales/fobiasoc.htm>

Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr*, 2002.

Minuchin, S., et.al. *Psychosomatics families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University. 1978.

Mitchell JE et al. Frequency and duration of binge eating episodes in patients with bulimia. *Am J Psych* 138:835, 1981

Moral de la Rubia, J. "Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial". Disponible en Internet, en: www.respyn.uanl.mx

National Eating Disorders Association. "What Causes Eating Disorders?." Disponible en Internet, en:
www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/.../WhatCaus.pdf

Ordeig M. *Ocupaciones-riesgo para la Anorexia Nerviosa*. Comunicación V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Benalmádena, 1986.

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, 1992.

Ortiz Hernández L, Evaluación nutricional de adolescentes. *Rev Med IMSS* 2002, 40 (3):223-232

Palpan, J, et.al. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, Volume 18, Nº 4 Appendix, 2007.

Podar I, et.al. Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *J Pers Assess*, 1999.

Powers PS. Herat failure during treatment of anorexia nervosa. *Am J Psych* 139:1167, 1982

Pritts SD, et.al. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*, 2003.

Probst M, et al. Body composition in female anorexia nervosa patients. *Br J Nutr* 76:639, 1996

“¿Qué es la Anorexia?”. Disponible en Internet, en: www.fumtadip.org.ar

Riskind JH., et.al. DSM III Diagnoses of major depresión and feneralized anxiety disorder using the Structured Clinical Interview for DSM III. *Arch Gen Psychiatry*; 1987.

Rodríguez M, Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatría*, 1999.

Russell GFM. The changing nature of anorexia nervosa. *J Psychiatric Res*, 1985.

----- Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, Vol. 9, 1979.

Salvador J. La urgencia de la obesidad. *Rev Med Univ Navarra*, 2004.

Saucedo T. et al, “*Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal*”, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente, México, 2002 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222507.pdf>.

Schebendach J, et al. Use of indirect calorimetry in the nutritional management of eating disorders. *Int J Eating Disord* 1:59, 1995.

----- Nutrient quality of diets of adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 20:151, 1997.

Schwalberg M, et.al. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Abnorm Psychol*, 1992.

Sepúlveda, A. R., et.al. *Mental health in a university population by age and gender*. En I. Leal y J. Ribeiro (Eds.). *Health Thought the Life Cycle: A Life Span Perspective*, 2002.

Steere J, et.al. The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *Int J Eat Disord*, 1990.

Stordy BJ, et al. Weight gain, thermic effect of glucosa and resting metabolic rate during recovery from anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 30:138, 1977.

Toro, J. *El cuerpo como delito*. Ariel. Barcelona, 1996.

Toro, J. y Vilardell, E. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

Torresani, ME, et.al. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aures. Editorial Eudeba. Segunda edición. 2005.

“Trastorno de Ansiedad Generalizada”. Disponible en Internet, en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917.htm>

Turón Gil V. *Trastornos de la Alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson SA, 1997.

Tyrer, P. *Classification of anxiety*. Br J Psychiatry, 1984.

“Una buena relación entre padres e hijos puede evitar futuros trastornos de ansiedad”. Disponible en Internet, en: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-buena-relacion-padres-hijos-puede-evitar-futuros-trastornos-ansiedad-estudio-20080505154118.html>

Vallejo Ruiloba, J. et.al. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Ed Masson. 2da Edición. Barcelona, 2000.

Vásquez R, et.al. Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Rev Colomb Psiquiatría*, 1997.

Walker J, et al. Caloric requirements for weight gain in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 32:1396, 1979

Weltzin TE, et al. Feeding patterns in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 30:1093, 1991
Witriw A., Guastavino P. Manual “*Fundamentos y Estrategias en Soporte Nutricional (FYES)*”, AADYND – AANEP y Escuela de Nutrición UBA. Cap. “Evaluación Nutricional” 2001.

World Health Organization, Publicación: “*Global Database on Body Mass Index*” en http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Wurtman RJ, et al. Nutrients, neurotransmitter síntesis, and control of food intake. In: Stunkard Ag and J, Stellar E (eds.). *Eating and Its Disorders*. New York: *Raven Press*, 1984.

Yager J, et al. American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry*, 1993.



ANEXO

ANEXO 1

Tabla de contingencia (Sexo / EN):

	Delgadez Leve	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad I
Masculino	0	10	9	0
Femenino	11	100	26	4

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Sexo / EN):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	9,242
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	7,815
GDL	3
p-valor	0,026
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la table son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 2,62%.

ANEXO 2

Tabla de contingencia (EAT-M / Sexo):

	Masculino	Femenino
Bajo Riesgo	14	91
Moderado/Alto Riesgo	5	50

Prueba de independencia entre las filas y columnas (EATM / Sexo):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	0,621
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,431
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H₀: Las filas y las columnas de la table son independientes.

H_a: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación alfa=0,05, se puede aceptar la hipótesis nula H₀.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H₀ cuando es verdadera es de 43,08%.

ANEXO 3

Intervalo de confianza para la diferencia entre las proporciones al 95%:
] -Inf ; -0,00327192879798678

Prueba z para dos proporciones / Prueba unilateral a la izquierda:

Diferencia	-0,182
z (Valor observado)	-1,675
z (Valor crítico)	-1,645
p-valor (unilateral)	0,047
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: La diferencia entre las proporciones es igual a 0

Ha: La diferencia entre las proporciones es inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 4,70%.

ANEXO 4

Intervalo de confianza para la diferencia entre las proporciones al 95%:
] -Inf ; 0,0382877162306466

Prueba z para dos proporciones / Prueba unilateral a la izquierda:

Diferencia	-0,121
z (Valor observado)	-1,250
z (Valor crítico)	-1,645
p-valor (unilateral)	0,106
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las proporciones es igual a 0.

H_a: La diferencia entre las proporciones es inferior a 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se puede aceptar la hipótesis nula H₀.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H₀ cuando es verdadera es de 10,56%.

ANEXO 5

Resultados para las variables EAT-M y LSAS-M:

	Sin Ansiedad Social	Con algun grado de Ansiedad Social
Bajo Riesgo	88	17
Moderado/Alto Riesgo	39	16

Prueba de independencia entre las filas y columnas (EAT-M / LSAS-M):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	3,669
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,055
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la table son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se puede aceptar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 5,54%.