

Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo - estudiantes universitarias de primer y segundo año

HERNÁN DARÍO CORTES MEJÍA¹, ALEJANDRO DÍAZ DÍAZ¹,
CAROLINA MEJÍA SIERRA¹, JUAN GONZALO MESA MONSALVE¹

RESUMEN

ANTCEDENTES. El 95% de los trastornos de la alimentación se presenta en mujeres, siendo más frecuente en estudiantes de secundaria y universitarias. Su prevalencia en el mundo es del 0.5 a 1% para anorexia nervosa y del 1 al 10% para bulimia. En Colombia es del 2.3% y 0.1% respectivamente, y no se conoce la prevalencia real para el trastorno de alimentación compulsiva. Dentro de la etiología, factores culturales como los medios de comunicación, presión social, estrés académico y otros desórdenes mentales como depresión y ansiedad están fuertemente asociados.

OBJETIVO. Calcular la prevalencia de los trastornos de alimentación y estimar su asociación con presión familiar, influencia de los medios de comunicación, estrés académico, depresión y ansiedad.

MATERIALES Y METODOS. Estudio descriptivo realizado en 196 estudiantes universitarias de primer y segundo año en cuatro programas de pregrado del CES. Se aplicó un cuestionario con preguntas dirigidas a evaluar cada trastorno y factor de riesgo mencionado.

RESULTADOS. La prevalencia de anorexia fue de 3.1%, 2.1% para bulimia y 1.6% para Trastorno de alimentación compulsiva. Ideas y comportamientos de riesgo como Intenso temor a ganar peso, "comilonas", comportamientos compensatorios y culpabilidad después de comer se encontraron en un 83%, 20.4%, 41.9% y 34% de la población, respectivamente. Se destaca la gran influencia de los medios de comunicación, tanto en la población sana, como en más del 50% de las anoréxicas. La bulimia tuvo asociación con estrés académico en el 75% de los casos. Más de la mitad de las encuestadas ha sentido presión familiar para adelgazar. No hubo asociación significativa con depresión y ansiedad.

¹ Estudiante de Medicina. Instituto de Ciencias de la Salud –CES- alejodiaz81@hotmail.com

CONCLUSION. Se encontró una prevalencia similar a la de otros estudios en Colombia. Existe una clara asociación entre anorexia y presión de medios de comunicación, así como de bulimia con estrés académico. No hubo asociación estadísticamente significativa con los otros factores de riesgo estudiados.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la alimentación

Anorexia nervosa

Bulimia

Validación de escalas

SUMMARY

BACKGROUND. 95% of eating disorders are presented in women, being more frequent in secondary and college students. Its Prevalence in the world is from the 0.5 to 1% for anorexia Nervosa and of the 1 to 10% for bulimia. In Colombia it is of 2.3% and 0.1% respectively. The real prevalence of Binge eating disorder is unknown. Inside the aetiology, cultural factors as media, social pressure, academic distress and other mental disorders as depression and anxiety are strongly associated. **OBJECTIVE.** To calculate the prevalence of eating disorders and to estimate their association with family pressure, media influence, academic distress, depression and anxiety. **MATERIALS AND METHODS.** Descriptive study carried out in 196 college students of first and second year in four programs of CES. A questionnaire was applied with questions directed to evaluate each disorder and the risk factors previously mentioned. **RESULTS.** The prevalence of anorexia was of 3.1%, 2.1% for bulimia and 1.6% for Binge eating disorder. Risk thoughts and behaviors like Intense fear to win weight, Binge eating episodes, compensatory behaviors and guilt after eating were in 83%, 20.4%, 41.9% and 34% of the study population respectively. It's important to stand out the great influence of the media, so much

in healthy as in more than 50% of the Anorexics. bulimia had association with academic distress in 75% of the cases. More than half of those interviewed has felt family pressure to lose weight. There was not significant association with Depression and Anxiety. **CONCLUSION.** Prevalence was similar to other studies in Colombia. A clear association exists between anorexia Nervosa and media pressure, as well as of bulimia with academic distress. There wasn't a statistically significant association with the other risk factors.

KEY WORDS

Eating disorders

Anorexia nervosa

Bulimia

Score validation

ANTECEDENTES

La anorexia nervosa y bulimia nervosa están caracterizadas por desórdenes severos del comportamiento alimenticio. La característica mas sobresaliente de la anorexia nervosa es el rehusarse a mantener el mínimo peso corporal normal, mientras que la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de alimentación excesiva, seguido de comportamientos compensatorios anormales tales como el vomito autoinducido.¹ La anorexia y bulimia nervosa están fuertemente relacionadas. Ambas ocurren principalmente en mujeres jóvenes previamente saludables que comienzan a darle mucha importancia a la forma de su cuerpo y al peso. Muchos pacientes con bulimia nervosa tienen antecedente de anorexia nervosa (50% de las pacientes anoréxicas desarrollan bulimia y viceversa) y muchos pacientes con anorexia nervosa presentan alimentación excesiva y vomito. En el actual sistema de diagnóstico, la decisión crítica entre anorexia y bulimia es que en pacientes con

anorexia, por definición, están por debajo del peso normal, mientras que el peso de las pacientes con bulimia puede ser normal o estar aumentado.¹ Otro síndrome que afecta el comportamiento de la alimentación ha sido descrito recientemente: trastorno de la alimentación compulsiva (Binge eating disorder), el cual se caracteriza por episodios repetidos de alimentación excesiva similares a los de la bulimia en ausencia de comportamiento com-

pensatorio. Los pacientes con este desorden son típicamente hombres o mujeres de edad media con obesidad significativa, tienen una frecuencia aumentada de ansiedad y depresión, comparado con los pacientes obesos sin este desorden. Aun no se conoce si estos pacientes tienen riesgo para complicaciones médicas o que tratamiento es más efectivo.² Los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos de la alimentación son mostrados en el Cuadro 1.

CUADRO 1. Criterios diagnósticos del DSM IV para el diagnóstico de los trastornos de la alimentación

Anorexia nervosa

- a.** Rehusarse a mantener el peso corporal en o por encima del 85% del peso normal para edad y talla (índice de masa corporal <17.5)
- b.** Temor intenso a ganar peso o a volverse gordo, incluso estando por debajo del peso normal
- c.** Percepción inadecuada del peso y la silueta corporales, alteración de la autoevaluación y negación del peligro que representa tener un peso bajo
- d.** Amenorrea en mujeres posmenárquicas (ausencia de 3 ciclos consecutivos como mínimo).

Subtipos

Restrictivo: Durante el episodio, la persona no recurre a comer en exceso o a purgas

Purgativo-Compulsivo: Durante el episodio la persona recurre a comer en exceso o a purgas

Bulimia nervosa

- a.** Episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos en un período discreto de tiempo (cantidades superiores a las que la mayoría de las personas ingerirían en la misma cantidad de tiempo), acompañado de pérdida del control sobre el comer durante el episodio.
- b.** Comportamientos compensatorios recurrentes para prevenir la ganancia de peso (vómito autoinducido, laxantes, enemas, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo).
- c.** Esto ocurre en promedio al menos dos veces por semana por tres meses.
- d.** Excesiva influencia y preocupación por el peso y la forma corporal.
- e.** Este trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

Subtipos

Purgativo: Durante el episodio la persona recurre al vómito, laxantes, enemas o diuréticos.

No Purgativo: Durante el episodio la persona recurre a ejercicio excesivo, ayuno.

Trastorno de alimentación compulsiva (Binge eating disorder)

- a.** Episodios recurrentes de ingestión compulsiva y excesiva de alimentos, al menos dos veces por semana por seis meses.
- b.** Estrés marcado acompañado de al menos tres de los siguientes (comer muy rápido, comer hasta quedar inconfortablemente lleno, comer sin hambre, comer solo, sentirse culpable o disgustado después del episodio)
- c.** No presenta conductas purgativas, ejercicio excesivo o dieta
Ausencia de Anorexia Nerviosa

El 95% de los trastornos de la alimentación se presenta en la población femenina. En los Estados Unidos ocupan el tercer lugar como enfermedad crónica y su prevalencia es aproximadamente entre el 3 – 5% de la población, duplicándose este valor en personas que presentan serios problemas clínicos.³ Existen diversos estudios que sustentan el aumento de la frecuencia de estas enfermedades en los últimos 50 años, convirtiéndose actualmente en problemas serios y de gran magnitud para la población femenina estudiante de secundaria y de los primeros años de la universidad. 0.48% de las mujeres entre 15 y 19 años y 1% de las mujeres entre 20 y 25 años padece de anorexia nervosa aunque en el 10% de las mujeres entre estas edades puede ser subclínica, mientras que 1 – 10% de las adolescentes y universitarias padece bulimia nervosa, 3 – 5% de las mujeres entre 15 y 30 años sufre de trastornos de la alimentación no específicos.^{3,4} Estos datos no son aplicables en todas las partes del mundo, pues hay variabilidad con respecto a la prevalencia de estas enfermedades.³ Por ejemplo, en nuestro país, la frecuencia de los trastornos de la alimentación tiene un comportamiento diferente al resto del mundo. Se puede ver que para todos los grupos de edad femeninos, la prevalencia de anorexia nervosa es mayor que la de bulimia, siendo de 2.3% y 0.1% respectivamente. Los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre los 16 y 24 años, entre los 38 y 49 años y en mayores de 61 años, donde la frecuencia es de 4.3%, 4.1% y 3.8% para anorexia y 0.1%, 0% y 0% para bulimia respectivamente. Esto demuestra que en nuestro país, la población adolescente – adulta joven también es la más frecuentemente afectada.⁵

La anorexia y bulimia se presentan con mayor frecuencia en países industrializados, en todas las clases sociales (principalmente en las media – altas) y en los grupos étnicos más importantes y aunque estos trastornos son, definitivamente más frecuentes en la adolescencia o adultez temprana principalmente en estudiantes de secundaria y primeros años de universidad, se pueden presentar también en personas mayores de 40 años y su prevalencia ha ido aumentando en la población infantil.⁶ Las

· mujeres de raza negra sufren más bulimia que
· anorexia y tienden a purgarse mas con laxantes que
· con vómito.⁷
·

· La etiología fundamental de los trastornos de la
· alimentación es desconocida, pero se cree que están
· envueltos una combinación de factores de riesgo
· psicosociales, biológicos, culturales, genéticos,
· ambientales y familiares.⁸ Muchos factores de riesgo
· tales como el abuso físico o sexual e historia familiar
· de alteraciones en el humor, abuso de sustancias,
· son los factores de riesgo mejor vistos que
· incrementan la vulnerabilidad a una serie de desór-
· denes psiquiátricos, entre ellos los de la alimen-
· tación.¹ Otros factores parecen ser más específicos
· para el desarrollo de los trastornos de la alimen-
· tación. Los pacientes que desarrollan anorexia
· nervosa están inclinados a ser más obsesivos y
· perfeccionistas que la gente que los rodea. Este
· desorden generalmente comienza como una dieta
· indistinguible de aquella utilizada por muchos
· adolescentes y mujeres jóvenes. A medida que la
· pérdida de peso avanza, crece el temor a ganar
· peso, la dieta se vuelve más estricta y las aberraciones
· médicas, psicológicas y comportamentales
· aumentan. En cambio, la bulimia nervosa comienza
· típicamente durante o seguido a un episodio de
· dieta, generalmente asociado a un bajo estado de
· ánimo o depresión. Las pacientes que desarrollan
· bulimia describen una prevalencia de obesidad en
· la niñez y adultez más alta de lo esperado. Esto
· sugiere que una predisposición a la obesidad puede
· incrementar la vulnerabilidad a este desorden. El
· hecho de que la mayoría de los casos sean repor-
· tados en países en donde la comida es abundante
· y donde la delgadez, especialmente en las mujeres,
· es altamente valorada, sugiere que los factores
· culturales juegan un papel importante en el
· desarrollo de la anorexia nervosa. Igualmente, la
· escasez de casos de bulimia nervosa en países no
· desarrollados y su marcado aumento en los últimos
· 25 años sugiere también un origen cultural.^{1,6}
·

· Las dietas excesivas, son un importante factor de
· riesgo. Las adolescentes que las realizan tienen 18
· veces más riesgo de desarrollar trastornos de la
· alimentación en comparación con las que no las

realizan y las que hacen dietas moderadas tienen un riesgo 5 veces mayor.⁹ Otros factores de riesgo de origen cultural y biopsicosocial, importantes para el desarrollo tanto de anorexia como de bulimia son: Autoestima baja, soporte y ajuste social, fuerza de voluntad, preocupación acerca de la imagen corporal e insatisfacción corporal, moda, medios de comunicación (TV, prensa, revistas, etc.) y estrés académico, sin dejar de considerar que una mala educación por parte de la familia durante la niñez puede contribuir al desarrollo posterior de anorexia y bulimia.^{3,6,8,10} Igualmente, el ser mujer, tener padres separados, verse a sí mismo gordo y el deseo de bajar de peso por medio de actividades físicas son factores de riesgo que influyen en el patrón de alimentación que siguen las pacientes con estos trastornos. Además, la presencia de problemas en la niñez o en la adolescencia confiere un alto riesgo de sufrir trastornos de la alimentación en la adultez temprana.¹¹ Dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran: historia de trastornos de la alimentación en los familiares, abuso de sustancias, alcoholismo, depresión y otros trastornos del estado de ánimo, los cuales son muy frecuentes en este tipo de pacientes.³

Está completamente demostrado como los medios de comunicación influyen en la imagen corporal y el deseo de cambiar de peso en mujeres jóvenes e inclusive en niñas, esto se produce por el constante bombardeo de imágenes de modelos anormalmente delgadas que supuestamente representan el estado físico ideal. Cuando la mayoría de las adolescentes busca conseguir este modelo de estado físico, comienzan a adelgazar, luego viene la insatisfacción corporal y por consiguiente pueden comenzar a presentar desórdenes alimenticios. Investigaciones recientes en la literatura pediátrica y adolescente, demuestran que niñas incluso de 5 años comienzan a crear ansiedad acerca de su imagen corporal y desean ser delgadas. Este obsesivo interés por el peso, ha tenido en los últimos años como principal combustible, el dramático incremento de Web Sites relacionados con los desórdenes alimenticios. Desafortunadamente muchos de estos son conocidos como "PROANA y

PROMIA" (Promotores de anorexia y bulimia), inducen a las jóvenes con alto riesgo a comenzar conductas inadecuadas en su alimentación, como el ayuno extremo y el uso de purgantes y laxantes.¹²

También vale la pena mencionar los grupos de pacientes que están expuestos a un riesgo mayor como los son la población adolescente, mujeres atletas en donde la prevalencia está entre 15 – 62% y en los pacientes diabéticos insulino-dependientes en quienes un tercio sufren de estos trastornos. Las mujeres jóvenes con trastornos de la alimentación tienden a sufrir otros trastornos psiquiátricos, entre ellos, trastornos afectivos (Depresión y Distimia), personalidad (Obsesivo-compulsivos), ansiedad y abuso de sustancias, además pueden presentar desinterés o conflictos sexuales y perturbaciones de la intimidad.^{4,13} Se han estudiado además algunos factores de riesgo de tipo preconcepcional, gestacional, obstétrico y postnatal para anorexia nervosa, pero sólo se ha visto una pequeña o nula relación entre ellos y el desarrollo de esta.¹⁴

La mortalidad para anorexia nervosa es de 0.56% por año, cifra 12 veces más alta en relación con las mujeres jóvenes de la población general. La tasa de mortalidad total está entre 10 – 15%, más alta que en cualquier otro trastorno psiquiátrico.^{4,6} Las principales causas son: Suicidio (50 – 60%), inanición y complicaciones farmacológicas. Además, se incrementa en pacientes con edad avanzada en el inicio del cuadro, larga duración de la enfermedad, pérdida severa de peso, alimentación y purgas en cantidad excesiva, drogadicción y presencia de otros trastornos psiquiátricos. La mortalidad es menor para los pacientes con bulimia.¹⁵ En cuanto al pronóstico, entre el 45 y 50% de las pacientes con anorexia nervosa se recuperan completamente, 30% mejoran y 20 a 25% siguen un curso crónico sin mejoría de los síntomas.^{3,4} Para la bulimia el pronóstico es mejor ya que más del 50% mejoran, algunas se vuelven anoréxicas, 30% persisten con trastornos de la alimentación no especificados y de los que se recuperan, el 25% continúa con hábitos alimenticios anormales.⁷

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con el fin de estimar la prevalencia de anorexia nervosa, bulimia y trastorno de alimentación compulsiva en 196 estudiantes de sexo femenino matriculadas en primer y segundo año, para el segundo semestre de 2003, en los programas de pregrado del CES, y su asociación con factores como la depresión, ansiedad, influencia de los medios de comunicación, presión familiar y estrés académico.

Se utilizó un instrumento autoaplicado, cuya resolución fue de carácter anónimo y que consistió en 7 secciones. Las secciones A y B, fueron realizadas con base en el CIDI, que incluye los Criterios del DSM IV y la CIE 10 para trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia nervosa. Las secciones C y D, basadas en las escalas validadas para Colombia de William Zung para depresión y ansiedad. Las secciones E, F y G se realizaron con el fin de evaluar la influencia de los medios de comunicación, presión social y estrés académico, respectivamente. Estas tres escalas fueron diseñadas para el presente estudio a partir de los conceptos teóricos, pasando por la aplicación de la técnica de grupos focales y validadas como subproducto de este estudio, por medio de la aplicación del análisis de componentes principales y evaluación de su poder psicométrico con la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo: 0.6788 para la escala de presión de medios de comunicación, 0.8325 para presión familiar y 0.8398 para estrés académico. Además se incluyeron las variables edad y carrera para poder estimar las diferencias entre estas variables.

El procesamiento de la información se llevó a cabo en el programa SPSS versión 10 y se analizaron los resultados estimando la prevalencia de los trastornos estudiados y su asociación con los diferentes factores.

RESULTADOS

1. Descripción de la población

La población estuvo conformada por 196 estudiantes de sexo femenino, comprendidas entre los 16 y los 42 años, matriculadas en el segundo semestre de 2003 para los programas de Medicina, Psicología, Odontología y Medicina Veterinaria y Zootecnia en su primer y segundo año, exceptuando el primer año de Psicología en el cual por dificultad en la recolección de datos no se incluyó en el estudio. También fueron excluidas las encuestadas mayores de 25 años para evitar sesgos en los resultados, quedando un total de 191 estudiantes. La distribución por grupos de edad y carrera se muestra en las Tablas 1 y 2.

TABLA 1. Distribución por grupo de edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16 – 17 años	31	16.2
18 años	52	27.2
19 años	61	31.9
3 20 años	47	24.6
Total	191	100

TABLA 2. Distribución de la población por Carreras

Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	91	47.6
Odontología	63	33
Psicología	11	5.8
Veterinaria y zootecnia	26	13.6
Total	191	100

2. Comportamiento de las escalas Evaluadas

De la población estudiada el 30.9%, 9.9% y 1.6% presentaron depresión leve, moderada y severa respectivamente. Con respecto a la ansiedad, 32.5% manifestó ansiedad leve, 14.7% moderada y 2.6% severa. Debido a que en la literatura no se encontraron métodos descritos para evaluar estrés académico, presión familiar y presión de medios de comunicación, fueron diseñadas tres escalas para la evaluación de cada uno de estos factores como ya fue mencionado. En las tablas 3, 4 y 5 se presentan las preguntas que se utilizaron en cada una de estas escalas.

TABLA 3. Escala de Presión de Medios de comunicación

	SI	NO
1. Piensa usted que las mujeres en televisión o revistas influyen en el modo como usted ve su cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Piensa usted que las mujeres en televisión o revistas la incitan a conseguir una mejor figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ha hecho usted dieta o ha comprado productos (máquinas de ejercicio, fajas, cremas, pastillas) que aparecen en televisión y revistas para perder peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ha iniciado ejercicios o ha ingresado al gimnasio por influencia de la televisión y las revistas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TABLA 4. Escala de Presión Familiar

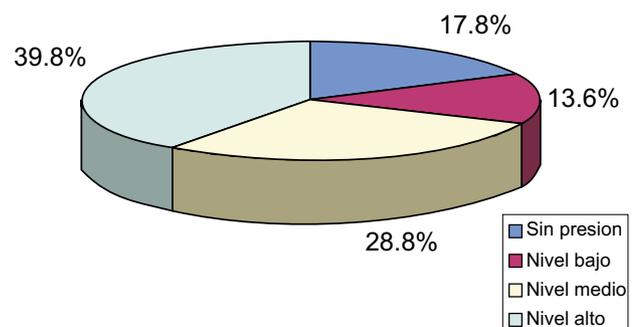
	SI	NO
1. Ha recibido presión por algún miembro de su familia, amigos/novio para que realice ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ha recibido críticas de parte de un miembro de su familia, amigos/novio por su peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TABLA 5. Escala de Estrés Académico. Califique de 0 a 10 el grado de estrés que le generan las siguientes situaciones. Siendo 1 mínimo estrés, y 10 máximo estrés

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Evaluación escrita										
2. Presentaciones orales										
3. Supervisión del docente										
4. Complejidad de las materias										
5. Volumen temas de estudio										
6. Expectativas sobre su futuro										
7. Decisiones del Comité de Promociones										

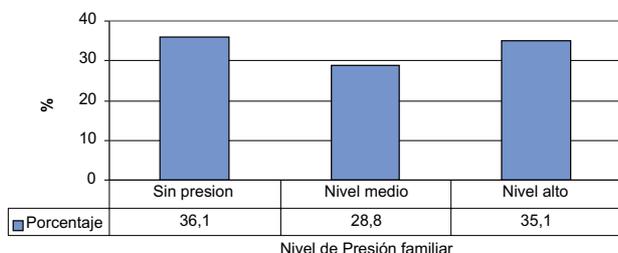
Como se ve en la gráfica 1, los medios de comunicación tienen una gran influencia entre las encuestadas, ya que casi un 70% de ellas presentó un nivel de presión medio del total de la población, el 68.1% cree que la televisión o revistas influyen en la manera como ven su cuerpo y el 70.7% piensa que las mujeres en dichos medios incitan a conseguir una mejor figura, aunque solo entre un 30 y un 40% han hecho dietas, ingresado al gimnasio o comprado productos que son promocionados en la televisión o en las revistas con el objetivo de perder peso.

GRAFICA 1. Comportamiento de la escala de presión de medios de comunicación



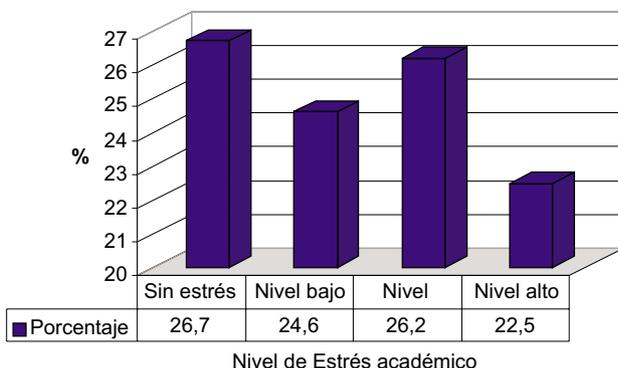
Con respecto a la presión familiar, el 53.9% del total de la población, ha recibido críticas por su peso por parte de sus familiares o amigos y el 45% ha sido presionado por estos para hacer ejercicio. El comportamiento general de la presión familiar, se puede observar en la gráfica 2.

GRAFICA 2. Comportamiento de la escala de presión familiar



Como puede ver en la gráfica 3, los resultados para la escala de estrés académico muestran que el 26.7% no lo presentó, 24.6% estrés bajo, 26.2% medio y el 22.5% alto. Las preguntas relacionadas con evaluaciones escritas, presentaciones orales y volumen de temas de estudio fueron evaluadas con un nivel de estrés superior o igual a 8 en un 62%, 70.2% y 60.7% respectivamente.

GRAFICA 3. Comportamiento de la escala de estrés académico

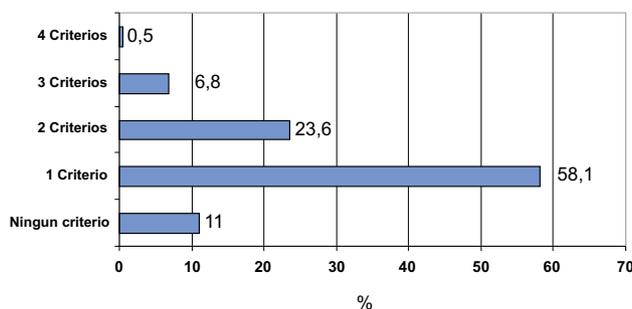


3. Anorexia nervosa

Para realizar el diagnóstico de anorexia nervosa, esta establecido en el DSM IV que se requieren los cuatro criterios (Ver Cuadro 1). Sin embargo, el criterio D que esta relacionado con la amenorrea es muy discutido actualmente. Por tal motivo, se estimó la prevalencia incluyendo y excluyendo este criterio.

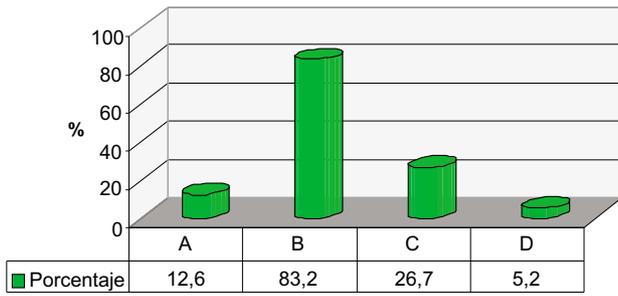
El 0.5% cumplió los 4 criterios (Gráfica 4), mientras que la prevalencia excluyendo el criterio D fue del 3.1%, siendo el grupo de 18 años el único afectado. El 50% de los casos fue de tipo restrictivo y el otro 50% fue de tipo compulsivo-purgativo. Medicina fue la carrera mas afectada con un 50% de participación, 33% en Odontología y 17% en Veterinaria. No hubo casos en Psicología. El índice de masa corporal, contenido en el criterio A presentó un valor inferior a 18 en el 16.75% de las estudiantes.

GRAFICA 4. Proporción de criterios cumplidos para Anorexia Nervosa según el DSM-IV



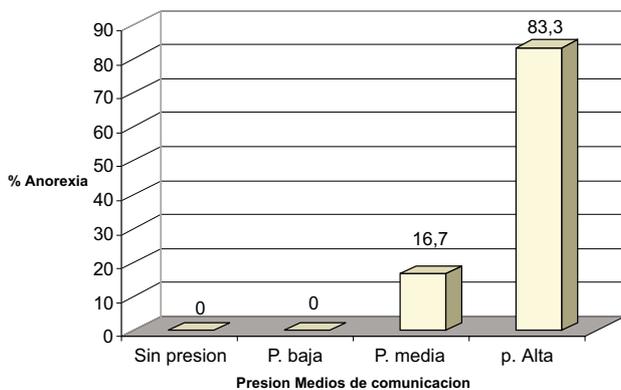
Es importante mencionar que el 83.2% de la población estudiada manifestó un intenso temor a ganar peso o a engordar (criterio B). La Gráfica 5 muestra el comportamiento individual de los criterios.

GRAFICA 5. Comportamiento de los criterios de Anorexia Nerviosa



Las asociaciones con las diferentes variables se realizaron tomando en cuenta el diagnóstico de anorexia cumpliendo los criterios A, B y C. Se encontró una alta asociación entre la anorexia nervosa y la presión de medios de comunicación. Como se puede ver en la gráfica 6, no hay casos de anorexia que no se relacionen con este factor, de hecho la gran mayoría presentan un nivel alto de presión.

GRAFICA 6. Relación entre Anorexia Nerviosa y Medios de comunicación

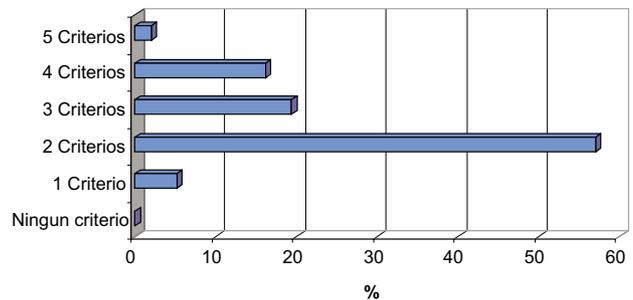


Se encontró en el 50%, asociación a depresión leve y moderada, la otra mitad no presentaba depresión. Con respecto a ansiedad los resultados fueron iguales a los de depresión. Observando la asociación de estrés académico y anorexia se encontró que el 33.3% de los casos de anorexia no presentó estrés y el otro 66.6% se distribuyó entre estrés bajo, medio y alto (33.3%, 16.7% y 16.7% respectivamente). En cuanto a presión familiar el 33.3% de los casos no estaba asociado a esta, 50% tenían presión media y 16.7% alta.

4. Bulimia nervosa

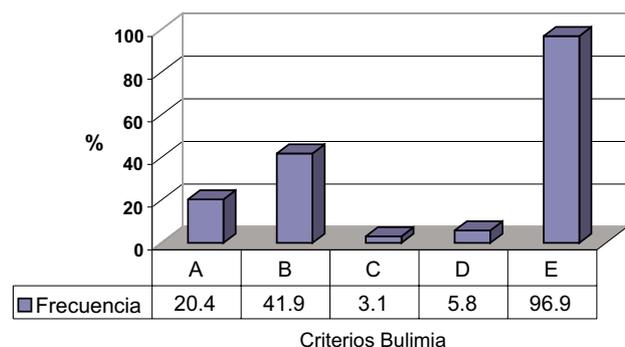
El diagnóstico de bulimia nervosa, requiere cumplir los cuatro criterios establecidos en el DSM IV, esto fue cumplido por el 2.1% de las encuestadas. El 100% presentó un criterio como mínimo como se puede ver en la gráfica 7, el 25% de los casos se presentó en el grupo de 16-17 años, 25% en el grupo de los 19 años y 50% en mayores de 20 años. El 75% fue de tipo purgativo y el 25% no purgativo. Medicina Veterinaria y Zootecnia tuvo la más alta prevalencia, con 50% de los casos seguida de Medicina y Odontología, al igual que con anorexia, no se encontró prevalencia para este trastorno en Psicología.

GRAFICA 7. Cantidad de criterios cumplidos para Bulimia Nerviosa



Los episodios de alimentación excesiva fueron evidenciados en el 20.4% de las encuestadas, mientras que los comportamientos compensatorios, tales como el vómito, el uso de laxantes, ejercicio excesivo, fueron reconocidos en el 41.9% del total de la población (Gráfica 8).

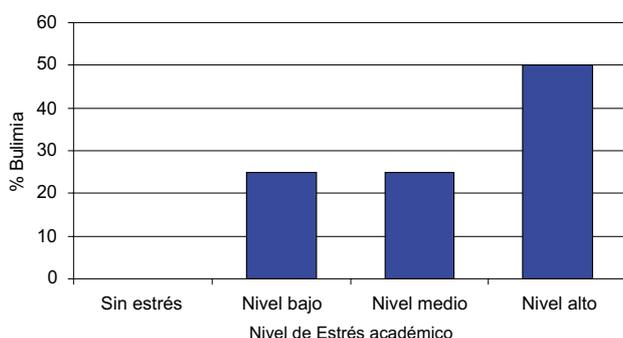
GRAFICA 8. Comportamiento de los criterios de Bulimia Nerviosa



El 75% de las personas bulímicas presentó depresión leve, no hubo casos de depresión moderada o severa asociados. No se encontró relación con ansiedad en el 50% de los casos, mientras que el otro 50% presentó ansiedad moderada o severa.

El comportamiento de la presión de medios de comunicación fue así: el 25% no tuvo asociación, 25% presentó un nivel medio de presión y el 50% un alto nivel. No se encontraron casos que no estuvieran asociados a estrés académico y como se ve en la gráfica 8 más del 50% de estos estuvo asociado a un nivel de estrés medio – alto.

GRAFICA 9. Relación entre Estrés académico y Bulimia Nerviosa



Con respecto a presión familiar, llama la atención que ningún caso tuvo un nivel medio de presión, que el 50% no presentó asociación, y que el otro 50% tuvo nivel alto de presión.

3. Trastorno de alimentación compulsiva (Binge eating disorder)

La prevalencia de este trastorno fue de 1.6%, cumpliendo los 4 criterios para el diagnóstico. El 31.9% de la población estudiada cumplió 3 criterios, 17.3% dos, 47.6% 1 criterio y solo 1.6% ninguno. No se encontró asociación significativa con ninguna de las variables estudiadas.

DISCUSION

El objetivo del estudio fue calcular la frecuencia de los trastornos de la alimentación en la población descrita y estimar su asociación con los factores de riesgo ya mencionados.

Los resultados obtenidos demuestran que la prevalencia en una población femenina universitaria de clase media – alta tiene un comportamiento diferente al encontrado en la literatura mundial, 3.1% para anorexia nerviosa, 2.1% para bulimia nerviosa y 1.6% para trastorno de alimentación compulsiva, comparado con la informada en estudios en Norte América donde la anorexia nerviosa es la menos frecuente con una prevalencia entre 0.5% y 1%, entre 1% y 10% para bulimia nerviosa y aunque la prevalencia del trastorno por alimentación compulsiva es poco conocida, se sugiere un rango entre 0.7% y 4.6%,^{3,16} Sin embargo, al ser estrictos con el diagnóstico de anorexia nerviosa, se observa que la prevalencia en nuestro estudio fue igual a la americana, 0.5%. La literatura española reporta una prevalencia del 3% aproximadamente, con tendencia al aumento,¹⁷ cifra similar a la estadounidense.

Se puede decir que la frecuencia encontrada en este estudio para anorexia no tiene diferencia significativa, comparada con el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en el cual las prevalencia fue de 2.3%, diferente a lo hallado para bulimia, cuya frecuencia fue de 0.1%,⁵ aunque en otro estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia en estudiantes universitarios se encontró una prevalencia similar a la americana, 0.5% para anorexia y 1.2% para bulimia.¹⁸

En el presente estudio se identificaron algunas conductas o ideas de riesgo. El 83.2% de las participantes manifestó un intenso temor a ganar peso, el 20.4% presenta episodios de “comilonas”, el 34% se siente culpable después de comer y hasta un 42% tiene algún tipo de comportamiento compensatorio después de comer. En el estudio realizado

en 5 colegios de la ciudad de Medellín, Colombia en 972 estudiantes de sexto a undécimo grado, se encontró una estadística similar, en donde al 77% le aterra la idea de ganar peso, 41% tiene "comilonas" y 33% siente culpabilidad después de comer.¹⁹

Aunque los trastornos de la alimentación se presentan tanto en estudiantes de secundaria como en las de universidad, la evidencia demuestra que los síntomas y actitudes anormales en la alimentación se establecen generalmente antes del ingreso a la universidad.^{16,20}

Recientemente fue realizado el estudio McKnight para buscar factores de riesgo longitudinales. Se escogieron al azar 1358 estudiantes de colegios en Hayward, California y Tucson, Arizona en Estados Unidos. Cada una de las evaluadas respondió un cuestionario intensivo desarrollado específicamente para este grupo de edad, fueron talladas y medidas, y finalmente tuvieron evaluación clínica individual. Todo esto, una vez al año por un período de tres años. Los resultados arrojados por este estudio, demuestran que la presión social y la preocupación por la imagen corporal son los principales factores de riesgo asociados al inicio temprano de los trastornos de alimentación, encontrándose de una manera constante en los grados intermedios de la secundaria.²¹ Esto no quiere decir que la preocupación por la imagen corporal, las dietas excesivas, los comportamientos purgativos y los cuadros sintomáticos no puedan iniciarse en la edad universitaria,²⁰ como fue observado en este estudio. Igualmente, en múltiples estudios estos factores son altamente relacionados con el inicio y exacerbación del cuadro, aunque no son reportadas cifras concretas.^{7,9,21}

En nuestro estudio se pudo comprobar la alta influencia que tienen los medios de comunicación en estudiantes universitarias sanas además de una alta asociación con anorexia nerviosa, lo cual es concordante con los hallazgos de Allison Field y colaboradores, que encontraron que las fotos en revistas tenían alta influencia en la percepción de la imagen corporal en estudiantes de secundaria. De un

total de 548 participantes en el estudio, el 69% manifestó que las revistas influenciaban su imagen corporal perfecta, mientras que 47% de ellas deseaba perder peso. Además encontraron una fuerte asociación entre el inicio de dietas, inicio de un programa de ejercicios y el alto deseo de perder peso con las fotos publicadas en estas revistas;²² cifras muy cercanas a las encontradas en el presente estudio donde el 68% manifestó ser influenciado por televisión o revistas en la manera como ve su figura y casi un 40% deseaba o perdía peso por influencia de los medios de comunicación utilizando productos promocionados en ellos.

Hasta un 60% de las participantes en el estudio, recibe críticas y es presionado para cambiar su figura o su peso. Sin embargo la asociación con los trastornos de la alimentación no fue estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño de la muestra. Esto no quiere decir que en las encuestadas que cumplan con los criterios para cualquiera de los trastornos no exista algún grado de presión por parte de sus familiares.

Los resultados relacionados con estrés académico en la población fueron homogéneos (ver gráfica 3). En la literatura mundial se encuentra reportada de manera importante la asociación de este factor con los trastornos alimentarios.^{3,6,8,10} En la mayoría de los casos de anorexia nerviosa y de trastorno de alimentación excesiva hubo asociación con algún grado de estrés académico (65% y 66% de los casos respectivamente), aunque estos resultados no son estadísticamente significativos probablemente por el tamaño de la muestra. Contrario a lo encontrado en bulimia en donde el total de los casos tuvo asociación con algún grado de estrés académico (50% alto estrés y 50% medio – bajo).

Aunque diversos estudios han reportado una fuerte asociación entre depresión y ansiedad y los trastornos alimentarios,^{4,13,21} en el presente estudio, y como sucedió con los otros factores, se encontró asociación pero sin un valor estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque los trastornos de la alimentación no tienen una prevalencia tan alta como otros problemas médicos o psiquiátricos, no son ajenos a nuestro medio. El concepto que las mujeres tienen actualmente de lo que es una figura ideal y el constante bombardeo de imágenes e información suministrada en televisión, revistas y páginas Web, basada en discursos consumistas que se lucran de una industria muy rentable alrededor de los kilos, la cultura "Light" y la cosmética, han hecho que las mujeres adolescentes desvíen su atención hacia el culto del cuerpo y a pensar que su identidad y valoración social dependan más de su atractivo físico que de su personalidad y sus valores, sin tener en cuenta las consecuencias que esto puede traer, no solo para la salud física sino también para la salud mental.

Dicha situación queda ampliamente sustentada con este estudio, en el cual se pudo demostrar que la influencia de los medios de comunicación afecta no solo a las que presentan el trastorno alimentario, sino también a la población sana. También es importante recalcar que aunque el estrés académico solo hubiera estado asociado a bulimia nerviosa, es claro que existen situaciones en el ámbito académico que producen un alto nivel de estrés y que pueden generar conductas o pensamientos de riesgo como una forma de combatir la tensión, aumentando la probabilidad de desarrollar alguno de los trastornos alimentarios. Además de esto, y teniendo en cuenta que en nuestro estudio más de la mitad de las encuestadas manifestó recibir críticas por su peso o ser presionada por sus familiares para realizar conductas adelgazantes, es importante que en los padres de familia se genere una conducta diferente con respecto a este tema y que esta les ayude a educar a sus hijas hacia un cambio de mentalidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Yolanda Torres de Galvis y a Liliana Patricia Montoya por su colaboración y asesoría para la realización de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Walsh BT. Eating Disorders. En Braunwald E. et al, editors. Harrison's Principles of internal medicine, 15th edition. 2001: 486-91.
2. American Psychiatric Association. Eating Disorders. En: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV. 4th edition. Washington DC 1994: 539-50.
3. Emans SJ. Eating Disorders in adolescent girls. *Pediatr Int* 2000 Feb; 42(1): 1-7.
4. Judith M, Walsh E, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation and treatment of Eating Disorders, the role of the primary health physician. *J Gen Intern Med* 2000 Aug; 15: 577-90.
5. Torres Y, Montoya ID. II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1997. Minsalud. 1997.
6. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999 Apr; 340(14): 1092-8.
7. Jay P, Bacaltchuk J. bulimia Nervosa. *BMJ* 2001 Jul; 323: 33-7.
8. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, Incidence and prospective risk factors for Eating Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Aug; 104(2): 122-30.
9. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent Eating Disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999 Mar; 318: 765-8.

10. Ghaderi A, Scott B. Prevalence and psychological correlates of Eating Disorders among females aged 18 – 30 years in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999 Apr; 99(4): 261-6.
11. Martinez A, Menendez D, Sanchez MJ, Suarez P, Seoane M. Anorexic Behavior in a population of high-school students of a health area. *Aten Primaria* 2000 Mar; 25(5): 313-9.
12. Andrist LC. Media Images, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Adolescent Women. *Am Journal of Maternal Child Nursing* 2003 Mar; 28(2):119-23.
13. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
14. Cnattingius S, Hultman CM, Dahl M, Sparén P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia Nervosa among girls. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jul; 56: 634-8.
15. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, et al. Mortality in Eating Disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2000 Jul; 28(1):20-6.
16. Rosenvinge JH, Borgen J, Borresen N. The prevalence and physiological correlates of anorexia Nervosa, bulimia Nervosa and Binge Eating among 15-years-old students: A controlled epidemiological study. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7(5): 382-91.
17. Labay Matias M. Eating disorders etiology. Not only fashion and media, *An Esp Pediatr.* 2000 Jan; 52: 76-77
18. Angel LA, Vasquez R, Chavarro K, et al. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Santafé de Bogotá. *Acta Med Col* 1997; 22: 111-9
19. Ramírez L. Prevención de anorexia y bulimia en adolescentes escolarizadas. *Saludarte* 2002 Jun; 6: 23-39
20. Vohs K, Heatherton T, Herrín M. Disordered eating and the transition to college: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2001 Apr; 29(3):280-8.
21. The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of Eating Disorders in adolescent girls: Results of The McKnight Longitudinal Risk Factors Study. *Am J of Psychiatry* 2003 Feb; 160(2): 248-54.
22. Field A. Exposure to the Mass Media and Weight Concerns Among Girls. *Pediatrics* 1999 Mar; 103(3).

