

Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados

FRED GUSTAVO MANRIQUE-ABRIL*, LINA FERNANDA BARRERA-SÁNCHEZ**, JUAN MANUEL OSPINA DÍAZ***

Resumen

En Boyacá los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) registran prevalencia de vida de 1,2% y se desconoce su desarrollo paulatino. Se determina la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo probablemente asociados en adolescentes de 13 a 17 años que asisten a dos colegios de la ciudad de Tunja, Boyacá, mediante un estudio de prevalencia analítica de corte transversal y un instrumento compuesto por las pruebas BITE (Cuestionario de Investigación de Bulimia de Edimburgo), EAT-26 (Cuestionario de Actitudes Nutricionales) y SCOFF (del acrónimo en inglés *sick, control, one, fat, food*), autoaplicado a 179 adolescentes de la ciudad de Tunja. La prevalencia de trastornos de

la conducta alimentaria es de 10,6% para bulimia, 1,1% para anorexia. Como principales factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos, se encontraron las prácticas dietéticas con una prevalencia de 42,9% para bulimia (OR = 8,76; $p = 0,006$) y 14,3% para anorexia (OR ajustado 66.2; $p < .01$), la práctica de ayuno independiente de la periodicidad con prevalencia de 36% y 6,5% para bulimia (OR = 8,1; $p = 0,0009$) y 8% (OR = 32,8; $p = 0,005$) para anorexia, respectivamente. Los trastornos de la conducta alimentaria registran prevalencias relativamente altas en Tunja; la frecuencia de anorexia es menor y la de bulimia es mayor que las medias nacional y departamental correspondientes. Estos fenómenos se suman a la desnutrición existente, problema aparentemente no ligado con el grado de accesibilidad a los alimentos y/o la práctica de dietas balanceadas.

Palabras clave: anorexia nerviosa, salud pública, bulimia nerviosa, adolescente.

Abstract

In the department of Boyacá, eating disorders (in Spanish, TCA) show a prevalence of life of 1.2% and its gradual development is unknown. The purpose of the study is to determine the prevalence of these eating disorders and the risk factors potentially associated with them in 13-17 year-olds from two schools of the capital city of Tunja, in the department of Boyacá. A cross-sectional and analytical prevalence study was used, along with an instrument which integrated the Edinburgh Bulimia Test, BITE; The Eating Attitudes Test, EAT-26; and the SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) questionnaire, self-applied by 179 Tunja adolescents. The results show that the prevalence of eating disorder

* Enfermero, magíster en Salud Pública, Ph. D.(c) Salud Pública. Docente enfermería UPTC-Universidad Nacional de Colombia. Director Grupo de Investigación en Salud Pública, GISP. gisp@tunja.uptc.edu.co, fgmanriquea@unal.edu.co.

** Enfermera UPTC. Maestría en Salud Pública UPEU (Perú)-LLU (EE.UU.) (e). Joven investigadora, Grupo de Investigación en Salud Pública, GISP, UPTC. boyacaes7@hotmail.com

*** Médico cirujano UN. M.S. (e) en Epidemiología. Docente Escuela de Medicina UPTC. Investigador Grupo de Investigación en Salud Pública, GISP. duendex56@yahoo.com

Correspondencia a: Fred G. Manrique Abril. Grupo de Investigación en Salud Pública. Dirección de Investigaciones UPTC, carretera Central del Norte, Tunja. A. A. 1275. Teléfonos 7422175, 7434577. gisp@tunja.uptc.edu.co, fgmanriquea@unal.edu.co

Recibido: 18-10-2005

Aprobado: 29-09-2006

ders is 10.6% for bulimia and 1.1% for anorexia. The main associated risk factors, which are statistically significant, are: dieting, with a prevalence of 42.9% for bulimia (OR = 8.76; $p = 0.006$), and 14.3% for anorexia (OR adjusted 66.2; $p < .01$); fasting, regardless of the frequency, with an incidence of 36% and 6.5% for bulimia (OR = 8.1; $p = 0.0009$) and 8% (OR = 32.8; $p = 0.005$) for anorexia, respectively. It might be concluded that the incidence of eating disorders is relatively high in Tunja, where the frequency of anorexia is lower than the national and departmental media, while the frequency of bulimia is higher. These problems are taken in conjunction with the existing malnutrition, which does not seem to be associated with the degree of access to food and /or the consumption of balanced diets.

Key words: Anorexia nervosa, public health, bulimia nervosa, adolescent

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud mental (1), cada vez más frecuente en adolescentes. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-IV) (2), se registran prevalencias mundiales de 0,5% para anorexia y de 1-3% para bulimia. Las características de estos trastornos, aunque algo difíciles de aplicar, están bien definidas en el manual. En lenguaje castellano existen instrumentos y criterios diagnósticos probados y validados.

La frecuencia de estos trastornos ha aumentado significativamente en los últimos treinta años. Estudios médicos efectuados en diversos países muestran que la anorexia nerviosa ocurre en 0,1-1,9% de la población general y la bulimia ocurre en 1-5%. Una investigación colombiana adelantada en estudiantes universitarias

mostró que la prevalencia de ambas enfermedades es similar a la de otros países: 0,55% para anorexia y 1,2% para bulimia, en tanto que el trastorno no especificado de la conducta alimentaria alcanzó el 17,5%. Las mujeres padecen más frecuentemente estas enfermedades y los grupos de mayor riesgo son adolescentes y adultas jóvenes (3).

De acuerdo con datos del segundo Estudio de Salud Mental de 1997, en Colombia la prevalencia de vida global para trastornos de la conducta alimentaria es de 2,4%. La prevalencia de la anorexia es superior a la de la bulimia: 2,3% y 1,8%, respectivamente. Respecto del género, la prevalencia de anorexia fue de 1,3% (4) en hombres y 2,4% en mujeres; la de vida de bulimia fue más frecuente en mujeres (0,2%) que en hombres (0,1%).

Acorde con los datos de este mismo estudio, en el departamento de Boyacá la prevalencia de vida para anorexia es de 1,2%.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Se acompañan de una percepción anormal de la forma y el peso corporal. Se pueden manifestar de dos formas: anorexia nerviosa o bulimia nerviosa (5).

La anorexia nerviosa es un trastorno en la conducta alimentaria caracterizado por distorsión de la imagen corporal, miedo extremo a la obesidad, rechazo a mantener un peso mínimo normal, por lo cual la persona se adentra en un estado de autoinanición (6).

La bulimia nerviosa se manifiesta con episodios de ingesta alimenticia exagerada, durante los cuales el individuo se percibe incapaz de suspender la ingesta de alimentos; estos episodios se acompañan de conductas compensadoras como autoinducir el



vómito, tomar laxantes, usar enemas evacuadores o hacer ejercicio para prevenir la ganancia de peso (7).

OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de anorexia y bulimia y algunos factores de riesgo probablemente asociados en adolescentes de 13 a 17 años, asistentes a dos colegios de la ciudad de Tunja, mediante la aplicación de los test BITE, EAT-26 y SCOFF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de prevalencia analítica con el cual se busca establecer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y los factores de riesgo probablemente asociados.

Población del estudio y muestra

Durante los meses de marzo y abril de 2004 se recolectó la información mediante un instrumento de autodiligenciamiento a 179 estudiantes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, asistentes a dos colegios de la ciudad de Tunja; el instrumento aplicado constaba de 64 preguntas y agrupaba los test BITE (8, 9), EAT-26 (10) SCOFF (11), validados para detección de bulimia, anorexia y trastornos de la conducta alimentaria.

El cálculo de tamaño de las muestras para cada una de las instituciones educativas se realizó mediante la herramienta Statcalc de Epiinfo 2002, para encuestas de corte transversal; teniendo en cuenta una prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria registrada en Colombia de 2,4%, con un nivel de confianza del 95%, el tamaño de la población de los colegios INEM (2.882 estudiantes) y Rosario (536 estudiantes), se seleccionó una muestra aleatoria de 103 estudiantes del INEM Carlos Arturo Torres y 76 estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario, para una muestra total de 179 estudiantes.

Análisis estadístico

Se construyó una base de datos en Epiinfo 2002 y se analizó mediante este mismo programa.

Se evaluó el comportamiento y forma funcional de cada una de las variables exploradas por los cuestionarios, se consolidó el resultado final de cada cuestionario mediante procedimientos estandarizados, se estimaron diferencias entre variables independientes (anorexia y bulimia) y dependientes (prácticas dietéticas, disminución de ingesta de alimentos, periodicidad de ayuno, prácticas adelgazantes) tomando como medida de asociación el *odds ratio*; los resultados se expresaron en porcentaje con límites de confianza del 95%, se utilizó como prueba estadística chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher, se consideraron resultados estadísticamente significativos si $p < 0,05$. Para controlar la confusión se realizó análisis estratificado. No se encontró confusión ni interacción entre las variables.

Los resultados se presentan en tablas con las correspondientes medidas de asociación estadística; en la discusión se analizará el significado epidemiológico de estos resultados.

Teniendo en cuenta las dificultades representadas en la composición por género de la muestra, cuando fue necesario se empleó corrección de Yates para evaluar el efecto, dada la exposición a un determinado factor de riesgo.

RESULTADOS

Características de la población estudiada

El análisis de la distribución de datos se realizó de manera uniforme por sexo y edad, la edad promedio del total de la muestra fue de 14,6 años, en el rango de 13 a 15 años se encuestaron 130 estudiantes (72,6%), en el intervalo de 16 a 17 años 49 personas (27,4%); en el grupo de 13 a 15 años 56,2% son del colegio INEM y 43,8% del Rosario; en el de 16 a 17, 61,2% son del colegio INEM y 38,8% del Rosario.

Del total de la muestra estudiada, 87,2% ($n = 156$) son de sexo femenino y 12,8% ($n = 23$) de sexo masculino. En el grupo de mujeres, 59% estudian en el colegio INEM y 41% en el Rosario; entre los varones, 47,8% asisten al colegio INEM y 52,2% al Rosario (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de la muestra por colegio.

	Total		INEM		Rosario	
	FA	%	FA	%	FA	%
Sexo						
Femenino	156	87,2	92	59	64	41
Masculino	23	12,8	11	487,8	12	52,2
Edad						
13 a 15 años	130	72,6	73	56,2	57	43,8
16 a 17 años	49	27,4	30	61,2	19	38,8

FA: frecuencia acumulada.

Frecuencia de bulimia nerviosa según test BITE

El Bulimic Investigatory Test Edimburgo (BITE) fue diseñado por Henderson y cols. (12) para valorar sintomatología bulímica; consta de 33 ítems, agrupados en dos subescalas. La escala de síntomas la forman 30 ítems de respuesta sí-no, que se puntúan como 1-0 (aunque 5 lo hacen de forma inversa, 0-1). La escala de gravedad la forman 4 ítems, aunque uno de ellos tiene 4 apartados. La puntuación máxima de esta última escala es de 39 puntos.

La sensibilidad es de 96% para la escala de síntomas y de 62% para la de gravedad.

La prevalencia de bulimia en el sexo masculino fue de 13% y en el sexo femenino de 10,3%; en la discriminación por grupo de edad, los adolescentes entre 13 y 15 años registraron prevalencia de 8,5%, mientras que en el grupo de 16-17 años se encontró un 16,3%; no existe asociación estadística que relacione la variable sexo como condicionante para desencadenar la enfermedad, pero la variable edad se comporta como condicionante para desencadenar bulimia, con asociación estadística significativa; la edad de riesgo es de 16 a 17 años.

Las prácticas dietéticas deben considerarse como un factor de riesgo para la aparición de bulimia (OR = 8,76), ya que existe asociación estadística entre estas prácticas y la aparición de la enfermedad ($p = 0,006$).

Respecto de la práctica de ayuno, en la muestra estudiada se encontró una prevalencia de 36% para los diagnosticados con bulimia que se abstienen de comer de un día a la semana a diariamente y 6,5% para los de nunca u ocasionalmente, con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,0002$). El ayuno consciente, independientemente de la periodicidad con que se practique, es un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad. El riesgo es 8,1 veces mayor en las personas que lo practican respecto a las que no lo hacen.

La disminución de los volúmenes de alimentos ingeridos se presenta también como un importante factor de riesgo (OR 14,5; $p < 0,001$).

Con respecto a los demás factores analizados, no existen asociaciones estadísticamente significativas que los determinen como predisponentes para desencadenar la enfermedad, mientras que otros son signos determinantes o propios de la patología.

Frecuencia de anorexia nerviosa según EAT-26

El cuestionario de actitudes ante la alimentación (*eating attitudes test*) (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel, en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia.

La encuesta la validaron Castro y cols. La que se utilizó es una versión abreviada de 26 ítems que admiten 6 posibles respuestas, que van de nunca a siempre. El rango de puntuación va de 0 a 78 con un punto de corte de 20: normal, menor de 30: población en riesgo y mayor de 50: población anoréxica.

Posee una validez discriminante (0,87) en correlación de los ítems con la puntuación total, sensibilidad del 91% y especificidad del 69%.

La prevalencia de la enfermedad en el sexo femenino es de 1,3%, no hay presencia en el sexo masculino, en edades de 13 a 15 años hay ausencia de la enfermedad, de 16 a 17 la prevalencia es de 4,1%; no existe ninguna asociación estadística ($p = 0,37$) que relacione el sexo como variable para desencadenar la enfermedad; sin embargo, la edad, con una asociación estadísticamente

Tabla 2. Frecuencia de Bulimia Nerviosa según test BITE.

	Bulimia		Ausencia		OR	IC. 95%	P
	FA	%	FA	%			
Sexo							
Femenino	16	10,3	140	89,7	0,76	0,20-2,84	0,72
Masculino	3	13	20	87			
Edad							
13 a 15 años	11	8,5	119	91,5	0,21	0,09-0,48	0,00
16 a 17 años	18	16,3	41	83,7			
Colegio							
INEM	11	10,7	92	89,3	1,01	0,38-2,66	0,97
Rosario	8	10,5	68	89,5			
Factores de riesgo							
Prácticas dietéticas							
Sí	6	42,9	8	57,1	8,76	2,63-29	0,006
No	13	7,9	152	92,1			
Disminución ingesta de alimentos							
Sí	16	27,1	43	72,9	14,5	4,02-52,2	<0,001
No	3	2,5	117	97,5			
Periodicidad de ayuno							
1ds/diariamente	9	36	16	64	8,1	2,86-22,8	0,0002
Nunca/AV	10	6,5	144	93,5			
Prácticas adelgazantes							
Uso de pastillas adelgazantes							
Rara vez/1 vez semana	18	10,1	160	89,9	8,67*	SD	0,037
3 veces semana/diariamente	1	100	0				
Uso de diuréticos							
Rara vez/1 vez semana	18	10,2	159	89,8	0,11	0,0-1,8	0,20
3 veces semana/diariamente	1	50	1	50			
Uso de laxantes							
Rara vez/1 vez semana	18	10,1	160	89,9	1,64*	SD	0,19
3 veces semana/diariamente	1	100	0				
Provocación de vómito							
Rara vez/1 vez semana	18	10,1	160	89,9	1,64*	SD	0,19
3 veces semana/diariamente	1	100	0				

FA: frecuencia acumulada, IC: intervalo de confianza, OR: *odds ratio*, SD: sin definir, P: prueba de chi-cuadrado.

* Con corrección de Yates.

Tabla 3. Frecuencia de anorexia nerviosa según test EAT-26.

	Anorexia		Ausencia		P
	FA	%	FA	%	
Sexo					
Femenino	2	1,3	154	98,7	0,58
Masculino	0		23	100	
Edad					
13 a 15 años	0		130	100	0,020
16 a 17 años	2	4,1	47	95,2	
Colegio					
INEM	1	99,1	102	99	0,67
Rosario	1	0,76	75	98,7	
Factores de riesgo					
Prácticas dietéticas					
Sí	2	14,3	12	85,7	0,005
No	0	100	165	100	
Disminución ingesta de alimentos					
Sí	2	3,4	57	3,4	0,10
No	0	100	120	100	
Periodicidad de ayuno					
1 ds/diariamente	2	8	23	92	0,01
Nunca/a veces	0		154		
Prácticas adelgazantes					
Uso de pastillas adelgazantes					
Rara vez/1 vez semana	1	0,6	177	99,4	0,01
3 veces por semana/diariamente	1	100	0	100	
Uso de diuréticos					
Rara vez/1 vez por semana	0		177	100	<0,001
3 veces por semana/diariamente	2	100	0		
Uso de laxantes					
Rara vez/1 vez por semana	2	1,1	176	98,9	<0,001
3 veces por semana/diariamente	0		1	100	
Provocación de vómito					
Rara vez/1 vez por semana	2	1,1	176	198,9	<0,001
3 veces por semana/diariamente	0	100	1	100	

FA: Frecuencia Acumulada, P: prueba de chi-cuadrado.

significativa ($p = 0,036$), es un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad: 1,04 veces mayor la edad de 16 a 17 años con respecto a la edad de 13 a 15 años.

En cuanto a los factores de riesgo, en la población con prácticas dietéticas el 14,3% tiene anorexia, existe asociación estadísticamente significativa ($p = 0,002$) que determina que el ejercicio de prácticas dietéticas es un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad. El riesgo es 1,16 veces mayor en las personas que realizan prácticas dietéticas respecto a las que no las realizan.

En la población que ayuna, la prevalencia de la enfermedad es de un 8% para los que lo hacen de un día a la semana a diariamente, existe asociación estadística significativa ($p = 0,009$), por tanto el ayuno consciente realizado de un día a la semana a diariamente es un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad. El riesgo es 1,08 veces mayor en las personas que lo practican respecto a las que no lo hacen.

Los demás factores de riesgo analizados no tienen asociaciones estadísticas significativas que los determinen como predisponentes para desencadenar la enfermedad, otros son signos y síntomas no relacionados con la evolución de la enfermedad.

Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria según test SCOFF

El test SCOFF consta de cinco preguntas que pretenden evaluar las características nucleares de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Su nombre deriva del acrónimo de la palabra inglesa más representativa para evaluar con cada pregunta: *sick, control, one,*

Tabla 4. Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria según Test SCOFF.

	Con trastorno		Sin trastorno		OR	P
	FA	%	FA	%		
Total	39	21,8	140	78,2		
Sexo						
Femenino	38	24,4	118	75,6	7,08	0,057
Masculino	1	4,3	22	95,7		
Edad						
13-15	26	20	104	80	0,69	0,45
16-17	13	26,5	36	73,5		
Colegio						
INEM	24	23,3	79	76,7	1,24	0,69
Rosario	15	19,7	61	80,3		

FA: Frecuencia Acumulada, OR: *odds ratio*, P: prueba de chi-cuadrado.

fat, food; sus criterios de selección se tomaron del *Manual de diagnóstico y estadística* (13).

Según los resultados encontrados en la aplicación del test SCOFF, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria registra índices mayores que los reportados en la literatura previamente estudiada, por ejemplo el Estudio de Salud Mental en Colombia, de 1997 (14), en el cual se informa una prevalencia global de 2,4%; también muestra una mayor prevalencia en el sexo femenino: ser mujer representa un riesgo 7,08 veces mayor para desencadenar los trastornos; sin embargo, el tamaño de muestra no permite obtener valores P significativos.

DISCUSIÓN

La anorexia y la bulimia, consideradas como trastornos de la conducta alimentaria, no son enfermedades recientes. Desde mediados de los años sesenta se observó una masificación del fenómeno, probablemente por la influencia de los medios masivos de comunicación y la estandarización de una ética de la belleza corporal que privilegiaba la delgadez; tal es el caso de la modelo

inglesa Twiggy cuya imagen delgada acaparó la atención de portadas de revistas de moda y frivolidades.

Se ha connotado a la anorexia y la bulimia como patologías atrayentes para los medios de comunicación, que las han denominado como la nueva epidemia del siglo XXI; se habla de alarmantes cifras de incidencia y prevalencia y se afirma que estas crecen de forma vertiginosa; aunque no todos los autores comparten que exista tal incremento (15), un estudio de metaanálisis realizado en 1995 (16) concluye que no hay datos significativos para hablar de un aumento en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, y establece que hay una serie de fenómenos que podrían interpretarse como causales de un ficticio incremento; entre ellos podríamos mencionar: 1. cambios en los métodos diagnósticos, 2. mayor accesibilidad a los servicios médicos, 3. tasas de incidencia expresadas como tasas crudas, 4. cambios demográficos y en la estructura de la población, 5. estudios con diseños poco apropiados y cuestionarios ajustados con puntos de corte establecidos arbitrariamente por los autores (17).

Los trastornos de la alimentación no se encuentran distribuidos de manera uniforme en la población. De los pacientes que se presentan con signos y síntomas clásicos de anorexia o bulimia, más del 90% son de sexo femenino, más del 95% son de raza blanca y más del 75% son adolescentes (18).

En Colombia las estadísticas que reflejan las prevalencias son las del Estudio de Salud Mental, de 1997, en el cual se establece que la prevalencia global de los trastornos de la conducta alimentaria es de 2,4%: 2,3% para anorexia y 0,1% para bulimia; se han revisado estudios alrededor del tema en las universidades de Antioquia (19), de los Andes (20), Autónoma de Bucaramanga (21), que arrojan aproximaciones a la problemática y concluyen que cerca del 30% de las mujeres adolescentes podrían estar padeciendo trastornos de la conducta alimentaria, 77% expresan temor ganar peso, 44% comen desafortadamente, 38% dicen sentirse culpables de ingerir alimentos, 16% argumentan que la comida



controla su vida, y el 8% se inducen náuseas regularmente (22, 23).

En Boyacá se analizan las estadísticas arrojadas por el Estudio de Salud Mental (1997) para el departamento, que establece la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria de un 1,2%; en Tunja encontramos un estudio realizado en 1997 por la Escuela de Psicología de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en el cual se encontró que la edad en que se presenta mayor riesgo para desarrollar los trastornos es de 16 años, el 70% de las adolescentes siguen dietas, el 23% restringen los alimentos, 7% presentan tendencias a bulimia y 4% trastornos de la conducta alimentaria (24).

El presente estudio plantea que la prevalencia de bulimia para la muestra estudiada es de 10,6%, para anorexia 1,1%, los factores de riesgo probablemente asociados son: práctica de dietas en un 42,9%, disminución de ingesta de alimentos 27,1%, tener una determinada periodicidad de ayuno 36%, uso de pastillas adelgazantes 10,1%, uso de diuréticos 10,2%, uso de laxantes 10,1%, provocarse el vómito 10,1% (para personas con bulimia); los resultados arrojan diferencias con las estadísticas establecidas a nivel internacional, nacional y departamental. Encontramos que la prevalencia de bulimia en nuestra población es mayor en hombres que en mujeres, no hallamos ninguna asociación que determine el género como factor predisponente para desencadenar los trastornos, coincidimos en que el inicio de prácticas dietéticas, tener una periodicidad de ayuno establecida y el inicio de uso de prácticas adelgazantes constituyen factores de riesgo importantes para desarrollar los trastornos de la conducta alimentaria.

En este estudio se muestra que a los problemas de malnutrición y desnutrición en la población adolescente del departamento, se suma una problemática que no proviene directamente de las carencias en el

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud mental cada vez más frecuente en adolescentes. En lenguaje castellano existen instrumentos y criterios diagnósticos probados y validados. La frecuencia de estos trastornos ha aumentado significativamente en los últimos treinta años.

acceso a los alimentos, nutrientes o dietas balanceadas. Se evidencian prevalencias de los trastornos de la conducta alimentaria superiores a las medias internacionales (según criterio diagnóstico DSMIV) y mayores que las medias nacionales (según II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1997); es un problema que parece tener connotaciones por la presión cultural de los estereotipos corporales y porque es un con-

flicto inmerso en una sociedad que no estaba acostumbrada al golpeteo de la sexualización del comercio que desfigura el concepto de belleza y de corporeidad, que ha tenido que retomar y remontar sus costumbres a exigencias no propias de su cultura.

CONCLUSIONES

1. Los trastornos de la conducta alimentaria, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa registran en la muestra estudiada niveles de prevalencia mayores que los reportados en la literatura.
2. Como factores de riesgo probablemente asociados a estos fenómenos se encuentran: la práctica de dietas, la disminución de ingesta de alimentos, la práctica de ayuno sin importar la periodicidad y las prácticas adelgazantes como el uso de pastillas adelgazantes, diuréticos y la autoemesis.
3. Aunque el tamaño de la muestra no permite hacer inferencias significativas para el sexo masculino, se encuentra una alta prevalencia de los fenómenos estudiados en adolescentes varones, lo cual contrasta con lo reportado en la literatura previa que infiere que la mayor prevalencia se presenta en el sexo femenino.
4. Los hallazgos descritos constituyen la puerta de entrada para realizar estudios más amplios y detallados en busca de explicaciones causales a los trastornos de la conducta alimentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) UNIKEL, C., L. BOHÓRQUEZ y S. CARREÑO. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Salud Pública*, México, vol. 46, 2004, pp. 509-515.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*, 4th edition. Washington, DC: APA, 1995.
- (3) RAMÍREZ, A. L., S. MORENO y M. M. YÉPEZ, Trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes. Editorial Universidad de Antioquia, en: <http://www.editorialudea.com/saludtextos.html> (consultado: 22-09-05).
- (4) TORRES Y., e I. Montoya. II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, Ministerio de Salud, 1997, pp. 206-213.
- (5) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Óp. cit.
- (6) RECOLETOS CÍA. DE INTERNET/ RECOLETOS GRUPO DE COMUNICACIÓN: <http://www.ondasalud.com/2002bis/quienessomos.htm>. (Consultado agosto 12 de 2004).
- (7) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th edition. DSM-IV. Washington, DC, 1994.
- (8) HENDERSON M., y P.L. FREEMAN. A Self-Rating Scale for Bulimia. *The BITE. Br J Psychiatry*, 1987, pp. 18-24.
- (9) BULBENA A., G. E. BERRÍOS y P. FERNÁNDEZ DE LARRINO. En *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson, 2000.
- (10) GARNER D. M., M. P. OLMSTED, Y. BOHR y P. E. GARFINKEL. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nerviosa. Psychometric features and clinical correlates, 1983.
- (11) MORGAN H. G., I. M. MACQUIRE-SAMSON, J. PURGOLD y C. A. VACILAS. Outcome assesment. The course of eating disorders. Berlín, Springer, 1992.
- (12) HENDERSON M., P. L. FREEMAN Cools. A self-rating scale for Bulimia. *The BITE. Br. J. Psychiatry*, 1987.
- (13) MORGAN H. G., I. MACQUIRE-SAMSON, J. PURGOLD y C. VACILAS. Outcome assessment. The course of eating disorders. Berlín: Springer, 1992.
- (14) TORRES Y. e I. MONTOYA. II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, Ministerio de Salud, 1997, pp. 206-213.
- (15) NIELSEN S. Epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 81, pp. 507-514.
- (16) FOMBONNE E. Anorexia nervosa. No evidence of fan increase. *Br J Psychiatry*, vol. 166, 1995, pp. 462-471.
- (17) *Ibíd.*
- (18) TINAHONES MADUEÑO, J. F. Anorexia y bulimia: una experiencia clínica. Madrid, España: Ed. Díaz de Santos, 2003, pp. 10-16.
- (19) RAMÍREZ, A. L. Programa académico: Salud mental de las mujeres de la Universidad de Antioquia, 2002.
- (20) BUENDÍA, M. C. y C. SANTOS. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa en adolescentes. Tesis para optar al título de psicólogo, Uniandes, Bogotá, 2002.
- (21) RUEDA, G., A. DÍAZ, A. CAMPO, J. BARROS, G. ÁVILA, T. ORÓSTEGUI, B. OSORIO y L. CADENA. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Revista Biomédica*, 2005, 25: 196-202
- (22) RAMÍREZ, A. L. Programa académico: Salud mental de las mujeres de la Universidad de Antioquia, 2002.
- (23) ZUMALACARREGUI, J. *Dos caras de la Desnutrición en Colombia*. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, diciembre, 2002.
- (24) FERNÁNDEZ, Andrea P. Factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, 1997.