

INDICES DE PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
ANOREXIA Y BULIMIA EN UNA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ

María Fernanda Granados Vergara

Carolina Nieto Pradilla

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Tabla de Contenido

Resumen 3

Marco Conceptual 4

Planteamiento del Problema 45

Pregunta de Investigación 47

Objetivo General 47

Objetivos Específicos 47

Método 47

Tipo de Diseño 47

Participantes 48

Instrumento 50

Procedimiento 51

Presupuesto 52

Resultados 53

Discusión 67

Referencias 78

Índices de Prevalencia de los Trastornos Alimentarios Anorexia y Bulimia en una

Universidad de Bogotá

María Fernanda Granados Vergara

Carolina Nieto Pradilla

Universidad de La Sabana

El objetivo general de la presente investigación consistió en establecer el índice de prevalencia de los trastornos de alimentación anorexia y bulimia en estudiantes de una universidad de Bogotá. Se aplicó el Eating Disorders Inventory – 2 (EDI – 2), que evalúa once escalas diferentes, todas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, a estudiantes de los cuatro primeros semestres de la carrera de psicología de una universidad privada y se analizaron los datos arrojados por medio del programa Excel, obteniendo un índice de prevalencia de 1,84 casos por cada 100 personas. Los resultados son congruentes con los encontrados por otros investigadores y el índice sugiere un número bajo de casos clínicos para la población estudiada. Fueron detectadas ciertas variables que aumentan el riesgo para desarrollar un trastorno de alimentación como son pertenecer al género femenino; tener entre 19 y 20 años; y cursar primer semestre de universidad.

Palabras Clave: Psicología de la Salud, Anorexia, Bulimia, Prevalencia, Universitarios.

Índices de Prevalencia de los Trastornos Alimentarios Anorexia y Bulimia en una Universidad de Bogotá

A medida que penetramos en el siglo XXI podemos contemplar los últimos cien años como una época de cambios sin precedentes... Hemos asistido a una serie de cambios fundamentales en lo que respecta al tratamiento de las enfermedades y a la salud en general. A comienzos del siglo XX las enfermedades más peligrosas estaban provocadas por el contacto con virus y bacterias. A nivel individual las personas tenían escasa responsabilidad en lo que respecta a la prevención de las enfermedades, ya que el contacto con dichos microorganismos resultaba prácticamente imposible de evitar. Hoy en día, las enfermedades y los trastornos más importantes se producen como resultado de los comportamientos individuales, o mejor dicho como resultado de los comportamientos inadecuados. A medida que la salud y la enfermedad están cada vez más vinculadas al comportamiento, la Psicología se encuentra cada vez más implicada en muchas de las cuestiones relacionadas con la salud. Esta implicación ha conducido al nacimiento y al desarrollo de la Psicología de la salud, la disciplina científica que estudia los comportamientos en relación con la mejora de la salud, la prevención de la enfermedad, la seguridad y la rehabilitación (Brannon y Feist, 2001. p.12).

Se observa como la Psicología ha estado relacionada con la salud física de las personas desde el comienzo del siglo XX. Simón (1999) y Brannon y Feist (2001) realizan un recorrido histórico a través de la Psicología y la medicina para encontrar los orígenes de esta nueva rama del área clínica llamada Psicología de la Salud.

Comienzan tratando las enfermedades relacionadas con factores causales específicos y luego hablan del tratamiento y estudio de la enfermedad de una forma más integral desde un enfoque psicosomático.

Actualmente la medicina psicosomática pertenece a la psiquiatría, así que pertenece al dominio médico y las metas propuestas por el enfoque psicosomático no se han alcanzado. Los aspectos psicológicos y fisiológicos de la enfermedad aún no se han integrado de forma total (Rodríguez, 1995).

A partir de esta falencia surge la Psicología de la salud. Llor y cols. (1996) afirman que las aplicaciones clínicas de la misma “pueden estar motivadas por el hecho de que gran parte de sus formulaciones surgen como forma de reacción frente a las muchas limitaciones del denominado modelo biomédico, tratando de incorporar en el quehacer cotidiano del profesional la totalidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales” (p.3).

Rodríguez (1995) coincide con esta posición al reconocer que la integración de la psicología al campo de la salud ocurre en el momento de la aceptación del concepto integral de salud que comprende elementos biológicos, psicológicos y sociales ya que supone la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes del modelo. Respecto a la psicología se comenzaron a hacer cada vez más importantes la variables comportamentales y psicosociales en los problemas de salud y los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Para lograr esa integración de aspectos la Psicología de la salud se apoya en el modelo biopsicosocial. Sin embargo antes de explicar dicho modelo es necesario conocer qué es la Psicología de la salud.

La primera definición formal de la psicología de la salud reconocida por diversos autores es la de Matarazzo (1980), quien citado por Roa (1995), se refiere a esta disciplina como:

El conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. (p.504).

Según Roa (1995) la definición de la División de Psicología de la Salud de la APA adoptada en 1980 es esta misma, añadiendo al final: “ ... y el análisis y mejora del Sistema de Salud y la formación en política sanitaria” (p.504).

La Psicología de la salud busca aplicar principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, como pueden ser la moderación de comportamientos de riesgo la práctica del ejercicio, los chequeos médicos, y comportamientos sanos.

La finalidad de la Psicología de la salud es identificar una serie de condiciones que afectan la salud, determinar y tratar enfermedades y modificar factores de riesgo y comportamientos implicados en la predisposición, aparición y mantenimiento de enfermedades. (Rodríguez, 1995).

De acuerdo a Llor y cols. (1996) la Psicología de la salud tiene unas finalidades claras que se pueden ubicar en dos grandes aspectos: el saber teórico y la disciplina aplicada. Como saber teórico cumple la función de tratar de explicar el comportamiento humano en la enfermedad tanto a nivel colectivo como individual. Y como disciplina aplicada tiene como objetivo la elaboración y adaptación de técnicas para analizar y dar solución a los problemas que se presentan en la práctica.

En relación con la finalidad de la Psicología de la Salud se encuentra su ámbito de aplicación. Roa (1995) sintetiza el mismo proponiendo que “se extiende a todos los

hechos que suceden dentro de un continuo salud – enfermedad, desde los condicionantes psicológicos de la enfermedad, hasta las conductas promotoras de salud, pasando por los condicionantes ambientales o las influencias de Sistemas de Salud” (p. 509).

La metodología de investigación e intervención de la psicología de la salud incluye el estudio de muestras de población mediante técnicas subjetivas y objetivas, con un alto grado de generalización de los resultados obtenidos y por lo tanto un buen nivel de aplicabilidad (Roa, 1995).

En cuanto al estado actual de la disciplina, la psicología de la salud está establecida como una división dentro de la American Psychological Association y está reconocida por la Sociedad Psicológica Americana. Matarazzo (1987), citado por Brannon y Feist (2001), afirma que “La Psicología de la salud hoy en día no es otra cosa que la aplicación del conocimiento acumulado gracias a la práctica científica y la práctica profesional de la Psicología genérica al área específica de la salud” (p. 29).

Finalmente el rol del psicólogo de la salud, lo que lo hace diferente de otros psicólogos es su compromiso con los problemas del campo de la salud y su conocimiento de las personas, los contextos y los problemas del sistema sanitario. Su gestión comprende la participación en el estudio de las necesidades de la población, con el fin de establecer prioridades y de integrarlas a las políticas de salud; así mismo colabora con el desarrollo e implementación de programas de prevención y promoción (Rodríguez, 1995).

Para alcanzar tales fines es necesario conocer la concepción de salud que posee la Psicología de la Salud. Según George Stone (1987) las definiciones de salud se dividen en dos grandes grupos: el primero considera la salud como un estado ideal de ausencia

de enfermedad y el segundo la concibe como un movimiento en una dirección positiva. (Brannon y Feist, 2000)

La Organización mundial de la salud (OMS) se sitúa en el segundo grupo y define la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental, social y no sólo la ausencia de enfermedad” (Brannon y Feist, 2001. p. 21). Enmarcado desde la misma perspectiva, Llor y cols. (1996), Rodríguez (1995) y Simón (1999) coinciden en afirmar que un concepto positivo de salud se basa en un equilibrio dinámico y un estado de bienestar bio-psico-social que posibilitan un normal desarrollo de las capacidades y adaptación del individuo al medio ambiente.

Asumiendo este último como el concepto de salud más adecuado y el que se utilizará en esta investigación, se define la enfermedad como “una desviación del estado de salud; y si consideramos al ser humano como un ser biopsicosocial, el estado de salud y enfermedad van a tener siempre unos aspectos distintos: biológicos, psicológicos y sociales” (Llor y cols., 1996. p. 187).

Álvarez (1998) identifica un punto de encuentro entre la salud y la enfermedad, integrando los dos conceptos; considera la salud como un estado de armonía y equilibrio funcional reflejado en un silencio orgánico, que se rompe cuando se presenta la enfermedad en el organismo.

Así, se puede observar como diversos autores plantean diferentes definiciones acerca de los criterios de salud y enfermedad, sin embargo en definitiva, la mayoría llega a un punto común donde se define la salud como un estado de armonía del organismo y la enfermedad como la ruptura de ese equilibrio. Todo lo anterior desencadenado e influenciado por un conjunto de factores de diversos órdenes como son: económico, social, cultural, individual, psicológico, biológico, etc.

De acuerdo a lo anterior, Brannon y Feist (2001) afirman que “Puesto que la salud es multidimensional, todos los aspectos de la vida –biológicos, psicológicos y sociales– deben ser tenidos en cuenta” (p. 20).

Es claro que la Psicología de la salud está basada tanto teóricamente como de forma aplicada en el modelo de salud biopsicosocial, modificando la visión del campo de la sanidad. “En lugar de definir la enfermedad como la simple presencia de agentes patógenos, el modelo biopsicosocial hace hincapié en la salud positiva y contempla la enfermedad, particularmente la enfermedad crónica, como el resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales” (Brannon y Feist, 2001. p. 23).

Si bien las enfermedades crónicas pueden tener muchas causas, nadie niega seriamente el hecho de que el comportamiento y el estilo de vida individual está fuertemente implicado en su desarrollo. Puesto que la mayor parte de las enfermedades crónicas proceden, al menos parcialmente del comportamiento individual, la Psicología se ha visto implicada en los temas relacionados con la sanidad. En este sentido la Psicología juega un importante papel en el cuidado de la salud a la hora de procurar que las personas se mantengan saludables en lugar de esperar a tratarlas una vez que hayan caído enfermas” (Brannon y Feist , 2001 p. 24).

Como se ve anteriormente dos aspectos importantes donde se sitúan los aportes de la Psicología de la salud son la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Sin embargo para procurar la salud de las personas a través de su promoción o la prevención de las enfermedades es necesario dirigir primero los esfuerzos hacia investigaciones descriptivas de las poblaciones en relación a los índices de prevalencia de las enfermedades.

Por interés de las investigadoras y debido a los altos índices de prevalencia de los trastornos de alimentación en la población joven, éste será el foco del presente trabajo.

Los aspectos que han determinado que los Trastornos de la Conducta Alimentaria hayan llegado a ser un grave problema sanitario en muchos países desarrollados son, en primer lugar, su prevalencia creciente que en el caso de la anorexia nerviosa se cifra entre el 0,5 y el 3,7 % de las adolescentes y mujeres jóvenes, su evolución encronizada, la frecuente comorbilidad médica que presentan y el que muchas veces presentan formas clínicas enmascaradas que en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico, los cuales se observan hasta en el 50% de los casos. (...) No puede olvidarse que estas enfermedades, que han tenido un gran eco en los medios de comunicación social donde en ocasiones se han tratado con cierta frivolidad y sensacionalismo, tienen importantes complicaciones médicas que condicionan una mortalidad no despreciable. Tanto es así que en concreto la anorexia nerviosa se considera una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes y letales” (García-Camba, 2001. p.3).

Según el programa Almería para el tratamiento de los trastornos Alimentarios realizado por el español Joaquín Díaz-Atienza (1999), la evolución histórica de dichos trastornos viene determinada por dos períodos claramente definidos: el primero abarca la etapa que va desde 1931 hasta 1985 y el segundo abarca el final de la década de los ochenta y principios de los noventa. La incidencia media de la anorexia nerviosa durante el primer periodo fue de 2,8 por 100.000 casos al año. La incidencia media de la anorexia y la bulimia nerviosa en el segundo periodo (1985 en adelante) es de 39,4 por 100.000 casos al año, mostrando una tendencia mayor el incremento de la bulimia que de la anorexia.

Las definiciones de la anorexia nerviosa planteadas por diversos autores suelen ser similares, Turón Gil (1997) afirma “la anorexia nerviosa es aquel trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también y en menor medida a mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo inmenso de pesar menos, cada vez menos, intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal que les hace verse más gruesas (os) de lo que están en realidad. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga” (p.186).

Según Herscovici (1990), “se define a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres; caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón” (p.39)

Dentro de la clínica de la anorexia nerviosa están presentes, aspectos cognoscitivos, conductuales, emocionales y psicopatológicos. Según Turón Gil (1997) “la anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura. Las pacientes anoréxicas rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas. Son adolescentes que centran su interés en la figura y el peso modificando este a través de la dieta y consideran que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad más allá de los parámetros normales” (p.182).

Así, se observa que todo comienza con el deseo de no engordar y ser más esbelta, acompañado de valoraciones negativas como “no me gusta” o “peso demasiado”, todo

esto seguido de actitudes y conductas exageradas de ejercicio y dieta. Estas alteraciones cognitivas van acompañadas, son interdependientes con las alteraciones conductuales, las cuales generalmente empiezan con una dieta restrictiva, aunque también se presenten conductas contradictorias, pues “es paradójico que este rechazo de la anoréxica por la comida se acompañe, en ocasiones, por el deseo de que el resto de la familia se alimente bien” (Turón Gil, 1997. p.188).

Diversos aspectos psicopatológicos también se encuentran presentes en la anorexia, los más comunes son la depresión, la ansiedad y la obsesión. En cuanto a la ansiedad está presente desde el principio en la patología anoréxica y es producida por el miedo a engordar, la valoración crítica de su cuerpo y la pérdida de la autoestima. La esfera afectiva también sufre trastornos, la paciente anoréxica sufre depresión, tristeza, aislamiento, llanto, anhedonia, sentimientos de minusvaloración, en ocasiones presenta insomnio, sentimientos de culpa y desesperanza. Otro aspecto psicopatológico presente en la anorexia son los rituales obsesivos, “estos rituales generalmente observados y descritos por la familia, son actos iterativos y conductas estereotipadas relacionadas con la pulcritud, el orden y las maniobras frente a los alimentos, la báscula y la ropa de vestir” (Turón Gil, 1997. p.132).

Dadas las claras manifestaciones del trastorno, el diagnóstico se hace fácilmente, pero su insidioso inicio, se puede confundir con la común pretensión de adelgazar en nuestra sociedad actual, haciendo que cuando realmente se detecte el problema ya haya pasado un tiempo valioso; por dicha razón se hace necesario tener muy claros los siguientes criterios diagnósticos para detectar la anorexia nerviosa:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo

de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el periodo de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (DSM IV – TR, 2000)

Habiendo profundizado un poco en la anorexia nerviosa es preciso ahora contemplar la bulimia nerviosa pues es otro de los trastornos de alimentación de mayor incidencia. En la década de los años ochenta aparece con una progresión alarmante la bulimia nerviosa. Los trabajos epidemiológicos pretenden delimitar la entidad y valorar su repercusión social, evaluando las verdaderas dimensiones del problema y los factores de riesgo, permitiendo así planificar estrategias asistenciales. Comer compulsivamente en un corto lapso de tiempo y luego provocarse el vómito voluntariamente para deshacerse

de las calorías ingeridas, son los síntomas más comunes que caracterizan a la bulimia nerviosa; Herscovici (1990) afirma, “se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos” (p.45).

Es preocupante saber que el 90% de las personas que padecen de este desorden alimentario son mujeres, en su mayoría jóvenes entre los 18 y los 20 años de edad. Sin embargo, la bulimia también puede desarrollarse en personas mayores de 20 años y en adolescentes. En la bulimia al igual que en la anorexia también inciden factores individuales, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, pues cada vez afecta más a millones de jóvenes la presión social que representa estar a la moda, “la presión por alcanzar la delgadez es indiscutible. Muchas mujeres bulímicas comenzaron su afección luchando contra la obesidad; muchas obesas son bulímicas y muchas mujeres con normopeso están cumpliendo dietas porque se perciben a sí mismas como obesas” (Herscovici, 1990. p.47).

Otro autor que se ha referido al trastorno de la bulimia nerviosa es Turón Gil (1997) quién afirma “El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Tras el episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio. Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, puede estar fuertemente restringida o en un perpetuo ciclo de atracones y vómitos” (p.128).

Al igual que en la anorexia nerviosa, la bulimia se caracteriza por trastornos conductuales y alteraciones cognitivas, puede presentar una rica psicopatología asociada y complicaciones físicas secundarias a la alteración dietética y a las conductas de purga. Además de las alteraciones producidas por el mismo trastorno, Agras y Apple

(1997) afirman que los desordenes de alimentación frecuentemente se encuentran acompañados por otros trastornos psicológicos. Los síndromes asociados incluyen: desorden depresivo mayor, desordenes de ansiedad, trastornos de personalidad, inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos y abusos de alcohol y droga.

Dentro de las alteraciones conductuales de las personas bulímicas se encuentra una conducta desordenada; es decir que el patrón de conducta, relativo a la alimentación, es desordenado e imprevisible, al contrario que en las personas anoréxicas cuyo patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible. Entre atracones y atracones las bulímicas mantienen una dieta restrictiva o incluso en ocasiones ayunan por completo. Esta alternitud de ayunos y atracones refuerza y potencia el trastorno bulímico, ya que el ayuno predispone y facilita la aparición de episodios de ingesta descontrolada. La conducta más frecuente es la del vómito y en menor medida el uso de diuréticos. Los vómitos se suelen asociar con los laxantes y/o el ejercicio físico. Los laxantes son utilizados de forma anárquica y a grandes dosis. (Turón Gil, 1997)

Las alteraciones cognitivas en la paciente bulímica se refieren a los pensamientos erróneos en relación con la comida, peso y figura. El rechazo a la posibilidad de ser obesas es una actitud común en ambos trastornos. “Algunas pacientes proceden de la anorexia nerviosa al cronificarse el trastorno y evolucionar hacia la bulimia, pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, aparecen atracones y conductas de purga” (Turón Gil, 1997. p.135).

Aquellas pacientes que desarrollan un trastorno de la alimentación de tipo bulímico presentan en la mayoría de los casos una rica psicopatología asociada, y la depresión es el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia, sin embargo también las pacientes bulímicas presentan ansiedad. “Podemos considerar que la conducta bulímica

curso en forma de crisis, y estos episodios agudos de ingesta y vómito están siempre acompañados de un estado emocional de tipo ansioso” (Turón Gil, 1997 , p.137).

Los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios han evolucionado y al igual que para la anorexia, para la bulimia están actualizados estos criterios en el DSM IV- TR (2000):

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (p.ej., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

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

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

Especificar el tipo:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no

recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Una vez que se haya detectado el trastorno de alimentación, bulimia o anorexia, es preciso comenzar un tratamiento que involucre diferentes áreas como la médica, la psicológica y la de nutrición. Por ser esta una investigación psicológica sólo se abordarán tratamientos de este tipo.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico de los trastornos alimentarios están presentes los aportes de los diversos enfoques psicológicos. Los modelos de tratamiento que más se utilizan son los siguientes: terapia sistémica, terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal.

El modelo sistémico se pronuncia en cuanto al tratamiento de la bulimia nerviosa; algunas características distinguen a este modelo de terapia: es directivo, su meta consiste en lograr los objetivos de cambio que el paciente establece como deseables, es de tiempo limitado, su foco de cambio son las conductas del paciente vinculadas al problema fuera de la sesión, y el terapeuta utiliza técnicas paradójicas para influenciar al paciente en dirección de solucionar el problema. El tratamiento completo dura entre siete y quince sesiones, al comienzo semanales, luego quincenales, y se hace una entrevista de seguimiento a los seis, doce y dieciocho meses después de la última sesión. (Raich, 1998)

Para el tratamiento de los trastornos de alimentación, también se ha hablado de la Terapia interpersonal; en ésta los problemas interpersonales se contemplan como factores desencadenantes y causas de este trastorno, por lo tanto esta intervención terapéutica no se centra en los síntomas sino en el tratamiento y solución de los problemas de fondo que existen en los pacientes. “El objetivo principal de este método es conseguir una reducción de las emociones negativas que aparecen como

consecuencia de un déficit en la esfera interpersonal, de manera que se produzca una reducción indirecta de los episodios bulímicos” (Turón Gil, 1997. p.189).

Aunque los anteriores modelos de abordaje de los trastornos de alimentación se pueden considerar efectivos, el modelo teórico y conceptual desde donde se presentará esta investigación es el cognitivo conductual.

Este modelo concibe la bulimia como un proceso que incluye tanto comportamientos como cogniciones desadaptativas o erróneas. En el aspecto conductual el factor más importante para el desencadenamiento de la bulimia es la restricción alimentaria, seguida por sensaciones de hambre que dan paso a un periodo de desinhibición en la alimentación y que finalmente produce ingesta descontrolada o atracones de comida. Este ciclo va seguido de un periodo en el cual se percibe un aumento de peso. “Mujeres jóvenes con baja autoestima, derivada de una variedad de causas, son más propensas a preocuparse más por su peso y su figura, restringiendo su ingesta de comida más que otras mujeres” (Agras y Apple, 1997. p.11)

El aspecto cognitivo de la bulimia se caracteriza por la influencia de las percepciones de cómo debe ser el peso y la figura, las reglas acerca de la evitación de las comidas y las cantidades que se deben consumir. La ingesta descontrolada va precedida por estados de ánimo negativos, falsas percepciones de las relaciones interpersonales y baja autoestima. (Agras y Apple, 1997)

Para continuar con la perspectiva cognitivo conductual de los trastornos de alimentación se expondrá ahora la anorexia. Dalle y Banderali (1997) realizan una muy completa descripción de esta psicopatología en su documento “Intensive Hospital Rehabilitation in Eating Disorders” (Rehabilitación intensa por hospitalización en desordenes de alimentación) . Afirma que de acuerdo a la teoría cognitivo conductual el centro de los trastornos de alimentación es la tendencia de los individuos a juzgar su

propio valor dependiendo exclusivamente del control que tienen sobre sus hábitos alimenticios, cuerpo, figura y peso. El esquema de autoevaluación disfuncional se desarrolla como resultado de la interacción de varios y diferentes factores de riesgo (socio-culturales, individuales y familiares). La activación del esquema de autoevaluación hace que el individuo desarrolle pensamientos y preocupaciones específicas alrededor de sus comportamientos alimentarios, su cuerpo y su peso, al igual que ciertos comportamientos típicos como son la restricción alimentaria, el ejercicio físico excesivo, los atracones de comida, conductas de purga compensatorias y el control compulsivo del peso y las medidas corporales. Los reforzamientos negativos o positivos que el sujeto percibe cuando baja o controla su peso, puede controlar lo que ingiere y presenta desórdenes de alimentación, contribuyen a mantener activado el esquema de autoevaluación disfuncional. Lo anterior hace que el trastorno de alimentación, una vez iniciado, se auto perpetúe. Además ciertos pacientes presentan ciertos factores de mantenimiento adicionales, que dependiendo de la situación individual pueden ser: perfeccionismo, baja autoestima, intolerancia a las emociones y problemas interpersonales (incluyendo problemas familiares).

El modelo psicológico cognitivo conductual considera que debido al carácter multifactorial de los trastornos alimentarios se hace estrictamente necesaria una evaluación cuidadosa de manera individual del paciente, con el posterior seguimiento de otros factores inherentes a la historia de vida del sujeto, como los biológicos, psicológicos y familiares entre otros. Así, Pieschacón (1996) refiere: “la guía práctica de los desórdenes alimenticios desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) enfatiza la importancia de una formulación de caso individual. Se recomienda que el tratamiento se escoja basado en una evaluación exhaustiva del paciente individual, que toma en cuenta aspectos cognoscitivos, de desarrollo psicológico, de

comorbilidad psicopatológica, de las preferencias del paciente y de su situación familiar” (p. 76)

De la misma manera Gempeler citada por Pieschacón (1996) sostiene que “la evaluación de los desórdenes alimenticios debe incluir un análisis cuidadoso de las condiciones actuales de vida del sujeto, tanto a nivel general como particular, buscando antecedentes y consecuentes de la conducta a analizar, así como los elementos constitutivos de la conducta en sí, tanto a nivel cognoscitivo como comportamental y autónomo. Igualmente, es necesario realizar una evaluación médica y nutricional para descartar factores orgánicos de base” (p. 76)

Es importante la evaluación global mencionada anteriormente, teniendo en cuenta al sujeto y su contexto. El área social es uno de los aspectos que debe comprender dicha evaluación. La presión social por alcanzar patrones de belleza y esbeltez basados en la delgadez seguido de múltiples pensamientos y cogniciones irracionales respecto al peso, la figura y la manera restrictiva en los hábitos de alimentación desembocan en la gran mayoría de los casos en trastornos de tipo alimentario. (García-Camba, 2001)

Habiendo cumplido con los objetivos de la evaluación y teniendo la información pertinente de cada caso, se procede a iniciar el tratamiento. La terapia Cognitiva Comportamental (TCC) ha sido considerada como la más efectiva para el abordaje de dichos trastornos (Agras y Apple, 1997). Turón Gil (1997) afirma que “en el tratamiento cognitivo conductual de la bulimia nerviosa se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, e incluso otras distorsiones cognitivas como son la baja autoestima y el perfeccionismo” (p.188).

El tratamiento psicológico basado en la TCC busca cambios a largo plazo en el paciente, sus conductas y cogniciones;

La TCC trata de producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes (...) el tratamiento psicológico debe enfocarse a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta, y el tamaño corporal, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para la paciente, y la comida deje de ser la respuesta universal ante todos los problemas que plantea la vida (regulación de estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar, etc), cuestiones que debe afrontar con otras respuestas más apropiadas (García-Camba, 2001. p.191)

A la luz del enfoque cognitivo conductual el abordaje y tratamiento de los trastornos de alimentación consta de tres fases; una primera fase de cuidados y protección donde “lo primordial es tratar de proteger la vida de las pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerles de algunos recursos. En esta fase que se debe proteger la vida del paciente, la evaluación e intervención médicas (especialistas en nutrición e internistas) se optimizan con el apoyo del equipo psicológico. Lograr establecer una colaboración sincera de la paciente es una de las tareas fundamentales” (García-Camba, 2001. p.192).

Durante la segunda fase se inicia de manera firme el tratamiento, el objetivo de esta segunda fase de tratamiento es disminuir la restricción de la dieta y romper las reglas rígidas de la comida.

Finalmente, en una tercera fase se busca una prevención de recaídas en las cuales “el paciente tiene que afrontar situaciones de alto riesgo en las que pueden volver a resurgir las conductas anómalas o se manifiesten aquellos aspectos del tratamiento que todavía necesitan un trabajo más profundo” (García-Camba, 2001 p.192)

Existe evidencia acerca de la efectividad del tratamiento de terapia cognitiva conductual y de la percepción de la efectividad de la intervención por parte de los pacientes.

Cerca de treinta estudios controlados acerca de la TCC , comprueban su efectividad en Bulimia nerviosa y desorden de ingesta compulsiva. La TCC ha demostrado mayor efectividad que la ausencia de tratamiento, la terapia no directiva, la terapia psicodinámica, el manejo del estrés y la medicación antidepresiva (Agras y cols.1992, Farirburn y cols, 1986; Garner y cols, 1993; Laessel y cols, 1991; Mitchell cols, 1990). La investigación ha demostrado que cerca de la mitad de los clientes que reciben TCC suspenden la ingesta compulsiva y la purga al completar el tratamiento, y actitudes acerca del peso y la figura también mejoran. Un porcentaje adicional continua mejorando luego del tratamiento, llegando a una cura total de cerca del 65% (Agras, Rossiter y cols, 1994). Estudios de seguimiento demuestran un mantenimiento de las mejoras obtenidas hasta cinco años después del tratamiento, aunque algunos sujetos pueden tener un breve retorno de los síntomas de tiempo en tiempo (Agras y Apple, 1997. p.14).

Acerca de la percepción que tienen los pacientes con trastornos de alimentación, acerca de la efectividad de la TCC, Le Grange (1998) realizó una investigación con catorce pacientes, obteniendo los siguientes resultados: A la pregunta general de si el tratamiento era de alguna ayuda, diez pacientes respondieron afirmativamente. Los siguientes temas fueron identificados como componentes que sirvieron de ayuda durante el tratamiento: Estrategias comportamentales, más de la mitad de los sujetos sintieron que las estrategias comportamentales específicas fueron de ayuda; Ambiente de apoyo y comprensión, más de la mitad de los sujetos se sintieron ayudados por el ambiente de apoyo y comprensión brindado por el tratamiento; Cambio

de creencias disfuncionales, la mitad de los sujetos notaron que el tratamiento les ayudaba a cambiar actitudes y cogniciones disfuncionales acerca de la comida, el peso y la silueta; Psicoeducación, un tercio de los sujetos mencionaron que recibir información acerca de la enfermedad los había ayudado.

Los siguientes temas fueron identificados por los pacientes como ineficaces dentro del tratamiento: Manejo inadecuado de causas, seis pacientes mencionaron que hacia falta enfatizar en las causas del trastorno; Falta de abordaje de sentimientos y problemas personales, cuatro pacientes sintieron que los problemas y las emociones personales no fueron lo suficientemente abordados.

Se realizó un seguimiento, en el cual diez pacientes sintieron haber mejorado; siete de ellos atribuyen la mejora al tratamiento recibido, dos dijeron que continuar con la terapia los ayudó a mejorar y un último participante atribuye el mejoramiento a la recomendación del terapeuta acerca de la hospitalización; finalmente cuatro sujetos sintieron no haber progresado desde la terminación del tratamiento.

Tal evidencia demuestra la efectividad de la intervención cognitivo-conductual al abordar los trastornos alimentarios. Gran parte del éxito del tratamiento obtenido mediante la TCC se atañe a las buenas prácticas de evaluación que permiten brindar un diagnóstico preciso y desarrollar planes de intervención efectivos.

Dado el grado de complejidad de los trastornos alimentarios, para poder ser diagnosticados de manera precisa y eficiente es necesario tener en cuenta a la hora de evaluar diversos factores como son los genéticos, biológicos, psicológicos, cognitivos, familiares y socioculturales. Es decir que los trastornos de la conducta alimentaria son de tipo multifactorial (Saldaña, 1994).

Parece evidente que tanto la obesidad como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y, probablemente, la sobre ingesta compulsiva son trastornos multicausados, en los

cuales convergen múltiples factores que hacen mucho más difícil la solución de los mismos. Este hecho pone de relieve la importancia de evaluar globalmente a la persona que sufre uno de estos trastornos, teniendo en consideración tanto los factores genéticos y biológicos, como los psicológicos, cognitivos, familiares y socioculturales, y de forma muy especial, sobre todo en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, los relacionados con la percepción de la imagen corporal (Saldaña, 1994. p. 550).

Es pertinente obtener información acerca de todas estas áreas a través de diversas técnicas de evaluación y sin limitarse a un solo instrumento. Las técnicas más conocidas y utilizadas para la evaluación de la bulimia y la anorexia nerviosa según los planteamientos del modelo Cognitivo Conductual son las entrevistas, los cuestionarios, los autoinformes, los autorregistros y en menor medida la observación directa.

La entrevista es el procedimiento más utilizado para obtener información sobre las características del trastorno alimentario. Permite establecer un contacto directo con el sujeto y establecer una relación empática terapeuta-paciente. (Saldaña, 1994).

Corral (1998) en el manual del EDI – 2 de la versión española comenta:

El desarrollo de entrevistas tipificadas y semi estructuradas para evaluar trastornos de la conducta alimentaria han representado un gran avance en este campo. Las entrevistas clínicas son el mejor medio de diagnosticar los trastornos de la conducta alimentaria porque permiten distinguir con precisión las preocupaciones sobre el peso y el tipo de las que tiene entidad clínica de las que no pueden considerarse un trastorno formal (p. 27).

Otra técnica de evaluación son los autorregistros. Estos son diseñados por el psicólogo con el fin de que el paciente los llene de manera individual y privada y se pueda

obtener información relevante acerca de la conducta del paciente acerca de la comida y las prácticas purgativas en caso de que existan (Saldaña, 1994)

Una forma diferente de evaluación es la observación directa.

Esta es un procedimiento importante de evaluación de los trastornos del comportamiento alimentario, ya que los patrones de conducta fundamentales de los sujetos que los sufren se pueden emitir de forma secreta y privada. La obtención de datos objetivos por medio de familiares del sujeto resulta muy difícil o incluso, en casos de bulimia, prácticamente imposible (Saldaña, 1994. p. 557).

Otra técnica de evaluación la constituyen los cuestionarios y autoinformes. Consisten en pruebas psicométricas que miden diferentes aspectos de los trastornos de alimentación y permiten al psicólogo obtener información objetiva acerca del comportamiento o las cogniciones del paciente ante su trastorno (Saldaña, 1994).

La presente investigación utilizará esta técnica de evaluación pues presenta varias ventajas en cuanto a su aplicación e interpretación. Se utilizará el cuestionario de autoinforme llamado Eating Disorder Inventory- 2 (EDI – 2) en su versión española.

“Aunque los instrumentos de autoinforme tienen evidentes limitaciones presentan numerosas ventajas prácticas en su aplicación: están completamente tipificados, son económicos, no precisan de entrevistadores expertos, pueden aplicarse en forma colectiva y suelen corregirse con sencillez” (Corral, 1998. p.27).

A pesar de estas ventajas los cuestionarios de autoinforme presentan algunas limitaciones como lo son la negación de la situación que pueden presentar los sujetos con relación a su trastorno, la ocultación de los síntomas o la falta de sinceridad. Aunque los autorregistros presentan estas falencias otros métodos de evaluación, entre ellos la entrevista, también son vulnerables a dichas limitaciones. (Corral, 1998).

Por las razones anteriormente mencionadas se utilizará para los propósitos de esta investigación el Eating Disorders Inventory (EDI – 2) como instrumento de evaluación de los trastornos de alimentación anorexia y bulimia nerviosas. La utilidad de este instrumento en estudios como este la explica Corral (1998) de forma clara y precisa:

Es conveniente aplicar el EDI – 2 a poblaciones normales con el fin de identificar posibles casos sospechosos de padecer trastornos de la conducta alimentaria. En estas situaciones el EDI – 2 se revela como un primer sistema de evaluación rápido y económico, en un proceso que puede seguir con la realización de entrevistas más profundas a aquellos sujetos que superan un determinado punto de corte. También puede ser de gran utilidad el EDI – 2 para detectar sujetos que tienen una marcada preocupación por su peso,, para estudiar que factores se relacionan con esta circunstancia o para prevenir riesgos de posibles trastornos posteriores (p. 27).

Al ser aplicado el EDI – 2 el investigador o psicólogo debe considerar diversos aspectos alrededor de este, en primer término hay que tener en cuenta la vulnerabilidad ante ciertos mecanismos manifestados por el sujeto al contestar el inventario; “los instrumentos de autoinforme suelen criticarse por su vulnerabilidad a la insinceridad y, por tanto, es importante que el profesional sea consciente de que son vulnerables a ciertos mecanismos como la negación, la autodefensa, la insinceridad y las respuestas sesgadas” (Corral, 1998. p. 26).

Otro aspecto a tener en cuenta es que “no se debe pensar que el EDI – 2 recoge de forma exhaustiva todas las características de la AN o BN pues, como ya se ha dicho, es frecuente encontrar en este tipo de enfermos otros rasgos de la personalidad como depresión, ansiedad, hostilidad, obsesiones, somatizaciones, desajuste social, malestar físico, introversión, escasa fuerza del yo, baja autoestima, locus de control externo, abuso de sustancias, confusión en la identidad sexual, etc” (Corral, 1998. p. 26).

Por último se debe reconocer que aunque los rasgos psicológicos arrojados por el EDI – 2 pueden representar una importancia significativa para la aparición y mantenimiento del trastorno, no se debe generalizar sobre la presencia de otros rasgos de personalidad u aspectos psicopatológicos ya que el proceso de evaluación pudo haberse realizado en momentos en que los pacientes presentaban de manera activa síntomas propios del trastorno (Corral, 1998).

Teniendo claras las limitaciones, ventajas y consideraciones referentes al EDI – 2 se puede entonces proceder a su aplicación e interpretación. Para tal fin es necesario conocer el alcance y propósito de cada una de las once escalas del instrumento. Entre todas comprenden noventa y un (91) preguntas que responden a un modelo de evaluación tipo likert.

Expuestas por Corral (1998) en la versión española del EDI – 2, las escalas comprenden once temas relacionados con diferentes aspectos de los trastornos de alimentación. Su organización es la siguiente:

La primera escala es la de *obsesión por la delgadez*. “Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar” (p.15). Este aspecto es considerado como el núcleo central de los trastornos de alimentación.

La segunda escala es la de *bulimia*. Esta escala evalúa la tendencia a darse atracones de comida y utilizar luego conductas compensatorias. Es eficiente al diferenciar las conductas restrictivas y las purgativas.

La tercera escala se refiere a la *insatisfacción corporal*. “Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.) (p.15). La insatisfacción corporal se considera

como uno de los aspectos cognitivos más importantes de la perturbación de la imagen corporal, característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

La cuarta escala es la de *ineficacia*. Evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad.

La quinta escala responde al *perfeccionismo*. Esta escala mide el grado en que el sujeto se siente insatisfecho con sus resultados personales. Además incluye ideas alrededor de los sentimientos de inadecuación y de evaluaciones negativas por parte de otros.

La sexta escala corresponde a la *desconfianza interpersonal*. Se refiere a la incapacidad de expresar pensamientos y sentimientos, generando vacío, soledad y falta de interés en las relaciones sociales.

La séptima escala es la de *conciencia introceptiva*. Esta escala evalúa el grado en que el sujeto es capaz de reconocer sus emociones y manejarlas. Además incluye la capacidad de reconocer estados de hambre y saciedad.

La octava escala se refiere al *miedo a la madurez*. Comprende el deseo de volver a la infancia; por medio del ayuno se vuelve al estado psicobiológico prepuberal.

La novena escala comprende el *ascetismo*. “Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales” (p.16)

La décima escala es la de *impulsividad*. Evalúa la dificultad para controlar los impulsos así como la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

La onceava escala se refiere a la *inseguridad social*. Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias e improductivas.

Ciertas investigaciones se han realizado basadas en el EDI - 2. Las más relevantes para el presente trabajo son las referentes a las puntuaciones de mujeres universitarias con las que se construyó la tabla de estadísticos básicos y desviaciones típicas de las escalas del EDI en muestras de estudiantes jóvenes. El manual del EDI - 2 reúne las medias arrojadas por dichos estudios, comparando grupos de control y grupos de mujeres jóvenes universitarias de diferentes poblaciones. Gardner y Olmtes (1984) estudiaron el EDI en estudiantes de los dos primeros cursos de psicología en Toronto; Kutzman (1989) realizó su investigación del EDI en la Universidad de California; Raciti y Norcross (1987) investigaron el EDI en estudiantes universitarios de primer curso, con una edad media de 18 años. Los resultados de estas investigaciones muestran la semejanza de las medias obtenidas de las muestras, los grupos de control y los datos de tipificación del EDI.

Todos estos estudios buscaron la prevalencia de los trastornos de alimentación en diferentes poblaciones. Exponer los resultados de los mismos resultaría muy extenso; sin embargo es importante observar que el instrumento se ha utilizado varias veces en poblaciones similares a la que se desea estudiar en esta investigación, con buenos resultados.

Cada vez es mayor el interés por el tema de la prevalencia de los trastornos de alimentación, especialmente y como lo corroboran los estudios del EDI, en poblaciones universitarias. La prevalencia “mide la presencia de estados de enfermedad en una población - no en individuos -” (Hernberg, 1983. p.22). El número de dichas

investigaciones es cada vez mayor, fenómeno que puede atribuirse al aumento en el número de casos de jóvenes con anorexia o bulimia.

La mayoría de estos estudios se han realizado en Estados Unidos, es por esto que los índices de prevalencia de trastornos alimentarios son claros para esta población. Para 1997 la prevalencia de la anorexia en estados unidos era de 0.1% a 0.6% en la población general y severamente más alta en mujeres adolescentes. 90% de quienes la padecían eran mujeres. La bulimia era dos o tres veces más común. (Harvad Mental Health Letter, 1997).

Sin embargo investigadores de otras nacionalidades también han estudiado el tema de la prevalencia de la bulimia y la anorexia en otras poblaciones. Algunas de estas investigaciones se exponen a continuación. La primera es norteamericana, la segunda es portuguesa y la tercera es alemana. Además se enseñan también los resultados de algunos estudios recientes sobre el tema en Latinoamérica y especialmente en Colombia.

En 1999 Oswalt y Welle-Graf buscaron la prevalencia de trastornos de alimentación en la población universitaria norteamericana siguiendo las afirmaciones de varios investigadores anteriores (Bemporad, 1996; Pyle, Halvorson; Newman and Mitchel, 1986; Halmi, Falk, and Schwartz, 1981) que hallaron resultados consistentes con las cifras descritas por la Harvard Mental Health Letter. Sin embargo en su investigación titulada *Eating Disorders: No Longer Trapped by Food* (Desórdenes de Alimentación: Nunca más Atrapados por la Comida) encontraron evidencia que contradice dichas investigaciones. Su objetivo principal era documentar los índices de prevalencia y las conductas y patrones de alimentación desordenados para evaluar la gravedad actual de los trastornos de alimentación en estudiantes universitarios.

Su investigación es un estudio al azar, estratificado, de trescientos veinte (320) participantes de diferentes facultades de la Universidad del Sur de Georgia. Para alcanzar su objetivo aplicaron la GSU Undergraduate Student Health Risk Appraisal Survey que consta de 98 preguntas en total, que cubren aspectos tales como conductas de alimentación alteradas, diagnósticos previos, índice de masa corporal, datos demográficos y percepción corporal.

Sorpresivamente los resultados del estudio muestran unos índices de prevalencia más bajos que los esperados: 2% para anorexia, 1% para bulimia y 2.8% para patrones desordenados de alimentación en general sin diagnóstico de trastornos de alimentación.

Es decir que existe un número notablemente pequeño de patrones de conducta alimentaria inadecuados en esta población universitaria. Sin embargo la investigación arrojó datos importantes respecto al ejercicio. Se clasificó al ejercicio compulsivo como una de las principales preocupaciones de salud actuales por el alto porcentaje de universitarios que se ejercitan más de tres veces a la semana (37%).

La conclusión general a la que llegaron Oswalt y Welle-Graf (1999) con su investigación es la siguiente: Los trastornos de alimentación y las percepciones negativas del cuerpo sólo afectan a un muy pequeño y selecto grupo de la población en general.

La segunda investigación es la correspondiente a Baptista Sampaio, Campo Reis y Galvao, quienes realizaron un estudio de prevalencia de los trastornos de alimentación en la población universitaria femenina en Portugal.

Su objetivo general fue identificar la prevalencia de la bulimia nerviosa, la ingesta compulsiva y otras manifestaciones de preocupación por la figura y el cuerpo, así como hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas entre estudiantes universitarias en Lisboa. El instrumento de medida fue enviado por mail (internet) a una muestra

representativa de la Universidad de Lisboa escogida al azar usando listas provistas por las diferentes facultades. De 1542 sujetos a quienes se les envió el instrumento el 50.1% lo devolvió con respuestas.

Dicho instrumento consistía en un cuestionario de autoinforme que incluía datos demográficos, peso, talla, peso deseado, ocurrencia y frecuencia de síntomas bulímicos, conductas para prevenir el aumento de peso, sensación de descontrol en relación a la alimentación y preocupación permanente por la figura.

Los resultados encontrados muestran una índice de prevalencia para la bulimia de 3% y un índice de 13.2% para ingesta compulsiva en las estudiantes de la Universidad de Lisboa. Se sugiere una mayor prevalencia de comportamientos alimentarios inadecuados entre estudiantes universitarios de Portugal. Confirmando este resultado se observa una alta frecuencia de respuestas que indican una alta preocupación por parte de los estudiantes hacia el propio cuerpo y la figura: 55% de los sujetos desean ser más delgados 48% han hecho dieta anteriormente y 12% siguen algún tipo de dieta actualmente.

La conclusión a la que llegaron Baptista y cols. (1996) es que estas perturbaciones alrededor del cuerpo y la figura constituyen un importante problema de salud en la sociedad portuguesa.

Otras investigaciones sobre prevalencia del control del peso y los trastornos de alimentación se han realizado en Europa. Westenhoefer (2000) realizó una investigación sobre este tema en la población alemana titulada “Prevalence of Eating Disorders and Weight Control Practices in Germany in 1990 and 1997” (Prevalencia de Desórdenes de Alimentación y Prácticas de Control de Peso en Alemania en 1990 y 1997).

Su objetivo principal fue investigar si la prevalencia de los comportamientos bulímicos y las prácticas de control de peso habían cambiado de 1990 a 1997. Contó

con una muestra de 2139 sujetos en la primera fecha (1990), escogidos entre la población del oeste de Alemania, que comprendía sujetos de los catorce años en adelante que vivían en casa privada; y con una muestra de 2155 sujetos en la segunda fecha (1999), escogidos entre la población del este y oeste de Alemania, de dieciocho años en adelante que vivían en casa privada.

Entrevistadores experimentados aplicaron una encuesta estandarizada y entregaron un cuestionario de autoaplicación. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de cambios entre 1990 y 1997 comprenden reducciones en la prevalencia de la bulimia. Los índices de prevalencia para ingesta compulsiva no difieren significativamente entre las dos fechas. La prevalencia de restricción alimentaria decrece en hombres mientras aumenta en mujeres. También aumenta en mujeres la prevalencia de conductas como hacer dieta, pesarse frecuentemente y usar diuréticos y laxantes. La prevalencia estimada para los desórdenes de alimentación es menor, aunque estadísticamente no significativa) en 1997 que en 1990, y la prevalencia de hombre y mujeres es muy similar.

Westenhoefer (2000) propone dos conclusiones importantes en su investigación. La primera es que los trastornos de alimentación no se han incrementado en la población adulta alemana entre 1990 y 1997. La segunda plantea que los trastornos de alimentación son un fenómeno significativo en la población masculina, con una prevalencia comparable a la prevalencia en la población femenina.

Luego de conocer algunas recientes investigaciones sobre la prevalencia de los trastornos de alimentación se hace evidente que es muy difícil determinar si el aumento o decremento de estos trastornos es común a todas las poblaciones o los resultados son consistentes para las poblaciones específicas de los estudios. Tomando como cierta esta última afirmación y con la abundancia de datos contradictorios sobre el tema es

necesario entonces realizar estudios de prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa en poblaciones delimitadas.

Pocos estudios se han realizado en las poblaciones suramericanas, Carago, Shisslak, y Estes (1996) citados por Oswalt y Welle.Graf (1999) son unos de los pocos autores que han abordado el tema de la prevalencia de los trastornos de alimentación en América Latina y afirman que mujeres hispanoamericanas presentan un número de patrones de alimentación inadecuados igual al que presentan mujeres caucásicas americanas.

Específicamente en Colombia los estudios sobre prevalencia de trastornos de alimentación son escasos. Mendoza y Posada (2001) recopilan en su documento “Prevalencia y Población Afectada de Anorexia, Bulimia y Otros Trastornos de Alimentación” tres de los más recientes estudios sobre el tema en nuestro país.

La primera investigación que nombran fue realizada en la Universidad Nacional en 1995. Sus conclusiones se aplican a la población estudiada: universitarios. Dos de las más relevantes proponen lo siguiente: la prevalencia de los trastornos de alimentación en el grupo universitario estudiado es similar a la informada en países desarrollados; y es necesario realizar estudios en poblaciones más amplias y en especial riesgo, para conocer la realidad nacional y diseñar políticas para su detección y tratamiento.

El segundo estudio corresponde a las pruebas pilotos realizadas por la psiquiatra Nora Bartolini en colegios de Bogotá, que encontraron un porcentaje de niñas anoréxicas igual al que existe a nivel mundial, del 1 al 4%. Sus estudios también muestran que después de haber analizado 500 estudiantes se encontraron colegios donde hay hasta 6 alumnas con bulimia avanzada.

Finalmente, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia estimó, para el segundo semestre de 2000, que cerca del 2% de las colombianas estaban afectadas por la anorexia.

Igualmente, la revista Salud Colombia publicó un artículo en Agosto de 2002 donde expone algunos resultados de dos investigaciones recientes sobre la desnutrición y los trastornos de alimentación en Colombia. El primero de ellos es el Estudio Nacional de Salud de 1997 que encontró que la prevalencia de los trastornos de alimentación bulimia y anorexia, es de 0,1% para la primera y de 2,3% para la segunda. Además expone que de cada 10 personas que las han padecido o las padecen, 3 no logran superarlas. Y según el segundo estudio, que fue realizado por Profamilia, 40 de cada 100 mujeres en edad fértil presentan sobrepeso y un 4% déficit de peso.

Ya que con los resultados de estos estudios los investigadores pueden desarrollar programas de intervención y prevención más efectivos relacionados con los trastornos de alimentación y las preocupaciones por el peso y la figura en las poblaciones detectadas como de riesgo, es de interés para esta investigación estudiar la población suramericana con relación a estos temas, especialmente la colombiana y específicamente la de mujeres universitarias en Bogotá, ya que los estudios actuales no son suficientes.

Los estudios de prevalencia, como el que se desea realizar, cobran importancia dentro del marco de la prevención y la promoción de la salud, a nivel individual y de la comunidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000) considera que tanto la incidencia como la prevalencia son medidas de morbilidad útiles que permiten a los servicios de salud obtener mayores conocimientos sobre los problemas de salud de las poblaciones que luego se pueden utilizar para que se les atienda en forma adecuada.

Las mediciones para conocer la frecuencia con que ocurren las enfermedades en la comunidad son importantes para:

Organizar los recursos existentes y obtener, desde otro nivel del sistema, el apoyo adicional para la atención de todos los enfermos. Así, el recuento de los casos de una enfermedad es una medida de gran importancia que sirve para orientar la administración de la salud pública frente a la magnitud de recursos necesarios para el programa (OPS, 2000. p.2-1).

De acuerdo con las afirmaciones anteriores Valanis (1999) comenta que si se quiere mejorar o promocionar la salud de los individuos es necesario comenzar el trabajo a nivel comunal. El mayor impacto que se puede generar en la salud de las personas puede lograrse a través de actividades de control y prevención dirigidas a los grupos de más alto riesgo identificados previamente a través de estudios epidemiológicos. Propone que la evaluación y el monitoreo de fenómenos de salud en las comunidades es crucial para la detección temprana de las enfermedades y la pronta intervención a través de estrategias de control que permitan prevenir las propagaciones y limitar la incidencia de la enfermedad.

Cabe destacar la importancia de la epidemiología como la disciplina científica en la que con el uso de diversas técnicas y conocimientos se llega a comprender el abordaje y la prevalencia de conductas de salud así como de enfermedades al interior de una sociedad. Así, mediante técnicas de laboratorio y observaciones directas se busca la prevención y el control de problemas de salud que llegan a afectar toda una comunidad.

Según Álvarez (1998):

La moderna epidemiología es una rica y compleja disciplina científica en la cual se conjugan técnicas matemáticas y estadísticas, junto a conocimientos biológicos, psicológicos, sociales y culturales con el fin de comprender la distribución,

prevalencia y múltiples factores determinantes de la salud y las enfermedades transmisibles y no transmisibles; en la sociedad humana. Está ligada a la realidad concreta del hombre y se funda en la medicina clínica, el experimento de laboratorio y la observación de campo en comunidades, con proyección aplicada a la prevención y control de problemas colectivos de salud, constituyéndose así en fundamento de la medicina social. (p.1)

La epidemiología estudia la distribución, frecuencia o ausencia de las enfermedades considerando todas las variables asociadas, es decir se ocupa de los factores que desencadenan o causan las enfermedades, así como de su prevalencia e incidencia; todo esto ligado únicamente a la condición humana (Álvarez, 1998).

Los propósitos generales de los estudios epidemiológicos de acuerdo con Lilienfeld (1983) son los siguientes:

- A. Aclarar la etiología de una enfermedad o de un grupo de enfermedades mediante la combinación de los datos epidemiológicos con la información proveniente de otras disciplinas.
- B. Evaluar si los datos epidemiológicos son consecuentes con las hipótesis etiológicas formuladas clínica o experimentalmente.
- C. Servir de base al establecimiento y evaluación de procedimientos preventivos y prácticas de salud pública. (p. 2)

La investigación epidemiológica generalmente se clasifica en tres niveles de acuerdo al objetivo de estudio. Así, están presentes la epidemiología descriptiva, etiológica (analítica) y de intervención (experimental).

La epidemiología descriptiva se interesa en establecer la presencia de la enfermedad, sus síntomas o manifestaciones en diferentes poblaciones, sin pretender interpretar o

analizar sus causas. A este nivel de investigación corresponde el presente estudio. La epidemiología etiológica o analítica, al contrario de la descriptiva, estudia las causas de las enfermedades que se presentan en una determinada población. Por último la epidemiología de intervención o experimental es usada para establecer los efectos en los cambios de condiciones de exposición en la morbilidad (Hernberg, 1995).

Existen varios modelos de investigación epidemiológica, los dos más usados para detectar la prevalencia de una enfermedad son los estudios de vigilancia y los de escrutinio o tamiz. El propósito principal de los estudios de vigilancia es detectar cambios en las distribuciones de enfermedad de la población para empezar investigaciones más profundas o comenzar a aplicar medidas de control. El objetivo primordial de los estudios de escrutinio es el de detectar, entre sujetos aparentemente sanos, aquellos que probablemente tiene una enfermedad. Cualquiera de los dos modelos tiene como fin último brindar un cuidado óptimo y reducir o eliminar el sufrimiento y la enfermedad innecesaria (Valanis, 1999).

La investigación que se pretende realizar responde al modelo de escrutinio o tamiz, por lo tanto es este el tipo de estudio en el que se profundizará a continuación. El escrutinio es una estrategia importante para la prevención de enfermedades. Moreno y cols.(1994) y Valanis (1999) coinciden en definirlo como un estilo de investigación que se caracteriza por la identificación de enfermedades irreconocidas por medio de la aplicación de tests, pruebas y otros procedimientos que se aplican de forma rápida y poco costosa en una población.

El tamizaje o escrutinio puede realizarse en ciertos grupos de personas que estén en alto riesgo de desarrollar o contraer una enfermedad. Nunca constituye un diagnóstico definitivo, pero es de vital importancia para detectar a tiempo enfermedades en

poblaciones aparentemente sanas y generar un mejor control de las mismas (Valanis, 1999).

Conociendo la importancia y relevancia de los estudios de escrutinio dentro del panorama epidemiológico y a raíz de la falta de estudios de este tipo acerca de los trastornos de alimentación en Colombia, la presente investigación busca determinar la prevalencia de dichas enfermedades en estudiantes universitarios, una población sana pero con un riesgo muy alto de desarrollar estas enfermedades.

Como se dijo anteriormente, los estudios de escrutinio pueden realizarse en poblaciones con alto riesgo de contraer una enfermedad, es necesario entonces conocer por qué los universitarios constituyen una población en riesgo de desarrollar trastornos de alimentación. Varios investigadores reportan que la población que posee el riesgo más alto de desarrollar trastornos de alimentación y la prevalencia más alta de dichos desórdenes, es la de mujeres universitarias. Oswalt y Welle-Graf (1999) citan algunos de estos autores: Bemporad (1996) reporta índices de 5% hasta 90% de mujeres jóvenes con síntomas de desorden alimentarios; Pyle y cols. (1986) y Halmi y cols. (1981) se centraron en la bulimia nerviosa y encontrando un 8 a 19 por ciento de mujeres universitarias afectadas por este trastorno.

Es necesario conocer algunos aspectos importantes, relacionados con el comportamiento y las cogniciones que son propias de la etapa de desarrollo de esta población en riesgo que constituyen las mujeres jóvenes universitarias.

“Los trastornos de la conducta alimentaria comienzan normalmente al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta, y por tanto, las estimaciones de su prevalencia, entre un 1 y un 4 por ciento, se basan en gran medida en dichas poblaciones” (American Psychiatric Association, 1993-1994 citada por Wicks-Nelson e

Israel, 1997 p. 343). Es por esta razón que la presente investigación se basará en el rango de edad de 19 a 25 años, que comprende el adulto joven.

El género más propicio a desarrollar trastornos de alimentación es el femenino. Afirman Wicks-Nelson e Israel (1997) en el libro *Psicopatología del Niño y del Adolescente* que “la bulimia nerviosa se diagnostica con más frecuencia produciéndose entre el 1 y el 3 por ciento en mujeres adolescentes y jóvenes. (...) Los índices de ocurrencia entre los varones están alrededor de la décima parte de las mujeres” (p. 343).

Dada la estrecha relación entre el rango de edad y la prevalencia de los trastornos de alimentación es importante tratar diferentes aspectos inherentes a la condición física y salud en la juventud; el cambio y continuidad en la cognición; la inteligencia; las tareas del desarrollo; la intimidad e identidad.

Son muchos los factores que están en riesgo cuando no se siguen buenos hábitos alimenticios, aún más cuando se atraviesa por una etapa como la adolescencia o la adultez temprana, donde los seres humanos alcanzan la mayor vitalidad y energía en sus diversas tareas. Al hablar del comportamiento alimenticio se hace referencia a los diversos estilos mediante los que las personas ingieren los alimentos, es decir, qué comen, cómo comen, cuánto comen, cuándo comen y con quién comen. Dichos estilos se ven alterados cuando se presenta un Trastorno del comportamiento alimenticio.

Así, se presenta un trastorno cuando se altera el orden normal de un proceso, en este caso el del comer, no por voluntad propia, sino porque se padece una enfermedad. Craig (1997) asegura que:

Los cambios en el pensamiento, la conducta y la personalidad del adulto son menos el resultado de la edad cronológica o de las transformaciones biológicas que de los acontecimientos y las fuerzas personales, sociales y culturales. Los hitos sociales y las exigencias culturales del joven han de respaldar, ampliar o trastornar las pautas

de comportamiento establecidas en la adolescencia, y reclaman la creación de otras nuevas (p. 472).

Esta afirmación de Craig muestra claramente la influencia del medio social y cultural en el individuo; medio que enmarcado dentro de un trastorno de alimentación como la anorexia o la bulimia se convierte en una presión externa con patrones tan rígidos acerca de la belleza y la delgadez que las decisiones tomadas acerca de las formas para conseguirlos se traducen en cogniciones irracionales y conductas desadaptativas que terminan enfermando al sujeto.

Se ve como el desarrollo del adulto está fuertemente marcado por hitos y cánones sociales determinados por la cultura que entran a interactuar con la habilidad de la persona para responder al cambio y adaptarse con éxito a las nuevas condiciones que le impone la sociedad con respecto a como comportarse, como pensar y como actuar. En el caso específico de las mujeres adultas jóvenes, situadas entre los 19 y los 24 años, estas exigencias son concretas: lucir delgadas pero bien formadas y con músculos tonificados, ser madres dedicadas y amorosas, tener un hogar funcional y ser profesionales exitosas. En cuanto al comportamiento alimentario los ideales sociales y culturales que se manejan en occidente definen a una mujer estilizada, educada, que come poco y siempre escoge alimentos saludables de bajo contenido calórico, poca grasa y muy poco azúcar. Una mujer que no cae en excesos, que tiene un autocontrol ejemplar con respecto a la comida; cuida su cuerpo y se preocupa por lucir siempre bien.

En relación directa con este aspecto socio – cultural de la vida del adulto joven se encuentra el desarrollo físico en esta etapa del ciclo vital. Craig (1997) comenta que “es durante el comienzo de la vida adulta que alcanzamos el punto de máximo desempeño físico. Casi todos los adultos jóvenes son más fuertes, saludables y fértiles de lo que fueron o llegarán a ser” (p. 475). La misma autora dice que la juventud es una época de

salud y que esto se cumple sobre todo en personas que sigan una dieta adecuada, hagan ejercicio, eviten el consumo de drogas y tabaco y tomen alcohol con moderación. Se hace evidente el efecto de la dieta y la alimentación sobre la vitalidad y la salud de las personas; con una alimentación deficiente y poco balanceada como la que genera un trastorno de alimentación estas afirmaciones serían imposibles de sostener. Es de vital importancia rescatar que “los hábitos de salud y ejercicio que comienzan en esta edad se suelen conservar durante todos los años adultos” (Craig, 1997, p. 478). Si el individuo genera en su juventud un trastorno de alimentación, es muy probable que de no ser detectado e intervenido a tiempo se convierta en un hábito definido que se mantenga por muchos años más convirtiendo al sujeto en desadaptado y enfermo o incluso causándole la muerte. Por esto, la juventud se convierte en la etapa ideal para detectar los factores de riesgo de dichos trastornos y para generar programas de prevención que a partir de la salud promuevan estilos de vida saludable y conductas alimentarias apropiadas que conduzcan a una adultez sana. Craig (1997) es enfática en este aspecto y afirma que “aunque actitudes y conductas con respecto a la salud y la condición física pueden cambiar en cualquier momento, con frecuencia hay una resistencia al cambio que hace aún más importantes esos hábitos establecidos al comienzo de la madurez, dado que suelen constituir un patrón de por vida” (p. 478).

Otro proceso psicológico importante durante la juventud comprende el cambio y la continuidad de la cognición. El proceso cognoscitivo del adulto se caracteriza por la acumulación de mayores conocimientos y la persistencia del aprendizaje, la memoria, la capacidad de resolver problemas y otros procesos similares (Craig, 1997). Klaus Riegel, (1975, 1984) citado por Craig (1997) en su libro Desarrollo Psicológico, comenta que el logro más importante del adulto al nivel de pensamiento y cognición es la comprensión de las contradicciones. El lo llama pensamiento dialéctico. Según su teoría en la adultez

el individuo puede conocer las contradicciones, analizarlas y sintetizarlas. Siguiendo esta línea de pensamiento propone un aspecto particular que comprende la integración de lo ideal y lo real; el mundo práctico, es decir la vida cotidiana, que se convierte en lo real sirve como corrección y colabora con la integración de lo ideal que corresponde a la artificialidad del pensamiento abstracto. En un individuo que padece un trastorno de alimentación dicha integración es difícil de concebir e incluso de generar. Lo ideal, que se ve matizado totalmente por los parámetros sociales y culturales, nunca llega a una integración dialéctica con lo real. Dicho en otras palabras quienes durante la juventud desarrollan un trastorno de alimentación como la anorexia y la bulimia carecen de esa fuerza del adulto de la que habla Riegel y hasta el momento no son capaces de integrar lo real y lo ideal. Craig (1997) postula que quienes por sus capacidades cognoscitivas no pueden situarse en esta etapa dialéctica se encuentran aún en la etapa de operaciones formales de la teoría de desarrollo del pensamiento de Piaget.

Schaie (citado por Craig, 1997) piensa que la característica más importante del pensamiento adulto es la flexibilidad con que se emplea cualquier habilidad cognoscitiva ya adquirida. Sugiere que los jóvenes utilizan éstas habilidades para dos eventos importantes: seguir una carrera y elegir un estilo de vida. A esta etapa el autor la llama periodo de realización y defiende que en él se utilizan y desarrollan tres aspectos de la inteligencia: capacidades intelectuales, de solución de problemas y de toma de decisiones. Dicha solución de problemas se refiere a la “elección de soluciones personales que se integran al ciclo vital” (Craig, 1997, p. 488).

Acerca de las tareas del desarrollo en la juventud, Erikson, citado por Craig (1997) propone que el desarrollo del adulto depende de los problemas solucionados en etapas anteriores, del desarrollo de la autonomía, la iniciativa y la identidad. La meta de esta etapa consiste en la consecución de la identidad que brinde continuidad a las

experiencias del adulto. Se trata de definirse a sí mismo, su posición en el mundo y sus prioridades. Otro aspecto relevante de esta etapa del desarrollo para Erikson es el conflicto entre intimidad y aislamiento que se debe resolver durante la juventud. La intimidad implica una relación donde se unen dos identidades sin perder las cualidades particulares de cada una. El aislamiento comprende la incapacidad o el fracaso en lograr esta clase de reciprocidad. En personas con trastornos de alimentación, donde toda su atención y vitalidad se centra en sí mismos y en sus cuerpos esta tarea del desarrollo que propone Erikson es casi imposible de lograr y frecuentemente se cae en un aislamiento que genera vacíos y sentimientos de soledad y desconfianza. Existe una marcada incapacidad para lograr relaciones profundas e íntimas en pacientes con éste tipo de trastornos. Especialmente las mujeres que sufren Anorexia o Bulimia se vuelven hiperreflexivas acerca de ellas mismas y su figura hasta el punto de la obsesión y la patología; en un momento del ciclo vital donde se tiende a la reflexión y la autoconciencia, los trastornos alimentarios se convierten en una amenaza que puede generar un estilo de vida desadaptativo. Es claro entonces que con un Yo en evolución el fin de la adolescencia y el comienzo de la juventud se convierte en el periodo más riesgoso para el desarrollo de estos trastornos. Acerca de los procesos psicológicos que ocurren en este periodo evolutivo Craig (1997) comenta: “como la adolescencia conlleva tanta autoconciencia acerca de los valores y el significado de la vida, muchas personas experimentan en esta época cambios intensos y de largo alcance en sus ideas acerca de ellas mismas y el mundo” (p. 497).

Estos cambios son en casos particulares los que llevan a un trastorno de alimentación. Como ya se dijo, estos desórdenes tienden a aumentar, sobre todo en mujeres jóvenes, pertenecientes a la etapa del desarrollo descrita anteriormente. Sin embargo las recientes investigaciones muestran un descenso en los índices de

prevalencia, en países como Alemania y Estados Unidos. Con la cantidad de información contradictoria encontrada relacionada con los índices de prevalencia de los trastornos de alimentación surge este estudio con el interés de determinar dichos niveles en la población universitaria de Bogotá, y esperando que con los resultados obtenidos se puedan desarrollar en un futuro cercano efectivos planes de prevención, promoción e intervención de trastornos de alimentación para la población anteriormente mencionada.

Descripción del Problema:

“En los últimos años ha aumentado de una forma preocupante la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (...) especialmente entre los jóvenes y las mujeres” (Corral y cols., 1998, p.6). Varios autores (Díaz Atienza, 1999; Herscovici, 1990; y Wicks-Nelson 1997) coinciden en afirmar que la prevalencia de los trastornos de alimentación se ha acrecentado enormemente en las últimas décadas, normalmente en mujeres en la etapa de desarrollo que comprende el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta. Esta etapa es de vital importancia para el ser humano pues comprende aspectos tan relevantes como: la creación de hábitos de salud y ejercicio para años posteriores, el punto máximo de desarrollo físico, la integración a nivel cognitivo de lo ideal y lo real, la elección de una carrera y un estilo de vida y la consecución de la identidad (Craig, 1997).

Craig (1997) asegura que “los cambios en el pensamiento, la conducta y la personalidad del adulto joven son menos el resultado de la edad cronológica o de las transformaciones biológicas que de los acontecimientos y las fuerzas personales, sociales y culturales. Los hitos sociales y las exigencias culturales del joven han de respaldar, ampliar o trastornar las pautas de comportamiento establecidas en la

adolescencia y reclaman la formación de otras nuevas” (p. 472). Esta afirmación de Craig (1997) muestra claramente la influencia del medio social y cultural del individuo durante esta etapa del desarrollo; medio que enmarcado dentro de un trastorno de alimentación como la anorexia o la bulimia se convierte en una presión externa con patrones tan rígidos acerca de la belleza y la delgadez que las decisiones tomadas acerca de las formas para conseguirlos se traducen en cogniciones irracionales y conductas desadaptativas que terminan enfermando al sujeto.

De igual manera Gardner, Garfinkel, Schwartz y Thomson (1980) citados por Corral (1998) postulan que “hay diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los trastornos de la conducta alimentaria, pero la tendencia general puede deberse en parte a décadas de presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza basados en una delgadez poco realista” (p.8)

Así, comprendiendo la relevancia del periodo de desarrollo en el que surgen estos trastornos se hace evidente la necesidad de la detección temprana de los mismos con el fin de poder intervenirlos a tiempo disminuyendo su impacto e influencia en las conductas y cogniciones de la población que los padece y generando prevención y promoción de la salud en la población en riesgo.

Por otro lado, investigaciones epidemiológicas como esta son importantes en el campo de la Psicología clínica, especialmente en el área de la salud pues brindan información significativa acerca de las poblaciones en riesgo y los índices de prevalencia de los trastornos de alimentación que será útil al momento de intervenirlos o prevenirlos y de promocionar conductas de salud relacionadas.

Decisiones importantes en el campo de la educación en salud se basan en estudios de prevalencia. Intervenciones adecuadas necesitan realizarse en las poblaciones en riesgo y la única manera de conseguirlo es comenzando por realizar estudios

epidemiológicos. Por esta razón la presente investigación cobra relevancia dentro de la psicología de la salud tanto por sus aportes a los sujetos en riesgo de desarrollar trastornos de alimentación, así como de aquellos que ya los padecen y de la disciplina psicológica en especial la clínica.

La pregunta de investigación que se pretende contestar a través de la investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los índices de prevalencia de los trastornos de alimentación anorexia y bulimia en estudiantes de una universidad privada de Bogotá?

El objetivo general de la investigación consiste en:

Establecer los índices de prevalencia de los trastornos de alimentación anorexia y bulimia en estudiantes universitarios que cursan entre primero y cuarto semestre de la carrera de psicología.

Los objetivos específicos pretenden:

- Aplicar el Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) para detectar sujetos que tienen una marcada preocupación por su figura así como por los hábitos de alimentación y el control del peso.
- Identificar los índices de prevalencia de trastornos de alimentación para hombres y mujeres, según las características de la población.
- Identificar los índices de prevalencia de trastornos de alimentación para los cuatro primeros semestres de psicología de una universidad de Bogotá.
- Determinar los índices de prevalencia de trastornos de alimentación según la edad de los participantes.
- Determinar los puntajes clínicos de cada una de las escalas del EDI – 2 (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo,

Desconfianza Interpersonal Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad, Inseguridad Social, Conciencia Introceptiva).

- Representar gráficamente los puntajes clínicos para todas las escalas del EDI – 2.

Método

Tipo de Diseño: La presente investigación es de tipo descriptivo pues su propósito es describir los índices de prevalencia de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia en una universidad de Bogotá. Dankhe (1986), citado por Hernández y cols. (1998), afirma que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.” (p. 60) Complementando esto, Hernández y cols. (1998) expresan que los estudios descriptivos “miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.” (p. 60).

La investigación cuenta además con un componente epidemiológico fuerte. En este campo responde a un estudio observacional de prueba de tamiz o escrutinio. La naturaleza epidemiológica del estudio se puede notar en el propósito de la detección de prevalencia de trastornos de alimentación en una muestra específica con el fin de generalizar los resultados a la población estudiada.

Moreno, Cano y García (1994) se refieren a las investigaciones epidemiológicas como aquellas que buscan comparar la probabilidad de que ocurra un evento (casi

siempre patológico) en poblaciones que poseen por lo menos una característica diferente entre sí, la cual se presume es la causa del fenómeno.

Su método se basa en la proposición y comprobación de hipótesis. La estrategia utilizada es la inferencia inductiva, que consiste en generalizar para la población estudiada los fenómenos ocurridos en una muestra de ella.

Un modelo común dentro de los estudios epidemiológicos son las pruebas de tamiz o escrutinio. “Estas se aplican a toda la población asintomática o a un grupo en riesgo para diagnosticar un padecimiento cuya morbilidad y mortalidad pueden disminuirse si la entidad se detecta y trata en forma oportuna” (Moreno et al., 1994. p.162).

Participantes: Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 163 estudiantes de los cuatro primeros semestres de la facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana, con un nivel de significación del 0,05%. El procedimiento para realizar la selección de la muestra se describe a continuación. Se investigó el número total de alumnos de los primero cuatro semestres de la facultad de psicología con un total de 283 estudiantes, con este dato se aplicó la siguiente fórmula que arrojó el número exacto de participantes para la muestra.

$$n = \frac{p(1-p)}{z^2 \cdot E}$$

$$E = 0.05$$

$$z = 1.96$$

$$p = \text{proporción de sujetos} = 0.5$$

$$E = \text{Error de la variable} = 0.05$$

$$z = \text{Nivel de Certeza} = 1.96$$

$$N = \text{Número total de sujetos} = 283$$

El número total de la muestra se tomó como el 100% y se realizó una regla de tres simple para determinar el número de participantes de cada semestre. Multiplicándose este número (163) por el porcentaje que representa el número de alumnos de cada semestre del total de estudiantes de los cuatro primeros semestres y luego dividiéndolo por 100 de la siguiente forma (ejemplo para el primer semestre): $(163 \times 23.32) / 100 = 38$ participantes para la muestra.

Semestre	Número Total Alumnos	Porcentaje	Muestra
1	66	23.32%	38
2	78	27.56%	45
3	57	20.14%	33
4	82	28.97%	47

Instrumento: Se utilizó el Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 91 ítems, agrupados en 8 subescalas: obsesión por la delgadez (drive for thinness) (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (body dissatisfaction) (BD), ineficacia (ineffectiveness) (I), perfeccionismo (perfectionism) (P), desconfianza interpersonal (*interpersonal distrust*) (ID), conciencia introceptiva (interoceptive awareness) (IA) y miedo a la madurez (maturity fears) (MF). Las tres primeras están directamente relacionadas con el peso, la silueta corporal y las conductas alimentarias. El resto exploran algunos aspectos psicológicos pertinentes en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) (Corral, 1998).

Cada ítem tiene 6 posibles respuestas que van de 0 (nunca) a 5 (siempre). Algunos están formulados de forma inversa. Las respuestas 0, 1 y 2 (nunca, raramente, a veces) o en los ítems inversos las 3, 4, 5 (a menudo, casi siempre, siempre) puntúan 0. Las respuestas 3, 4 y 5 y en los ítems inversos las 2, 1, 0

puntúan 1, 2 y 3 respectivamente. La puntuación total de la escala es la suma de la de todos los ítems. Posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las subescalas que el total.

No se trata de un instrumento diagnóstico. Su utilidad principal es la observación y evaluación precisa de ciertos rasgos psicológicos relevantes para comprender y tratar los TCA.

Guimera E, Torrubia R. en la adaptación española del “Eating Disorder Inventory” (EDI), determinaron que la consistencia interna de las subescalas es alta (alfa de Cronbach 0,83-0,92 en casos clínicos y superior a 0,7 en población general), la fiabilidad test-retest adecuada (coeficiente de Pearson tras una semana 0,79-0,95, tras tres semanas 0,81-0,97 y tras un año 0,41-0,75), aunque en algunas subescalas (Bulimia y conciencia introceptiva) desciende cuando la valoración se hace a un año.

Presenta razonables índices de validez concurrente y de constructo. Demuestra buena concordancia con otras escalas similares. El coeficiente de correlación entre la subescala “obsesión por la delgadez” y el EAT es $r = 0,71$. La subescala bulimia muestra una correlación $r = 0,68$ con las subescalas “bulimia” y “preocupación por la comida” del EAT.

Procedimiento: La primera fase consistió en realizar el contacto con la secretaría académica y la dirección de estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de la Sabana para obtener la autorización para realizar la aplicación del instrumento con los alumnos de los primero cuatro semestres de dicha facultad.

La segunda fase consistió en realizar los contactos con los profesores pertinentes para realizar la aplicación de la prueba en horas de clase donde se encontraban la mayor cantidad de alumnos.

La tercera fase fue la aplicación del instrumento, EDI – 2. Las dos investigadoras entregaron personalmente un sobre de manila a cada estudiante, donde se encontraba un cuadernillo y una hoja de respuestas de la prueba. Luego de contestar individualmente la prueba, que tiene un tiempo de aplicación aproximado de 20 minutos, los estudiantes devolvieron a las investigadoras el sobre con el cuadernillo y la hoja de respuestas diligenciada. Por ser de carácter anónimo y para asegurar la confidencialidad de los participantes ni las pruebas ni los sobres llevaban nombres o código.

La cuarta fase consistió en la corrección de las pruebas y la posterior realización de los perfiles que se obtuvieron con las puntuaciones directas de las hojas de respuesta comparadas con los baremos del EDI – 2.

La quinta y última fase comprendió al análisis de los datos obtenidos por medio del programa Excel y la exposición de los resultados.

Presupuesto:

Artículo	Cantidad	Costo
Fotocopias de cuadernillos EDI 2	50	\$ 20.000
Fotocopias hojas de respuesta EDI 2	165	\$ 16.500
TOTAL		\$ 36.500

Resultados

Los datos arrojados por el EDI – 2, por ser de naturaleza cuantitativa se analizaron a partir de una hoja de perfil que se logró según las puntuaciones que obtuvieron los participantes en la prueba, que corresponde a una escala tipo Likert. Los resultados se analizaron estadísticamente por medio del programa Excel realizando comparaciones de frecuencia sobre los puntajes obtenidos en las diferentes escalas de la prueba según las variables de género, edad y semestre en curso.

A continuación se mostrarán los resultados detalladamente a partir de cada una de las escalas de la prueba y según las variables establecidas (género, edad y semestre en curso).

La escala que determina la existencia de un trastorno alimentario es la de Obsesión por la delgadez (DT). Un puntaje igual o superior a 14 en esta escala indica la presencia de dicho trastorno; por la relevancia que esto implica para detectar la prevalencia de casos clínicos dentro de la población normal, los resultados para esta escala serán expuestos de manera puntualizada.

Las demás escalas del instrumento, aunque no determinan de manera específica la presencia de un desorden alimentario, sí indican algunos de los síntomas de éstos que contribuyen a detectar sujetos con actitudes, pensamientos y conductas que reflejan una marcada preocupación por la figura, los hábitos de alimentación y el control del peso.

En el Manual del EDI – 2, versión española, se exponen las medias obtenidas por un grupo de pacientes clínicos y otro de control en las diferentes escalas de la prueba.

Para una mayor comprensión de estos puntajes se muestra la tabla 1. Dichas medias fueron utilizadas para determinar casos clínicos para cada escala, es decir sujetos que presentan el síntoma determinado de la escala.

Tabla 1.

Media para grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y de control.

Escala	Media Clínica	Media Control
Obsesión por la delgadez (DT)	14,5	5,5
Bulimia (B)	10,5	1,2
Insatisfacción Corporal (BD)	16,3	12,2
Ineficacia (I)	11,3	2,3
Perfeccionismo (P)	8,9	6,2
Desconfianza Interpersonal (ID)	5,8	2
Conciencia Introceptiva (IA)	11	3
Miedo a la Madurez (MF)	4,5	2,7
Ascetismo (A)	8,3	3,4
Impulsividad (IR)	6	2,3
Inseguridad Social (IS)	8,6	3,3

N Clínica = 889

N Control = 205

En la primera escala, Obsesión por la delgadez (DT), se encontró en cuanto a la variable género (masculino/femenino), 3 casos en mujeres y ningún (0) caso en hombres o en la variable no responde (NR). La segunda variable es la edad, al interior de esta se encontró 1 caso entre los participantes que se encuentran en un rango de edad entre los 17 y 18 años y dos casos entre 19 y 20 años con puntajes iguales o superiores a 14; en el rango de edad entre los 21 y 25 años no se evidenció ningún caso con trastorno alimentario, pues sus puntajes fueron inferiores a 14. Respecto a la tercera variable, el semestre que cursan actualmente los participantes; hubo un total de 2 casos en el primer semestre, 1 en cuarto semestre, y no se encontraron casos en los semestres 2 y 3. Para exponer los datos con mayor claridad, se presentan las tablas 2, 3 y 4 referentes a las variables de género, edad y semestre para los puntajes obtenidos en DT.

Tabla 2.

Puntajes por género para Obsesión por la Delgadez (DT)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0_1	3	0	2
2_3	4	1	0
4_5	26	3	0
6_7	33	6	1
8_9	39	7	0
10_11	17	8	1
12_13	11	0	0
14 o más	3	0	0

Tabla 3.

Puntajes por edad para Obsesión por la Delgadez (DT)

Puntajes	17 – 18 Años	19 - 20 Años	21 - 22 Años	23 - 24 Años	25 O Más
0_1	1	2	0	0	0
2_3	2	3	0	0	0
4_5	4	20	2	2	1
6_7	11	18	8	2	1
8_9	10	26	6	3	1
10_11	8	1	6	5	0
12_13	6	10	0	1	0
14 o más	1	2	0	0	0

Tabla 4.

Puntajes por semestre para Obsesión por la Delgadez

Puntajes	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
0_1	1	0	2	0
2_3	2	1	0	2
4_5	6	8	7	8
6_7	7	17	6	10
8_9	13	11	9	13
10_11	5	4	6	11
12_13	2	4	3	2
14 o más	2	0	0	1

Con base en estos datos se obtuvo un índice de prevalencia de 1,84 casos por cada 100 personas, para la población estudiada. Además se obtuvieron índices de

prevalencia por segmentos poblacionales según las variables de género, edad y semestre en curso. Los resultados son los siguientes: el índice de prevalencia para mujeres es de 2,20 casos por cada 100 personas, mientras la prevalencia para hombres es de 0; el índice de prevalencia para el rango de edad comprendido entre los 17 y los 18 años es de 2,32 casos por cada 100 personas, la prevalencia para el rango de edad entre los 19 y 20 años es de 2,44 casos por cada 100 personas, y la prevalencia para los rangos de edad más altos (entre 21 y 29 años) es de 0; el índice de prevalencia para quienes cursan primer semestre es de 5,26 casos por cada 100 personas, la prevalencia para segundo y tercer semestre es de 0 y la prevalencia para cuarto semestre es de 2,13 casos por cada 100 personas. La tabla 5 resume los índices de prevalencia por segmentos poblacionales según las variables estudiadas.

Tabla 5

Índice de prevalencia total y por segmentos poblacionales según las variables de género, edad y semestre en curso de estudiantes de psicología

Total	Género		Edad					Semestre			
Total	Mujeres	Hombres	17-18 años	19-20 años	21 – 22 años	23 – 24 años	25 o más años	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4
1,84	2,20	0	2,32	2,44	0	0	0	5,26	0	0	2,13

Los resultados que arrojaron cada una de las diez escalas restantes del EDI – 2 son los siguientes:

En la segunda escala, Bulimia (B), un puntaje igual o superior a 10 determina un caso como clínico. Se encontraron 6 casos en mujeres y dos casos en hombres.

Seguidamente, de acuerdo a la variable edad, fueron detectados 6 casos entre 17 y 19 años, ningún caso (0) entre 20 y 22 años, 2 casos entre 23 y 25 años y ningún caso (0) entre 26 años o más. En cuanto al semestre en curso de los participantes, los resultados arrojaron un total de 2 casos en primer semestre, 4 casos en segundo semestre, ningún (0) caso en tercer semestre y dos casos en cuarto semestre. Para una mayor comprensión de los resultados consultar las tablas 6, 7 y 8.

Tabla 6

Puntajes por género para Bulimia (B)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0_1	32	3	0
2_3	34	7	0
4_5	31	6	1
6_7	25	4	1
8_9	8	3	0
10 o más	6	2	0

Tabla 7

Puntajes por edad para Bulimia (B)

Puntajes	17 - 19 años	20 - 22 años	23 – 25 años	26 o más
0_1	23	7	4	1
2_3	23	13	3	2
4_5	20	17	1	0
6_7	18	9	3	0
8_9	5	6	0	0
10 o más	6	0	2	0

Tabla 8

Puntajes por semestre para Bulimia (B)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0_1	5	14	10	6
2_3	14	1	11	15
4_5	7	12	6	13
6_7	7	13	5	5
8_9	3	1	1	6

10 o más	2	4	0	2
----------	---	---	---	---

La escala de Insatisfacción Corporal (BD), en la cual un puntaje igual o superior a 16 indica la presencia de un caso clínico, arrojó los siguientes resultados: en la variable género se encontraron 2 casos en mujeres y ningún (0) caso en hombres; en cuanto a la variable edad, fueron detectados 2 casos entre 17 y 19 años y ningún caso de 20 años en adelante. Respecto al semestre en curso de los participantes, se encontraron 2 casos en segundo semestre y ningún caso (0) en los semestres 1,3 y 4. Ver tablas 9, 10 y 11.

Tabla 9

Puntajes por género para Insatisfacción Corporal (BD)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 3	52	9	0
4 - 7	54	12	2
8 - 11	22	3	0
12 - 15	6	1	0
16 o más	2	0	0

Tabla 10

Puntajes por edad para Insatisfacción Corporal (BD)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 3	33	17	8	3
4 - 7	41	24	3	0
8 - 11	15	9	1	0
12 - 15	4	2	1	0
16 o más	2	0	0	0

Tabla 11

Puntajes por semestre para Insatisfacción Corporal (BD)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 3	12	13	17	19
4 - 7	19	21	10	18
8 - 11	6	6	5	8
12 - 15	1	3	1	2
16 o más	0	2	0	0

En la cuarta escala del instrumento, Ineficacia (I), en la cual un puntaje igual o superior a 10 indica un caso clínico, se obtuvieron los siguientes resultados; de acuerdo a la variable de género, se detectaron 64 casos en mujeres, 8 en hombres y 2 casos para NR, en cuanto a la edad, se detectaron 45 casos entre 17 y 19 años, 24 casos entre 20 y 22 años, 3 casos entre 23 y 25 años y ningún (0) caso entre 26 años o más. Respecto al semestre en curso, se encontraron 2 casos en primer semestre, 4 casos en segundo semestre, ningún (0) caso en tercer semestre y 2 casos en cuarto semestre. Ver tablas 12, 13 y 14.

Tabla 12

Puntajes por género para Ineficacia (I)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 1	5	0	0
2 - 3	7	0	0
4 - 5	8	4	0
6 - 7	20	7	0
8 - 9	32	6	2
10 o más	64	8	0

Tabla 13

Puntajes por edad para Ineficacia (I)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 1	5	0	0	0
2 - 3	3	3	0	1
4 - 5	7	2	1	2
6 - 7	13	11	3	0
8 - 9	22	12	6	0
10 o más	45	24	3	0

Tabla 14

Puntajes por semestre para Ineficacia (I)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 1	5	14	10	6
2 - 3	14	1	11	15
4 - 5	7	12	6	13
6 - 7	7	13	5	5
8 - 9	3	1	1	6
10 o más	2	4	0	2

El Perfeccionismo (P), es la quinta escala del instrumento, para la cual un puntaje igual o superior a 8 indica la presencia de un caso clínico, al interior de esta y de acuerdo a la variable género, los resultados arrojan un total de 36 casos en mujeres, 6 casos en hombres y 2 casos NR; de acuerdo a la variable edad, se evidenciaron 31 casos entre 17 y 19 años, 10 casos entre 20 y 22 años, 3 casos entre 23 y 25 años y ningún (0) caso entre 26 años o más, en cuanto al semestre en curso, los resultados reflejan la existencia de 17 casos en primer semestre, 12 casos en segundo semestre, 4 casos en tercer semestre y 11 casos en cuarto semestre. Ver tablas 15, 16 y 17.

Tabla 15

Puntajes por género para Perfeccionismo (P)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 3	34	5	0
4 - 7	66	14	0
8 o más	36	6	2

Tabla 16

Puntajes por edad para Perfeccionismo (P)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 3	21	14	3	1
4 - 7	43	28	7	2
8 o más	31	10	3	0

Tabla 17

Puntajes por semestre para Perfeccionismo (P)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 3	3	11	10	15
4 - 7	18	22	19	21
8 o más	17	12	4	11

La sexta escala del instrumento es la Desconfianza interpersonal (ID), en esta un puntaje igual o superior a 6 indica la presencia de un caso clínico. Respecto a la variable género, se encontraron 72 casos en mujeres, 10 casos en hombres y 2 casos para NR, de acuerdo a la variable edad se encontraron 47 casos entre 17 y 19 años, 30 casos entre 20 y 22 años, 6 casos entre 23 y 25 años y 1 caso entre 26 años o más; en cuanto al semestre en curso se detectaron 25 casos en primer semestre, 25 casos en segundo semestre, 13 casos en tercer semestre y 21 casos en cuarto semestre. Ver tablas 18, 19 y 20.

Tabla 18

Puntajes por género para Desconfianza Interpersonal (ID)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 2	21	8	0
3 - 5	43	7	0
6 o más	72	10	2

Tabla 19

Puntajes por edad para Desconfianza Interpersonal (ID)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 2	17	7	3	2
3 - 5	31	15	4	0
6 o más	47	30	6	1

Tabla 20

Puntajes por semestre para Desconfianza Interpersonal (ID)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 2	1	8	9	11
3 - 5	12	12	11	15
6 O Más	25	25	13	21

De acuerdo a la séptima escala, Conciencia Introceptiva (IA), para la cual un puntaje igual o superior a 10 indica un caso clínico; los hallazgos revelan que de acuerdo a la variable género, se detectaron 25 casos en mujeres y 2 casos en hombres; al interior de la variable edad se encontraron 16 casos entre 17 y 19 años, 10 casos entre 20 y 22 años, 1 caso entre 23 y 25 años y ningún (0) caso entre 26 años o más; respecto al semestre en curso, se evidenciaron 5 casos en primer semestre, 9 casos en segundo semestre, 7 casos en tercer semestre y 6 casos en cuarto semestre. Ver tablas 21, 22 y 23.

Tabla 21

Puntajes por género para Conciencia Introceptiva (IA)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 1	15	6	0
2 - 3	36	4	0
4 - 5	25	6	2
6 - 7	20	2	0
8 - 9	15	5	0
10 o más	25	2	0

Tabla 22

Puntajes por edad para Conciencia Introceptiva (IA)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 1	8	7	4	2
2 - 3	25	12	3	0
4 - 5	20	11	2	0
6 - 7	12	7	2	1
8 - 9	14	5	1	0
10 o más	16	10	1	0

Tabla 23

Puntajes por semestre para Conciencia Introceptiva (IA)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 1	2	6	6	7
2 - 3	9	11	7	13
4 - 5	10	7	6	10
6 - 7	5	4	6	7
8 - 9	7	8	1	4
10 O Más	5	9	7	6

El miedo a la madurez (MF) corresponde a la octava escala del instrumento; en esta, la presencia de un caso clínico es determinada por un puntaje igual o superior a 4. Al interior de la variable genero, los hallazgos reflejan 110 casos en mujeres, 19 en hombres y 2 para NR; para la variable edad, 76 casos entre 17 y 19 años, 44 casos entre 20 y 22 años, 9 casos entre 23 y 25 años y 2 casos entre 26 años o más; de acuerdo al semestre en curso, los resultados arrojan 34 casos en primer semestre, 38 casos en segundo semestre, 25 casos en tercer semestre y 34 casos en cuarto semestre. Ver tablas 24, 25 y 26.

Tabla 24

Puntajes por género para Miedo a la Madurez (MF)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 1	12	1	0
2 - 3	5	14	0
4 o más	110	19	2

Tabla 25

Puntajes por edad para Miedo a la Madurez (MF)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 1	9	3	1	0
2 - 3	10	5	3	1

4 o más	76	44	9	2
---------	----	----	---	---

Tabla 26

Puntajes por semestre para Miedo a la Madurez (MF)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0_1	1	2	5	5
2_3	3	5	3	8
4 O Más	34	38	25	34

La escala nueve del instrumento hace referencia al Ascetismo (A) o tendencia a buscar la virtud; con un puntaje igual o superior a 8 se determina en ésta la presencia de un caso clínico. 34 casos en mujeres, 8 en hombres y 1 caso NR, fueron los resultados detectados en la variable genero, en cuanto a la variable edad, se encontraron 25 casos entre 17 y 19 años, 14 casos entre 20 y 22 años, 4 casos entre 23 y 25 años y ningún (0) caso entre 26 años o más. En primer semestre 13 casos fueron detectados, 12 casos en segundo semestre, 7 casos en tercer semestre y 11 casos en el semestre 4. Ver tablas 27, 28 y 29.

Tabla 27

Puntajes por género para Ascetismo (A)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0_3	27	6	0
4_7	75	11	1
8 o más	34	8	1

Tabla 28

Puntajes por edad para Ascetismo (A)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0_3	23	7	2	1
4_7	47	31	7	2
8 o más	25	14	4	0

Tabla 29

Puntajes por semestre para Ascetismo (A)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 - 3	6	12	4	11
4 - 7	19	21	22	25
8 O Más	13	12	7	11

De acuerdo a la escala diez del instrumento, Impulsividad (IR), para la cual un puntaje igual o superior a 6 revela la presencia de un caso clínico, los hallazgos evidenciados fueron; en la variable genero 105 casos para mujeres, 21 casos para hombres y 2 casos para NR. Para la variable edad, 73 casos entre 17 y 19 años, 43 casos entre 20 y 22 años, 11 casos entre 23 y 25 años y 1 caso entre 26 años o más. En primer semestre se encontraron 33 casos, en segundo semestre 37 casos, 20 casos en tercer semestre y 38 casos en cuarto semestre. Ver tablas 30, 31 y 32.

Tabla 30

Puntajes por género para Impulsividad (IR)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0 - 2	3	0	0
3 - 5	28	4	0
6 o más	105	21	2

Tabla 31

Puntajes por edad para Impulsividad (IR)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0 - 2	2	1	0	0
3 - 5	20	8	2	2
6 o más	73	43	11	1

Tabla 32

Puntajes por semestre para Impulsividad (IR)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0_2	0	1	1	1
3_5	5	7	12	8
6 O Más	33	37	20	38

La Inseguridad social (SI), hace referencia a la última escala del instrumento, en esta un puntaje igual o superior a 8 revela la presencia de un caso clínico. En la variable género, los resultados evidenciaron 15 casos en mujeres, 8 casos en hombres y 1 en NR. En cuanto a la variable edad, 13 casos entre 17 y 19 años, 8 casos entre 20 y 22 años, 3 casos entre 23 y 25 años y ningún (0) caso entre 26 años o más. Por último, en la variable semestre en curso, fueron encontrados 6 casos en primer semestre, 6 casos en segundo semestre, 5 casos en tercer semestre y 7 casos en cuarto semestre. Ver tablas 33, 34 y 35.

Tabla 33

Puntajes por género para Inseguridad Social (SI)

Puntajes	Mujeres	Hombres	Nr
0_3	68	8	1
4_7	53	9	0
8 o más	15	8	1

Tabla 34

Puntajes por edad para Inseguridad Social (SI)

Puntajes	17 - 19 Años	20 - 22 Años	23 - 25 Años	26 O Más
0_3	43	24	7	3
4_7	39	20	3	0
8 o más	13	8	3	0

Tabla 35

Puntajes por semestre para Inseguridad Social (SI)

Puntajes	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
0 3	18	20	16	23
4 7	14	19	12	17
8 O Más	6	6	5	7

Para una mayor comprensión y acceso a los datos, se presenta la figura 1 con los porcentajes correspondientes a los puntajes clínicos de cada una de las once escalas del EDI – 2.

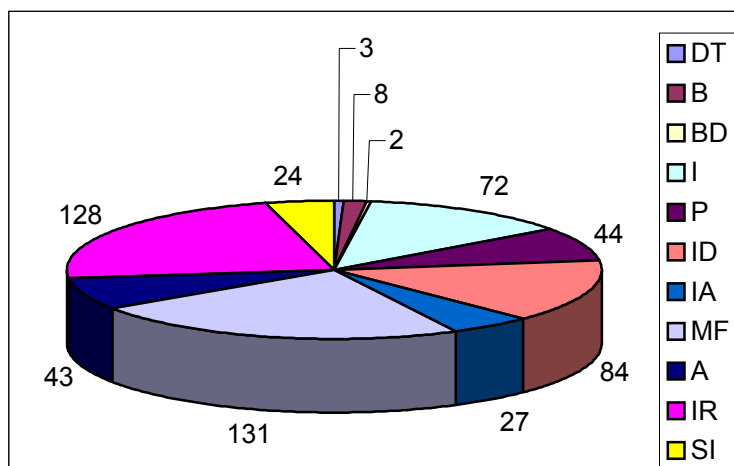


Figura 1. Puntajes clínicos para todas las escalas del EDI – 2.

Discusión

El objetivo general de esta investigación consistió en establecer el índice de prevalencia de los trastornos alimentarios Anorexia y Bulimia en estudiantes universitarios que cursan entre primero y cuarto semestre de Psicología en La Universidad de La Sabana. Los resultados obtenidos revelan un índice de 1,84 casos por cada 100 personas, el cual muestra una baja prevalencia de trastornos alimentarios en la población estudiada. Sin embargo el resultado es congruente con investigaciones

realizadas por diferentes investigadores en poblaciones similares (Nora Bartolini y Departamento de Psiquiatría de la U. De Antioquia).

La conclusión obtenida a partir de estos hallazgos es similar a la encontrada por Oswalt y Welle-Graf (1999) en su investigación sobre trastornos de alimentación en la Universidad del Sur de Georgia: los trastornos de alimentación y las percepciones negativas del cuerpo sólo afectan a un muy pequeño y selecto grupo de la población en general.

No obstante, actualmente viene surgiendo un estado de alerta cada vez mayor, por el aumento de casos de anorexia a edades más tempranas y en niveles socioeconómicos variados. Carlos Castro Dono (2004), señala que se diagnostican casos en niñas de 13 años; de igual forma afirma que este trastorno afecta a una de cada cien jóvenes de entre 14 y 18 años en Galicia, España. Toro y Vilardell (1987) citados por Mateos y Solano (1997), encontraron que “aunque años atrás se hablaba de una mayor prevalencia en niveles socioeconómicos medios y superiores, en los últimos años el trastorno afecta a todos los niveles” (p.2) .

A pesar del bajo índice de prevalencia encontrado, se obtuvieron otros resultados significativos para el estudio en varias escalas del EDI –2, diferentes a la de Obsesión por la Delgadez (DT).

Los resultados generales muestran que en la escala de Obsesión por la delgadez (DT), se detectaron 3 casos clínicos, seguidamente, en la escala de Bulimia (B) fueron encontrados 8 casos clínicos, la escala de Insatisfacción corporal (BD), mostró 2 casos clínicos, para la escala de Ineficacia (I) se evidenciaron 72 casos clínicos, al interior de la quinta escala, Perfeccionismo (P) se detectaron 44 casos clínicos, la escala de Desconfianza interpersonal (ID) mostró 84 casos clínicos, en la escala de Conciencia introceptiva (IA) se encontraron 27 casos clínicos, para Miedo a la madurez (MF) se

encontraron 131 casos clínicos, la escala de Ascetismo (A) mostró 43 casos clínicos, en la escala número 10, Impulsividad (IR) se encontraron 128 casos clínicos y la última escala del instrumento, Inseguridad Social (SI) reflejó 24 casos clínicos (ver Figura 1.)

De estos resultados se seleccionaron las escalas donde más de la tercera parte de la muestra (54 participantes) obtuvo puntajes iguales o superiores a la media clínica, mostrando así una marcada tendencia a presentar el síntoma correspondiente a estas escalas. Las cuatro escalas que cumplen con estos criterios serán llamadas escalas significativas y son las siguientes: Ineficacia (I) con un total de 72 casos, Desconfianza interpersonal (ID) con 84 casos, Impulsividad (IR) con 128 casos y Miedo a la madurez (MF) con 131 casos (ver figura 2).

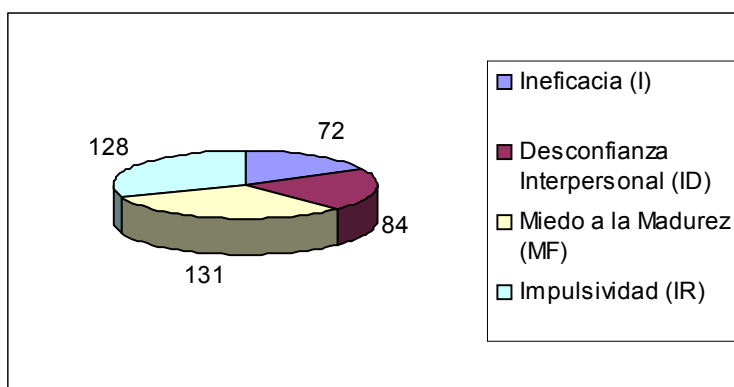


Figura 2. Puntajes clínicos generales para las escalas significativas.

Según los resultados anteriormente expuestos, los puntajes más elevados en cada una de las escalas del instrumento pertenecen al género femenino particularmente en edades tempranas, entre 17 y 22 años, y que cursan los primeros semestres (1y 2) de universidad. Estos datos tienen una estrecha congruencia con las conclusiones a las que han llegado diversos autores: La American Psychiatric Association (1993-1994) afirma que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan normalmente al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Wicks- Nelson e Israel (1997) afirman que el género más propicio a desarrollar un trastorno de alimentación es el femenino; de

manera más puntual, Halmi y cols. (1981) citados por Oswalt y Welle-Graf (1999) concluyen que la población de mujeres universitarias es la más afectada por dichos trastornos.

Los resultados específicos de las escalas significativas mencionadas anteriormente, donde se detectó mayor cantidad de sujetos con puntajes promedios iguales o superiores a la media clínica; y de la escala DT, que determina los sujetos con trastornos de alimentación, generan algunas conclusiones específicas. Para una mayor claridad de estos datos según las variables de género, edad y semestre en curso ver las figuras 3, 4 y 5.

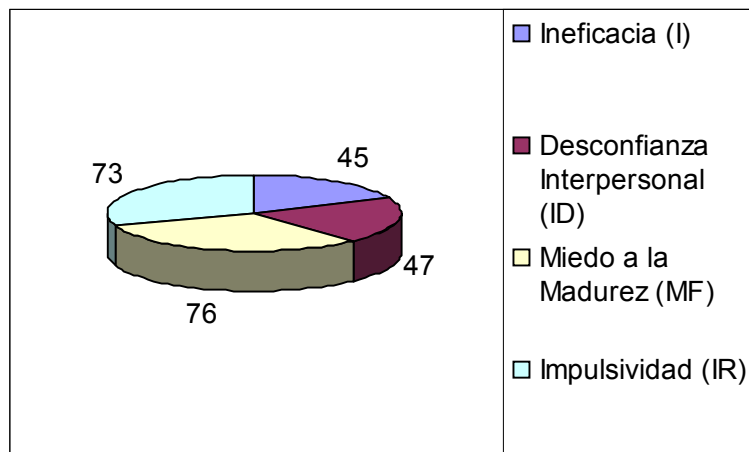


Figura 3. Puntajes Clínicos por Edad en las Escalas Significativas.

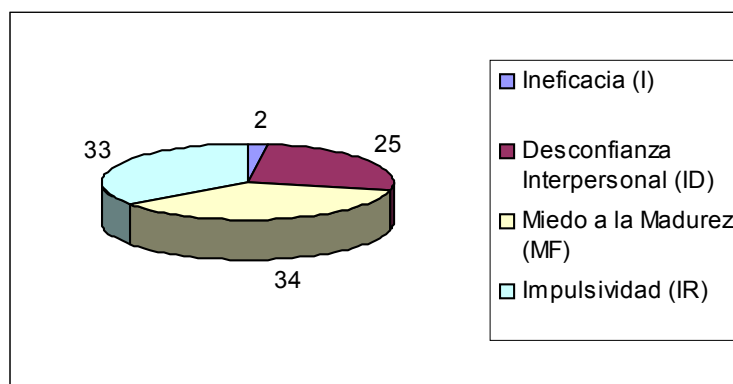


Figura 4. Puntajes Clínicos por Semestre en las Escalas Significativas.

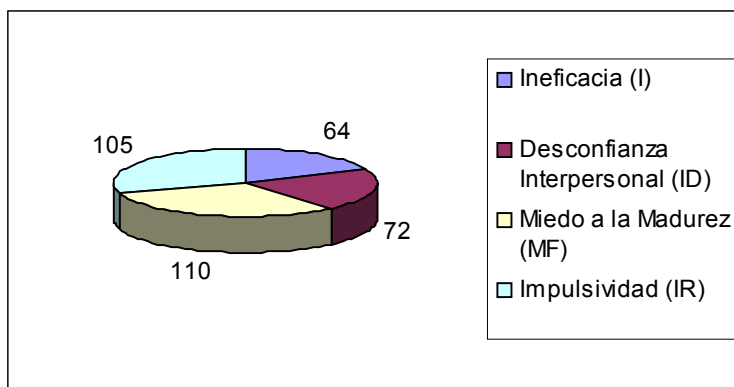


Figura 5. Puntajes Clínicos por Género en las Escalas Significativas.

Para la escala de Obsesión por la Delgadez (DT), se concluye que en el grupo de participantes las mujeres muestran una mayor tendencia a preocuparse por el peso, seguir dietas estrictas y sentir miedo a engordar, resumido esto en una incesante búsqueda por la delgadez, lo que constituye la característica esencial o el núcleo psicopatológico de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Como afirman Roca y Roca (2004), “Las personas con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del rango normal de peso pero, al parecer, antes de iniciarse el trastorno tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso que la población general. Una actitud que es a su vez desencadenante y mantenedora de la bulimia nerviosa es la preocupación excesiva por la figura y el peso” (p.3).

La escala de impulsividad mostró 128 casos clínico. A partir de los resultados se puede concluir que más de la mitad de la población estudiada se percibe a sí misma con conductas de este tipo, sin embargo el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; en un rango de edad entre 17 y 22 años, que constituye el final de la adolescencia y el principio de la vida adulta, donde los individuos aún se perciben sin el autocontrol suficiente sobre su vida. Al respecto, Agras y Apple (1997) afirman que los trastornos de alimentación van a acompañados por otros trastornos psicológicos

como: desorden depresivo mayor, desórdenes de ansiedad, trastornos de personalidad, inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos y abusos de alcohol y droga.

En su libro “Self Control. Waiting until tomorrow for what you want today” Logue (1995) afirma que desordenes de alimentación tales como la anorexia y la bulimia nerviosa pueden ser descritos como trastornos que involucran excesivo autocontrol e impulsividad. Según esta autora, en nuestra sociedad muchas personas ven el autocontrol como una virtud, y un cuerpo delgado como una evidencia del mismo. Así, el autocontrol se ve íntimamente relacionado con la alimentación. Logue (1995) expone que es posible clasificar la anorexia y la bulimia como autocontrol e impulsividad. Para el caso específico de la anorexia, quien la sufre cree que no comer es autocontrol, mientras que todas las demás personas piensan que eso es impulsividad. Para la bulimia, quien la sufre percibe los atracones como impulsividad y la purga como autocontrol, mientras las demás personas creen que simplemente se trata de tipos distintos de impulsividad. En ambos casos quienes sufren de un trastorno de alimentación son impulsivos ya que no pueden adoptar comportamientos (relacionados con la alimentación) que a largo plazo los conduzcan a una vida saludable. Siguen impulsos inmediatos que los llevan a consecuencias negativas a largo plazo, con retribuciones positivas inmediatas (delgadez, para la anorexia y comida y purga, para la bulimia).

Según los resultados obtenidos en la escala de Ineficacia (I) se puede concluir que las mujeres jóvenes presentan una marcada tendencia a experimentar sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Al respecto Roca y Roca (2004) afirman que “La baja autoestima y el perfeccionismo son rasgos significativamente relacionados con la bulimia nerviosa. El perfeccionismo se convierte en factor de alto riesgo para este trastorno cuando se asocia

a la percepción de sobrepeso” (p. 4) Los resultados no son igual de significativos para el género masculino y no se presentan de manera específica en un semestre particular.

Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una auto evaluación negativa, pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Todo lo anterior refleja un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación. Al respecto Agras y Apple (1997) opinan que algunos síntomas de los trastornos de alimentación son precedidos por falsas percepciones de las relaciones interpersonales y sentimientos de baja autoestima. A su vez, Dalle y Banderali (1997) afirman que ciertos pacientes presentan diversos factores de mantenimiento de los trastornos de alimentación como son: perfeccionismo, baja autoestima, intolerancia a las emociones y problemas interpersonales.

Estos planteamientos también se encuentran directamente relacionados con los resultados obtenidos para la escala de Desconfianza Interpersonal, donde se detectaron 84 casos clínicos. Se puede concluir que las mujeres jóvenes, especialmente de los dos primeros semestres de universidad, presentan sentimientos individuales de alineación, desinterés por establecer relaciones íntimas y dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Al respecto Tiller, Sloane y Schmid (1997) citados por Roca y Roca (2004) opinan que diversos problemas interpersonales y déficit en las relaciones sociales que se refieren tanto a calidad como a cantidad son un factor común dentro de los trastornos de alimentación.

A la luz de los hallazgos anteriores se puede concluir que la población estudiada presenta características tanto individuales como sociales y familiares que reflejan sentimientos de ineficacia que generan desconfianza interpersonal y comportamientos impulsivos. Todo lo anterior, enmarcado en un periodo de desarrollo caracterizado por

el inicio de la vida adulta, produce un intenso miedo a la madurez referente al temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso y las responsabilidades de la adultez. Lo anterior cobra relevancia si se tiene en cuenta que para la escala de miedo a la madurez se encontraron 131 sujetos con puntajes cercanos a la media clínica.

El índice de prevalencia encontrado es relativamente bajo si se tiene en cuenta el número total de participantes del estudio; sin embargo los puntajes obtenidos en las diferentes escalas muestran una marcada presencia de diversos síntomas que podrían generar un trastorno de alimentación, por lo que aunque el índice de prevalencia es bajo, la población puede ser considerada como en riesgo.

Al analizar estos resultados es necesario tener en cuenta las siguientes precauciones expuestas por García-Camba (2001): “muchas veces los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en formas clínicas enmascaradas que en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico, los cuales se observan hasta en el 50% de los casos (p.3)”. Por lo tanto es importante no subestimar los hallazgos y tener presente que los sujetos que presentan trastornos de alimentación por lo general no reconocen su enfermedad y tampoco desean ser diagnosticados o tratados. Corroborando lo anterior, Roca y Roca (2004) afirman que “la tendencia a ocultar los síntomas y a no buscar ayuda, tiene la lógica consecuencia de que los estudios realizados sobre muestras clínicas infravaloren enormemente la magnitud del problema.” (p.3). En su investigación sobre los Trastornos de alimentación, Mateos y Solano (1997), concluyen que:

En el caso de la Anorexia nerviosa, el paciente no suele ir a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen visibles a la familia o alguna persona cercana al paciente. Generalmente, este tipo de pacientes no suelen acudir por si solos a

consulta, dado que la negación de la enfermedad es una característica propia del trastorno. Por otra parte, las pacientes con Bulimia nerviosa suelen vivir con el temor y la vergüenza a ser descubiertas en uno de sus episodios de sobreingesta, que normalmente se llevan a cabo en secreto y por la noche. Por esta razón y dado que su aspecto externo resulta con frecuencia más normal que el de las pacientes anoréxicas, suele retrasarse la visita al especialista (p.19).

Así, investigaciones epidemiológicas como esta cobran gran importancia en el área de la psicología de la salud, detectando poblaciones en riesgo e índices de prevalencia, que se convierten en el punto de partida para intervenciones y programas de prevención y promoción. En el caso específico de este estudio, los resultados reflejan la necesidad de crear programas de prevención de los trastornos de alimentación o de promoción de la salud que se concentren especialmente en las siguientes áreas: obsesión por la delgadez, miedo a la madurez, impulsividad, ineficacia y desconfianza interpersonal.

Futuras investigaciones deben dirigirse a estudiar poblaciones que pertenezcan a rangos de edad menores ya que los resultados obtenidos muestran mayor frecuencia de síntomas en los primeros rangos de edad (17 a 22 años) y al estar cursando el primer semestre de universidad. Estos resultados muestran que es necesario determinar la prevalencia de estos trastornos en un periodo previo al inicio de la universidad, por ejemplo los últimos cursos del colegio, o incluso desde los primeros cursos de bachillerato.

El tamaño de la muestra puede ser mayor, logrando una mejor generalización de los resultados. Igualmente se pueden incluir estudiantes de diferentes carreras o colegios para obtener una mayor representación de la población joven en general e índices reales y específicos para cada grupo poblacional. Es necesario determinar la prevalencia de los trastornos de alimentación en colegios de Bogotá teniendo en cuenta diferentes

variables como: estrato socioeconómico, ubicación territorial (zonas urbanas y rurales) y género (colegios masculinos, femeninos y mixtos).

Sin embargo y pese a las limitaciones de la investigación las conclusiones a las que se llegaron indican que los síntomas psicológicos propios de los trastornos de alimentación se están presentando a edades cada vez más tempranas; si antes se esperaba que aparecieran al final de la adolescencia, ahora lo están haciendo desde el comienzo de la misma. Una razón para este fenómeno es expuesta y explicada por Pipher (1997) en su libro *Reviviendo a Ofelia*: "... el mundo en el cual viven las adolescentes. Un mundo que las envenena con sus ideas sobre la feminidad, la sexualidad y la felicidad; que las ataca con sus valores contradictorios y su violencia, justamente en el momento en que las niñas son más vulnerables y están enfrentando los cambios físicos y emocionales normales de su desarrollo" (p. 226).

Podría decirse que las presiones que enfrentan las adolescentes hoy son mucho más fuertes que las que enfrentaban hace una o dos décadas. Las nuevas dinámicas familiares, los nuevos valores y los mensajes de los medios de comunicación acerca del éxito y la delgadez hacen que el mundo sea cada vez más difícil para ellas.

Sabiendo que los trastornos de alimentación afectan a un mayor número de adolescentes cada década, surge necesariamente la pregunta ¿qué podemos hacer para ayudarles?. Citando nuevamente a Pipher (1997):

Podemos fortalecerlas para que estén preparadas. Podemos fomentar su fortaleza emocional y su autoprotección. Podemos apoyarlas y guiarlas. Pero, lo más importante, podemos cambiar nuestra cultura. Podemos trabajar juntos para construir una cultura menos complicada y más afectuosa, menos violenta y sexualizada, que conduzca a un desarrollo más positivo. Nuestra hijas merecen una

sociedad en la cual todos sus talentos puedan desarrollarse y ser apreciados. (p. Solapa).

Desde la psicología, especialmente desde el área académica podemos empezar con el gran propósito que propone Pipher contribuyendo por medio de la investigación a determinar poblaciones en riesgo, a descubrir áreas donde se necesita intervención o que requieren prevención. Se puede además proponer programas de promoción de la salud para evitar que la población llegue a desarrollar enfermedades. En este caso específicamente, es imposible cambiar la cultura con una sola investigación, sin embargo el estudio constituye el primer paso para desarrollar los programas de promoción y prevención necesarios que contribuyan al fortalecimiento emocional de las adolescentes, que según los resultados encontrados se deben centrar en aspectos tales como la obsesión por la delgadez, el miedo a la madurez, la impulsividad, la ineficacia y la desconfianza interpersonal.

Construir una cultura propicia para el desarrollo de los adolescentes es una labor de todos; contribuir en ello desde el saber que se maneja es labor de cada profesional; brindarles apoyo y protección afectiva es labor de cada uno.

Referencias

Agras, S. y Apple, R. (1997). *Overcoming Eating Disorders. A cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge- Eating Disorder. Therapist Guide*. Estados Unidos, Edit. Graywind Publications.

Agras, S. y Apple, R. (1997). *Overcoming Eating Disorders. A cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge- Eating Disorder. Client Workbook*. Estados Unidos, Edit. Graywind Publications.

Alvarez, F. (1998). *Investigación y Epidemiología*. Bogotá, Ecoe Ediciones.

Brannon, L. Y Feist, J. (2001) *Psicología de la Salud*. Madrid, Ed. Thomson Learning.

Baptista y cols. (1996). The Prevalence of Disturbances Eating Behavior in Portuguese Female University Population. *European Eating Disorders Review*, 4(4), 260-270.

Corral, S. (1998) *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias (EDI – 2): Manual*. Madrid TEA Ediciones, S.A

Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México, Edit. Prentice Hall.

Dalle, R. y Banderali, A. (1997). Intensive Hospital Rehabilitation in Eating Disorders. Recuperado el 24 de Agosto de 2003 de <http://www.leadershipmedica.com/>

Díaz Atienza, J. (1999). *Programa Almería para el tratamiento de los trastornos alimentarios*. Unidad de salud mental del niño y del adolescente. Hospital provincial de Almería. Recuperado el 10 de Mayo de 2001, de <http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/anorexia/programa.pdf>

Díaz, A. (2002). Miedo a engordar: un problema de peso. *Revista Nota Uniandina*, 121, 24.

DSM IV-TR. (2000). Ed. Masson.

Fernandez-Ballesteros, R. (1994) *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Capítulo 14 de Carmina Saldaña. Madrid Ed. Pirámide.

García-Camba, E. (2001) *Avances en trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad*. Barcelona, Ed. Masson

Guimera, E. y Torrubia, R. (1987) Adaptación española del “Eating Disorder Inventory” (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*. Vol. 3 No. 5, 185-90.

Hernández, R. y cols. (1998). *Metodología de la Investigación*. México, Edit. Mc Graw Hill.

Hernberg, S. (1995). *Introducción a la Epidemiología Ocupacional*. Edit. Diaz de Santos.

Herscovici, C. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires, Edit. Paidós.

Holloway, J. (2003). Promoting Integrated Health Care. *Monitor on Psychology*. 34, 4.

Ladouceur, R y cols. (1994). *Terapia Cognitiva y comportamental*. Ed. Masson S.A, Barcelona.

La Voz de Galicia. Abril 2004. *Alertan del Aumento de Casos de Anorexia a edades más tempranas*. Recuperado el 5 de abril de 2004 de www.lavosdeg Galicia.es

Le Grange, D. (1998). Patients' Perspective of Treatment in Eating Disorders: Preliminary Study. *South African Journal of Psychology*. 28(3).182-190.

Lilienfeld, A. (1983). *Fundamentos de Epidemiología*. Edit. Fondo Educativo Interamericano.

Llor,B et al. (1996). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid, Ed. McGraw Hill.

Logue, A. (1995). *Self Control. Waitinig until tomorrow for what you want today*. New Jersey, Ed. Prentice Hall.

Mateos, A.; Solano, N. (1997). Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia Nerviosa. *Revista electrónica de Psicología*. Vol.1, no. 1. Recuperado el 5 de abril de 2004, de www.psicología.com

Moreno, L.; Cano, F.; García, H. (1994). *Epidemiología Clínica*. México, Ed. McGraw Hill.

Mendoza, P.; Posada, E.; García, H. (2001). Prevalencia y Población Afectada de Anorexia, Bulimia y Otros Trastornos de Alimentación. Noviembre de 2001. Recuperado el 4 de septiembre de 2002 de <http://aupec.univalle.edu.co>.

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*.

Oro, O. (1998). *Psicología Preventiva*. Argentina, Fundación Argentina de logoterapia.

Oswalt, S. y Welle-Graf, H. (1999). Eating Disorders: No Longer Trapped by Food. *The International Electronic Journal of Health Education*. 2(1): 6-12.

Pieschacón, M. (1996). Evaluación de Desórdenes Alimenticios. *Cuadernos Clínica, Universidad Javeriana*.

Pipher, M. (1997). *Reviviendo a Ofelia*. Bogotá, Edit. Norma.

Raich, R. (1998). *Anorexia y Bulimia, Trastornos Alimentarios*. Madrid, Edit. pirámide.

Roa, A. (1995). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, Edit. CEPE.

Roca, E. Y Roca, B. (2004). La Bulimia Nerviosa y su Tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn. Recuperado el 15 de marzo de 2004 de comportamental.com.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, Ed. Síntesis.

Salud Colombia, Public Health Journal on the Net. Agosto 2002. *Desnutrición, Anorexia y Bulimia, dos Caras de la Nutrición en Colombia*. Recuperado el 4 de septiembre de 2002 de www.saludcolombia.com.

Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. España, Ed. Biblioteca Nueva.

Turón Gil, V. (1997). *Trastornos de la alimentación : anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona, Edit. Masson.

Valanis, B. (1999). *Epidemiology in Health Care*. Connecticut, Ed. Appleton and Lange.

Westenhoefer, J. (2000). Prevalence of Eating Disorders and Weight Control Practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*.2-12

Wicks-Nelson, R. e Israel, A.(1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, Edit. Prentice Hall.

