

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LAS CIUDADES DE LA PAZ , SANTA CRUZ Y TARIJA

Cyra Soledad Daroca Oller [\*]  
Y  
Carla Velasco Arce  
Universidad Católica Boliviana "San Pablo"

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia y la juventud son etapas de la vida con gran vulnerabilidad a la aparición de trastornos psicológicos, en la actualidad uno de los principales problemas que aquejan a la juventud son los trastornos de la conducta alimentaria (Fernández y Turón,1998).

Las categorías definidas como trastornos de la conducta alimentaria son: la bulimia nerviosa purgativa o no purgativa, la anorexia nerviosa, purgativa o restrictiva y los trastornos alimentarios no especificados (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 1995)

La anorexia nerviosa lleva a un estado de inanición (depauperación física extrema, provocada por la privación o insuficiencia en la ingesta de alimentos) y emaciación (enflaquecimiento extremo debido a la enfermedad), perdiéndose de un 15 a un 60 % del peso corporal ideal del individuo. La mitad de estos pacientes reducen el peso restringiendo severamente su ingesta alimentaria; esto se conoce como anorexia restrictiva. La otra mitad de los pacientes anoréxicos mantienen la inanición mediante la purgación, lo que se conoce como anorexia purgativa. Aunque ambos tipos son graves, el tipo purgativo impone estrés adicional a un cuerpo desnutrido y es el más dañino (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 1995).

La bulimia nerviosa, es más común que la anorexia, describe un ciclo de comer excesivo que se conoce como atracón, acompañado generalmente de un comportamiento purgativo. La bulimia nerviosa empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos los pacientes se purgan vomitando o tomando laxantes, anorexígenos y/o diuréticos. Los pacientes también pueden revertir a dietas severas, las cuales se tornan de nuevo en excesos, si es que no llega a convertirse en anoréxica/o. Con las purgas se pierde un promedio de 1000 calorías, pero durante un atracón pueden llegar a ingerir entre 1000 a 20000 calorías, dándose un promedio de 14 episodios de atracón-purgación por semana.

En la bulimia de tipo purgativo el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. En la bulimia de tipo no purgativo 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 u otros (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 1995).

Una tercera categoría denominada trastornos de la alimentación no especificados fue establecida para definir los trastornos no definidos específicamente como anorexia y bulimia. Esta categoría incluye a personas que no cumplen criterios según el DSM-IV establecidos para la anorexia o bulimia (Fernández y Turón ,1998).

Una serie de factores sociales y culturales aumentan la predisposición e incluso son capaces de desencadenar los trastornos de la conducta alimentaria. La presión social que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad, la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

Si bien Bolivia es un país en vías de desarrollo, con una población mayoritariamente joven y pobre, el fenómeno de la globalización, especialmente en las comunicaciones, ha introducido patrones de belleza occidentales que exigen una delgadez extrema y por otra parte inducen a cambios en los hábitos alimentarios, con la masiva introducción de comidas de otras culturas, de fácil elaboración y alta densidad calórica ( FAST FOOD y/o comida chatarra). Estas contradicciones son asimiladas con mucha facilidad por los jóvenes, en especial a los que viven en las ciudades, influyendo en su conducta alimentaria.

La globalización, los procesos de transculturización a los que esta sometida la juventud ciudadana, la ausencia de

información sobre la magnitud de los trastornos de la conducta alimentaria, asociada a la falta de políticas públicas relacionadas a las etapas de la adolescencia, hacen necesario plantear un estudio a nivel nacional que oriente las políticas y programas dirigidos a los adolescentes y jóvenes.

Estudiar la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones y mujeres, tomando en cuenta las diferentes características geográficas y culturales de Bolivia, que ofrecen escenarios distintos, permitirá por un lado conocer los problemas de los adolescentes en sus propios entornos, como el altiplano, los llanos y valles y ver de que manera estos influyen en la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

## Objetivos

### Objetivo General

Establecer la prevalencia, el riesgo relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes entre 13 y 20 años de edad de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija.

### Objetivo específico

Determinar si el sexo, el tipo de establecimiento educativo al que asisten o el lugar de residencia, establecen diferencias en la prevalencia y el riesgo a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes.

### Método

Investigación de tipo descriptivo, mide de manera independiente las variables con las que tiene que ver, integrando las mediciones de cada una para poder explicar como se manifiesta el fenómeno de interés (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

**Tabla 1. Características de los sujetos**

Característica	Descripción	Justificación
Edad	13 a 20 años de edad	La edad promedio de inicio de los TCA es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 13 y 20 años
Sexo	Masculino y femenino	El 90% de los casos referidos por los estudios son mujeres, la incidencia en hombres parece ir en aumento. Los hombres ocultan un TCA más fácilmente que las mujeres y probablemente esta incidencia está infravalorada.
Colegios	Particulares y fiscales	La mayor parte de las investigaciones se realizaron en clase socioeconómica media alta, (colegios particulares o privados), no se conoce la incidencia en la clase media baja (colegios fiscales)
Lugar de residencia	Ciudades de La Paz, Santa Cruz, Tarija	Santa Cruz y La Paz son las ciudades más grandes de Bolivia y representan a la población citadina el llano y el altiplano respectivamente. Tarija, ubicada en los valles, es una ciudad intermedia que no pertenece al eje central del país por lo cual además de representar a los valles tiene

		características de las otras capitales de departamento del país.
--	--	--

## Sujetos Diseño de la muestra

Muestra multietápica, estratificada por conglomerados. El diseño es probabilístico ya que se espera reducir al mínimo el error estándar. Se llevó a cabo mediante una selección estratificada por conglomerado, donde se seleccionaron 30 conglomerados por dominio.

Primera etapa: Selección de Colegios.

Se tomó en cuenta a los colegios particulares y fiscales de La Paz, Santa Cruz y Tarija y se seleccionaron treinta colegios por ciudad. Esta selección fue sistemática y aleatoria. La selección de los participantes se llevó a cabo de la misma manera en las tres ciudades, donde se siguieron los siguientes pasos:

Segunda etapa: Selección de los alumnos.

Se tomó en cuenta tanto a hombres como a mujeres. La selección de los adolescentes fue de forma aleatoria y sistemática, se obtuvo la lista de los alumnos del nivel de secundaria de cada colegio seleccionado y de forma aleatoria se seleccionaron a 8 alumnos por nivel lo que dio lugar a 32 alumnos por colegio, 16 varones y 16 mujeres.

Tamaño de la muestra

Para obtener el tamaño de la muestra: se tomaron en cuenta parámetros estadísticos como, el nivel de confianza, el error muestral y el diseño de la muestra. La fórmula que se utilizó fue:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{e^2} \times k$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} \times 2 = 777$$

$$0.5 \times 0.5$$

Nivel de confianza = 95%

Error muestral = 5%

El tamaño original de la muestra fue de 777 estudiantes por ciudad, lo que daría 25.9 adolescentes por colegio, lo que representa 6.4 alumnos por nivel. Para disminuir el error muestral y equilibrar el número de participantes tanto por sexo y por nivel de secundaria, se tomaron a 8 alumnos por nivel 4 mujeres y 4 varones, dando lugar a 32 alumnos por colegio, lo cual representó 960 participantes por ciudad, con un total 2880 participantes del estudio.

**Tabla 2. Muestra**

Ciudad	Nº Mujeres	Nº Varones	Total de participantes
La Paz	480	480	960

Santa Cruz	480	480	960
Tarija	480	480	960
Total	1440	1440	2880

## Instrumento

El instrumento que se utilizó para evaluar la manifestación sintomatológica pertinente a los trastornos de la conducta alimentaria, fue el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, Creado por Garner en 1998

Evalúa a través de 91 elementos (ítems), once escalas diferentes, todas ellas relacionadas con la sintomatología que acompaña a los trastornos de la conducta

## Principales Resultados

Los resultados fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 10 en función a los objetivos de la investigación. Los resultados se describen en función a prevalencia, riesgo a desencadenar TCA en la población en general, por sexo, ciudad y tipo de establecimiento educativo.

Prevalencia y riesgo en la población en general

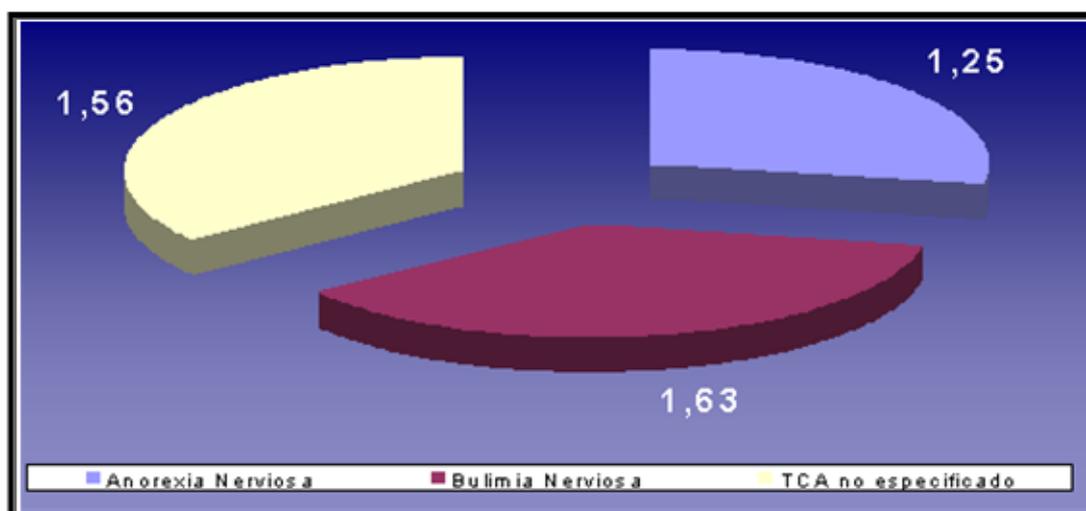


Figura 1. Prevalencia de los TCA en la población en general

Se detectaron un total de 128 casos de TCA que representa el 4.4 % de la población encuestada, el mayor porcentaje de estos casos, 1.63% corresponde a trastornos de la conducta alimentaria no especificado, seguidos de Bulimia Nerviosa con un 1,56 % y de Anorexia Nerviosa en un 1.25%.

Tabla 3. Prevalencia y población en riesgo de los TCA en la población en general

Riesgo	Porcentaje
Sin riesgo	16,66 %
Bajo riesgo	53 %

Alto riesgo	25,9 %
Con TCA	4.44 %
Total	100%

El 78.9 % de la población en general presenta alguna señal de riesgo de padecer TCA; de estos el 25.9% tiene un alto riesgo de desencadenar algún trastorno de la conducta alimentaria. El 53% de la población presenta bajo riesgo y solo un 16.66% no presenta riesgo.

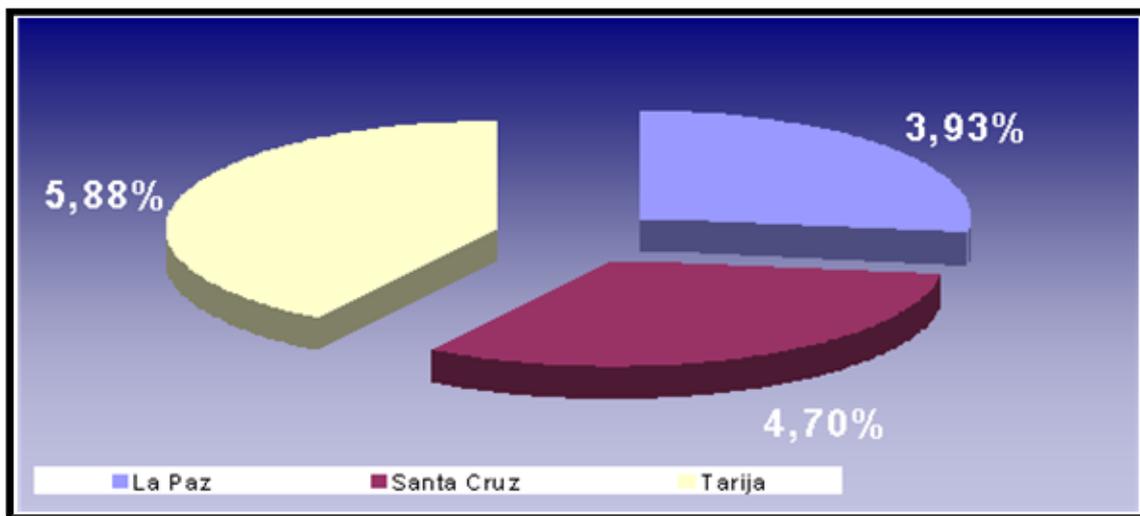


Figura 2. Prevalencia y población en riesgo por ciudades

La mayor prevalencia de los TCA, 5.8 % se encontró en la ciudad de Tarija, y la menor en la ciudad de La Paz 3.8%, en la ciudad de Santa Cruz se encontró una prevalencia de 4,7%.

Tabla 4. Prevalencia y población en riesgo por ciudades

Ciudad	La Paz	Santa Cruz	Tarija
Sin riesgo	24,07%	11,70%	16,62%
Bajo riesgo	50,50%	54,60%	55%
Alto riesgo	21,50%	29,07%	22,50%
Con TCA	3,93%	4,7%	5,88%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Son los adolescentes de la ciudad de Santa Cruz los que presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria el 29.5 están en alto riesgo y el 54.6 en bajo riesgo. Le siguen en su condición de riesgo los adolescentes de la ciudad de Tarija con un 22.5% en alto Riesgo y 55% en bajo riesgo. En la ciudad e La Paz 21.5 alto riesgo y 50.5 bajo riesgo.. La población de alto riesgo en la ciudad de Santa Cruz es 7% mayor que en la ciudad de Tarija y 8% más en la ciudad de La Paz.

Tabla 5. Prevalencia y Población en riesgo por sexo

Sexo	Mujeres	Hombres
Riesgo	%	%

Sin riesgo	16,1	17,35
Bajo riesgo	41,16	64,81
Alto riesgo	34,2	17,5
Con TCA	8,54	0,35
Total	100	100

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en general es mucho mayor en mujeres que en hombres (8.54% 0.35% respectivamente). Con relación al sexo, son los adolescentes del sexo masculino los con mayor riesgo de padecer TCA (82.31% en hombres y 75.36 % en mujeres) Sin embargo cuando se analiza la magnitud del riesgo son las mujeres las que presentan mayor porcentaje de alto riesgo (34.2% mujeres y 17.5% en hombres).

Tabla 6. Prevalencia y población en riesgo por tipo de Establecimiento Educativo.

Tipo de Establecimiento	Particular	Fiscal
Sin riesgo	17.91	16.17
Bajo riesgo	56,5	51,7
Alto riesgo	21,1	27,7
Con TCA	4.49	4.43
Total	100	100

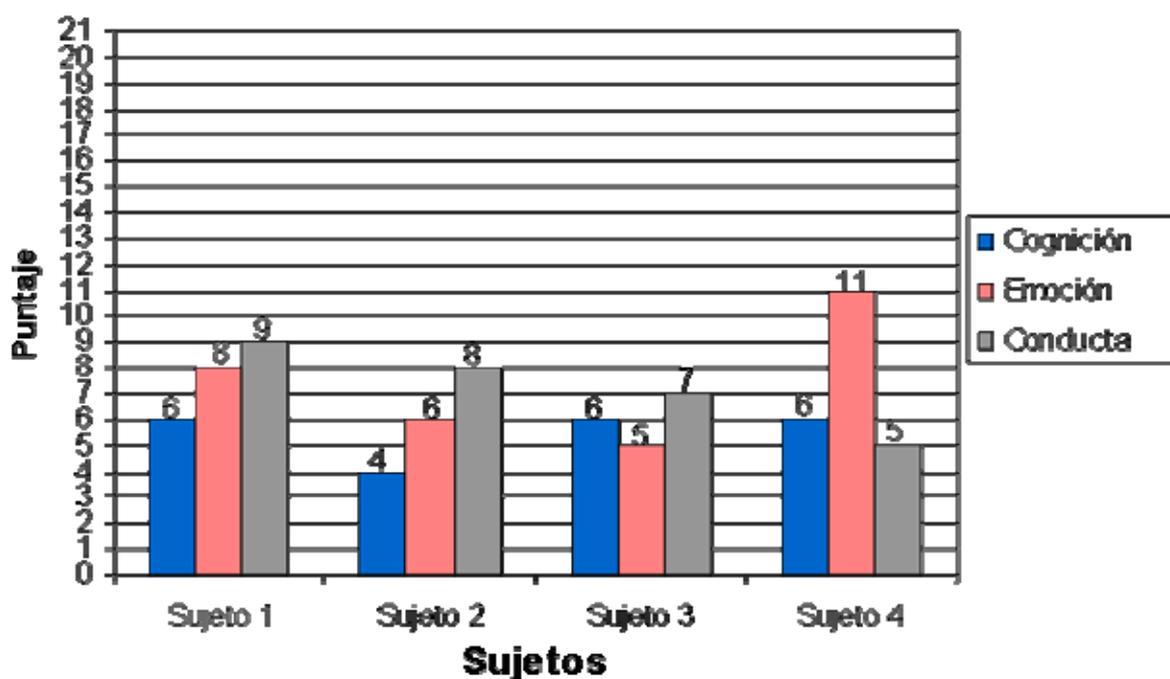


Figura 4. Prevalencia de los TCA por tipo de establecimiento educativo

No se ha encontrado diferencias significativas entre los colegios particulares y fiscales, presentándose una prevalencia de 4.49% y 4.43 % respectivamente.

El porcentaje de alto riesgo entre los adolescentes que asisten a los colegios fiscales es de 27.7%, superior a la de

los que asisten a los colegios particulares 21%.

#### Prevalencia y riesgo de TCA en mujeres de la Paz, Santa Cruz y Tarija

Tabla 7. Riesgo de la Población en mujeres de las tres ciudades

Mujeres	La Paz	Santa Cruz	Tarija
Sin riesgo	25.5	9.3	14.7
Bajo riesgo	36.5	44.6	41.2
Alto riesgo	30.2	37.4	32.4
Con TCA	7.7	8.8	11.8
Total	100	100	100

Comparando los resultados obtenidos entre las adolescentes mujeres de las tres ciudades se estableció la mayor prevalencia de TCA en las mujeres de la ciudad de Tarija con 11.8 %, en segundo lugar se ubican las adolescentes de Santa Cruz con un porcentaje de 8.8% y muy cerca se encuentra las mujeres de la ciudad de La Paz con 7.7%. En cuanto al alto riesgo, son las mujeres de Santa Cruz las más afectadas, presentando un porcentaje de 37.4%, seguidas por las adolescentes de Tarija con 32.2 % y por último las de la ciudad de La Paz con 30.2%.

Comparación de la prevalencia, riesgo y sintomatología de los TCA por ciudad y tipo de colegio en Hombres

Tabla 7. Riesgo de TCA en hombres de las tres ciudades

Hombres	La Paz		Santa Cruz		Tarija	
Tipo de Establecimiento	Particular	Fiscal	Particular	Fiscal	Particular	Fiscal
Sin riesgo	18.8	24.6	20	10.4	21.3	17.9
Bajo riesgo	66.6	63.3	59.6	66.7	64.5	69.6
Alto riesgo	14.6	12.1	18.3	22.9	14.2	12.5
Prevalencia	0	0	2.1	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Sólo en la ciudad de Santa Cruz se registraron casos de trastornos de la conducta alimentaria en varones. 2.1% entre los varones de colegios particulares.

El mayor porcentaje de población en alto riesgo se registró en varones de colegios fiscales de la ciudad de Santa Cruz (22.9%), seguido de varones de colegios particulares de la misma ciudad (18.3%), les siguen los varones de colegios particulares de la ciudad de La Paz (14.6%) y con un porcentaje muy similar los varones de los colegios particulares de Tarija (14.2%), por último están los de los colegios fiscales de las ciudades de Tarija y La Paz (12.5 y 12.1 %respectivamente).

## Síntesis de Resultados

- 4 de cada 100 adolescentes, de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija, presenta algún trastorno de la conducta alimentaria.
- 4 de cada 100 adolescentes de La Paz padecen de algún TCA.
- 5 de cada 100 adolescentes de Santa Cruz presentan algún TCA.

- 6 de cada 100 adolescentes de Tarija presentan TCA.
- 8 de cada 100 mujeres y 3 de cada 1000 varones adolescentes presentan TCA.
- 26 de cada 100 adolescentes presentan alto riesgo de desencadenar Trastornos de la conducta alimentaria.
- 34 de cada 100 mujeres y 17 de cada 100 varones adolescentes presentan alto riesgo de desencadenar TCA.
- 30 de cada 100 adolescentes mujeres y 20 de cada 1000 varones adolescentes piensan "que su estomago es demasiado grande".
- 21 de cada 100 mujeres suelen comer cuando están disgustadas.
- 13 de cada 100 varones suelen comer cuando están disgustados.
- 45 de cada 100 mujeres piensan en ponerse a dieta.
- 15 de cada 100 varones piensan en ponerse a dieta.
- 62 de cada 100 mujeres les aterroriza la idea de engordar
- 32 de cada 100 varones les aterroriza la idea de engordar.
- 42 de cada 100 mujeres y 14 de cada 100 varones están preocupadas por que les gustaría ser una persona más delgada.
- 17 de cada 100 adolescentes mujeres piensan en vomitar para perder peso.
- 2 de cada 100 adolescentes varones piensan en vomitar para perder peso.

## Conclusiones

Los resultados del estudio demuestran que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema entre los adolescentes en las tres ciudades estudiadas en Bolivia.

Uno de los aspectos más destacable del estudio es el haber podido clasificar la población en riesgo. El instrumento utilizado no solo ha permitido identificar la prevalencia y el riesgo.

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria encontrada entre los adolescentes de las tres ciudades de Bolivia es alta (4.4 %), aun si se la comparada con la reportada en otros países desarrollados como EEUU o España, 6.8 % y 8 % respectivamente (Gordon, 1996). Esto motiva a que a la hora de plantear programas nacionales de salud mental o de salud en los adolescentes se tenga en cuenta a los trastornos de la conducta alimentaria como un problema prioritario entre los adolescentes bolivianos.

De acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV para los TCA, no se encontró diferencias significativas en la prevalencia entre los tres tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto al sexo, el estudio confirma lo reportado en la literatura mundial, es el sexo femenino el más afectado (8.54% de las mujeres y 0.35% de los hombres). Si bien la prevalencia es mayor entre las mujeres, su presencia en el sexo masculino justifica modificar la tendencia a descartar la posibilidad de que estos trastornos se manifiesten en varones. Según datos de la literatura mundial (Garner 1998) la incidencia en varones parece ir en aumento. Esta información justifica, por ejemplo que a la hora de crear grupos de autoayuda o estrategias de intervención grupal, que tienen probada su efectividad, se debe considerar también al sector masculino.

Con relación al lugar de residencia, se ha visto que la prevalencia es mayor en las ciudades de Tarija y Santa Cruz donde hay algunos aspectos socioculturales y eco geográficos similares y es menor en la ciudad de La Paz donde estos aspectos son diferentes. Del resultado anterior surge como una pregunta para posteriores estudios. ¿Será importante la influencia de la cultura y/o el clima para la presencia de TCA?

Las diferencias según nivel socioeconómico que se pretendieron medir mediante la asistencia a colegios fiscales y particulares no revelan mayores diferencias con relación a la prevalencia de los TCA. Esto puede interpretarse de dos maneras: que este no es el mejor indicador para diferenciar nivel socioeconómico o que los adolescentes de ambos niveles están igualmente expuestos a los factores determinantes y o desencadenantes.

Los resultados muestran el alto porcentaje de adolescente que se encuentran en riesgo de padecer TCA. 78.9% de la población estudiada de la cual el 25.9% presenta ALTO RIESGO.

Al analizar la condición de riesgo se observa que la diferencia encontrada entre hombres y mujeres cuando se trata de trastornos establecidos, "prevalencia", (mayor en mujeres que en varones) desaparece y en ambos sexos el porcentaje de adolescentes en riesgo de padecer TCA es muy alto. Este es un punto de alerta para los profesionales de la psicología que deben buscar instrumentos que valoren mejor la presencia de estos trastornos en el sexo masculino. Así por ejemplo la Vigorexia (TCA en varones) es un termino todavía no bien estudiado.

Cuando se observa la magnitud del riesgo, ahí si se establecen claras diferencias entre sexos. La mayoría de los varones se clasifican como de bajo riesgo en tanto las mujeres presentan un porcentaje mucho mayor de alto riesgo. Esta diferencia es coincidente con la mayor prevalencia de TCA declarados en el sexo femenino.

Mientras la prevalencia de TCA es mayor en la ciudad de Tarija son los adolescentes de Santa Cruz los que están en un mayor riesgo de padecer TCA. Si bien esta diferencia no es muy significativa podría sugerir que en Santa Cruz hay una mayor exposición a ciertos factores contradictorios como ser: las comidas que se ofertan son más abundantes con mayor contenido de grasa ( comida Chatarra) y por otro lado al ser un medio más grandes las exigencias de éxito son mayores y dentro de estas está el culto a la delgadez. Este aspecto requiere de una mayor profundización.

## Recomendaciones

El que este estudio haya revelado que los TCA son ya un problema para la salud física y mental de los adolescentes bolivianos es un importante avance para proponer a las autoridades de salud, educación y a la sociedad boliviana en general se tomen medidas para frenar el acelerado avance de esta problemática.

Es necesario profundizar más en el conocimiento de varios aspectos relacionados a los TCA; por lo cual se debe incentivar a los profesionales de varias disciplinas de las ciencias sociales y biológicas a realizar mas estudios sobre el tema.

Frente al creciente número de adolescentes escolarizados que padecen trastornos de la conducta alimentaria y especialmente de los que están en alto riesgo de desencadenarlos, una estrategia preventiva debería consistir en que tanto los profesores y el plantel educativo este bien informado sobre las características, síntomas y consecuencias de estos trastornos y estén atentos para poder identificar casos sospechosos y derivarlos a especialistas para un diagnostico oportuno que siempre tiene un pronostico favorable.

Por otra parte los esfuerzos preventivos deben incluir aspectos como los relacionados con los hábitos alimentarios, dada la importancia que parecen tener las dietas como precursores de los trastornos alimentarios, se recomienda identificar estas conductas de dieta y modificarlas en los grupos de población vulnerables (escolares y adolescentes) por medio fundamentalmente de programas educativos y de información. Es importante establecer mas procesos de educación alimentaria que lleven desde la niñez a adquirir hábitos alimentarios saludables.

## Referencias

- Amigo, I., Fernández, C., Pérez, M. (1998). "Manual de la psicología de la salud". Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Burgos. 1996. "Metodología de Investigación y escritura científica en Clínica". Escuela Andaluza de Salud Publica. España
- DSM IV. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial: MASSON. S.A., Barcelona, 1994
- Fernández, Turón. 1999. "Trastornos de la alimentación, Barcelona: Editorial MASSON. S.A.
- Freudenthal. 2000, Prevalencia de los síntomas asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizadas de 16 a 18 años, en la zona sur de La Paz, Tesis de grado Universidad Mayor de San Andrés
- Gavino, A. (1997). "Técnicas de terapia de conducta". Barcelona, España: Ed. Martinez Roca.
- Gomez Paloma. 1996. "Anorexia nerviosa, la prevención en familia". Ediciones Pirámide Madrid.
- Gordon Richard. 1994. "Anorexia y Bulimia". Editorial Ariel SA Buenos Aires Argentina.
- Hall, Cohn, 2001 "Cómo entender y superar la Bulimia". Ediciones Guerze Books.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (1991). "Metodología de la investigación". México: Ed. Mc Graw Hill...
- Klein Silvia, 2001 "Todo lo que usted quiere saber sobre anorexia y Bulimia" Ediciones Grulla.
- Saldaña. 1994, Trastornos del comportamiento alimentario, Barcelona: Editorial MASSON. S.A.
- Salkind, N. J., (1999). "Métodos de investigación". México: Ed. Prentice Hall..
- Turó. 1997, complicaciones físicas de la anorexia nerviosa, Barcelona: Editorial MASSON. S.A.
- Toro. 1987, Anorexia nerviosa, Barcelona: Editorial Martines Roca,
- Toro J. 1999, "Anorexia y bulimia". Jano, Madrid
- Revista panamericana de salud publica Vol. 5 N 3).
- (Ministerio de Salud "de igual a igual plan estratégico de IEC para el desarrollo de la salud integral de la adolescencia 2000-2005").
- Velasco, C., (2000). "Modelo de evaluación diagnóstico cognitivo-comportamental para las alteraciones emocionales". La Paz, Bolivia: Tesis UCB.

---