
PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ

Carmiña Mérida Pérez y Rodolfo López Hartmann²²

RESUMEN

El objetivo fue de establecer la prevalencia de trastornos de conducta alimentarios (TCA) en la población escolar adolescente de los colegios de La Paz, así como la correlación de estos trastornos con la presencia de síndromes de ansiedad o depresión independientemente de los alimentarios. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado simple, alcanzando una muestra de 1,173 estudiantes, (617 mujeres y 556 varones) con aplicación de tres instrumentos, el EDI (Gardner 1992), el Test para depresión de Zung (1867) y el cuestionario abreviado para depresión de QD2-A de Pichot (1988). Los resultados mostraron una prevalencia actual de 3% de TCA, con un 6.9 % adicional en situación de riesgo. La prevalencia de depresión dio un 24% de adolescentes con indicadores de depresión moderada a severa, y la prevalencia de ansiedad (moderada 42,2%, 6,8% severa y 1,1% en grado máximo). La correlación de Pearson entre los TCA y depresión mostro que 66 % de casos con diagnóstico de TCA tenían depresión y 54 % ansiedad. Se proponen recomendaciones para el diagnóstico y detección precoz así como medidas de psicoeducación sobre TCA dirigidas al ámbito escolar y público general.

KEYWORDS

Trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, depresión, ansiedad, adolescencia, escolares de La Paz, colegios, factores de riesgo.

ABSTRACT

The aim was to explore the prevalence of eating behavior disorders (ED) among adolescent schoolchildren in La Paz, and the correlation of these conditions with the presence of anxiety or depression syndromes, assessed independently of eating disorders. We performed a simple stratified random sampling, reaching 1,173 students (617 females and 556 males) with three instruments, EDI (Gardner 1992), the Zung Depression Test for (1867) and the shortened questionnaire for depression by Pichot QD2-A (1988). The results showed a current prevalence of 3% ED, with an additional 6.9% at risk. The prevalence of depression found 24% of adolescents with indicators of moderate to severe depression while anxiety prevalence was 42.2% moderate, 6.8% severe and 1.1% in the highest degree. Pearson's correlation between eating disorders and depression showed that 66% of ED cases were diagnosed with depression and 54% with anxiety. We propose recommendations for the diagnosis and early detection as well as measures to implement psychoeducation about ED and emotional disorders in schools and in the general public.

22 Carmiña Mérida, Psicóloga, autora de la investigación como tesis de Grado en Psicología. Rodolfo López Hartmann, Psiquiatra, Docente de la Carrera de Psicología UMSA, tutor de la tesis. Correo electrónico.: dr.rodolfolopez@gmail.com

KEY WORDS

Eating disorders, anorexia, bulimia, depression, anxiety, adolescence, La Paz student population, schools, risk factors.

RESUME

O objetivo era estabelecer a prevalência de distúrbios de comportamento alimentares (TCA) em adolescentes de escolas em La Paz, ea correlação destas condições com a presença de síndromes de ansiedade ou depressão, independentemente da alimentação. Foi realizada uma amostragem aleatória estratificada simples, chegando a uma amostra de 1173 alunos (617 mulheres e 556 homens) com três instrumentos, EDI (Gardner, 1992), o Teste de Depressão de Zung para (1867) eo questionário reduzido para depressão de Pichot QD2-A (1988). Os resultados mostraram uma prevalência atual de 3% TCA, e um 6,9% no risco. A prevalência de depressão deu 24% de adolescentes com indicadores de depressão moderada a grave e prevalência da ansiedade (42,2% moderados, 6,8% graves e 1,1% no mais alto grau). A correlação de Pearson entre transtornos alimentares e depressão mostrou que 66% dos casos de ED foram diagnosticados com depressão e 54% ansiedade. Nós propor recomendações para o diagnóstico e detecção precoce, bem como medidas destinadas a psicoeducação sobre TCA ea definição de escola pública.

PALAVRAS CHAVE

Distúrbios de comportamento alimentares (TCA), adolescentes de escolas em La Paz, anorexia, bulimia, ansiedade, depressão, fatores de risco

I. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Identificar la prevalencia de Anorexia y Bulimia y su correlación con la Ansiedad y la Depresión, en los adolescentes de secundaria de la Ciudad de La Paz.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de la Anorexia y la Bulimia, en los adolescentes de secundaria de la Ciudad de La Paz mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) en el lapso de 12 meses.
- Identificar la prevalencia de la Ansiedad y la Depresión en los adolescentes de secundaria de la Ciudad de La Paz mediante el Escala de Autoevaluación de Ansiedad y el Cuestionario de Depresión QD2 en el lapso de 12 meses.
- Conocer la correlación de la

Anorexia y la Bulimia con la Ansiedad, en los adolescentes de secundaria de la Ciudad de La Paz mediante Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad en el lapso de 12 meses.

- Conocer la correlación de la Anorexia y la Bulimia con la Depresión, en los adolescentes de secundaria de la Ciudad de La Paz mediante Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) y el Cuestionario de Depresión QD2 en el lapso de 12 meses.

II. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de alimentación han existido desde siempre, pero es a mediados del siglo XX que los casos empiezan a adquirir características propias, en que se incluyen aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Si bien en un principio, eran los países más desarrollados, los más propensos a tener en su población los

mayores porcentajes de incidencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, con el fenómeno de la globalización, los llamados países del “tercer mundo”, también, están experimentando, cada vez con mayor fuerza, la presencia de TCA en su población.

En la actualidad, la sociedad de consumo, vende un “modelo de belleza” que tiende cada vez más a la delgadez, como un producto más, y siempre como sinónimo de éxito. Víctima de todos estos mensajes, los jóvenes quedan, en muchos casos, atrapados en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Y son los adolescentes, los más vulnerables a experimentar preocupación por la imagen de su cuerpo, ya que es una etapa llena de cambios y decisiones e incapacidad de manejar las situaciones nuevas.

También cabe mencionar que, no solamente se incluye a las adolescentes mujeres, quienes tradicionalmente son las más afectadas por los TCA, sino también a los adolescentes varones, ya que hoy en día se diagnostican más casos de varones con TCA que en décadas pasadas. Normalmente, se considera que un 10 por ciento de los casos de anorexia afectan a hombres, pero un reciente estudio estadounidense habla ya de un 25 por ciento de anoréxicos y de hasta un 40 por ciento de bulímicos (La Prensa, 17 de Octubre de 2008).

Por otro lado se debe resaltar que los Trastornos de Conducta Alimentaria se encuentran en el tercer lugar de las enfermedades de los adolescentes, después de la obesidad y el asma. (La Prensa, 17 de Octubre de 2008).

En relación a estudios realizados en el mundo, sobre trastornos alimentarios, tenemos que “las cifras que publican los institutos nacionales de salud (NIH) de los Estados Unidos, aseguran que la Anorexia nerviosa afecta al 1% del total de la población mundial,

mientras que, entre un 2 y un 3%, de las adolescentes de Occidente sufre de Bulimia” (Colombo, 2006, p. 83). En España, el 8% de la población en general presenta síntomas, tanto de Anorexia y Bulimia (Colombo, 2006).

La situación de Latinoamérica continúa imprecisa, debido a la escasez de estadísticas. Sin embargo, estudios en Argentina, demostraron que la incidencia de trastornos de alimentación es 3 veces mayor que el de Estados Unidos y que el 8% de las adolescentes argentinas padece de Anorexia y Bulimia, en tanto, el 2% de los hombres argentinos padecen estos mismos trastornos. (Colombo, 2006).

Un estudio realizado en Colombia, por la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional, determinó que un 2% de los adolescentes, entre 14 y 19 años, sufren de Anorexia o Bulimia. (Colombo, 2006).

En Bolivia, existen estudios como el de Freudental (2000), quien realizó una investigación, sobre la prevalencia de los síntomas asociados a los trastornos de conducta alimentaria en mujeres escolarizadas de 16 a 18 años, el cual se determinó la existencia de 4,7% de casos clínicos con Bulimia y 2,6% con Anorexia.

En un otro estudio, realizado en tres ciudades de Bolivia (La Paz, Santa Cruz y Tarija), sobre la prevalencia de riesgo de trastornos de alimentación, en adolescentes de 13 a 20 años, se detectó 1,6% de jóvenes con Anorexia nerviosa y 2,8% con Bulimia nerviosa. En La Paz se encontró que el 3,8% tienen Trastornos de Conducta Alimentaria (Daroca y Velasco, 2003).

Tomando como base, la prevalencia de 3,8% de TCA en la ciudad de La Paz (Daroca y Velasco, 2003), el presente trabajo de investigación, pretende aportar datos, para corroborar el progresivo aumento de la presencia de los TCA, en la población de adolescentes de La Paz. Sustentando lo mencionado anteriormente, durante el año 2005, cuatro instituciones de salud mental atendieron 33 casos de Anorexia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (La Prensa, 2005).

Hasta el momento, en Bolivia no se cuenta con una estadística formal, ni investigaciones concluyentes sobre la comorbilidad de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), en especial, la relación existente con la Depresión y Ansiedad. Conociendo ésta interacción de los TCA con la Depresión y Ansiedad, sería de gran ayuda para una prevención e intervención temprana. Según Daroca y Velasco (2003), es necesario profundizar más en el conocimiento de las variables relacionadas a los TCA, para la detección temprana de dichos trastornos.

Por otro lado, para una adecuada prevención e intervención, es necesario conocer cómo interactúan los TCA con los factores **externos** (sean estos presión social, medios de comunicación, etc.) e **internos** (como los factores de la personalidad que podrían desencadenar o perpetuar el trastorno).

Por todo lo mencionado anteriormente, se decide realizar el presente trabajo de investigación, abordando un

problema de gran actualidad para la sociedad en general y para los adolescentes en particular, como son los Trastornos de Conducta Alimentaria y su relación con la Ansiedad y Depresión. Se quiere aportar datos que puedan ser de utilidad para una adecuada prevención e identificación de los trastornos alimentarios, porque éstos son curables y mientras más pronto se los trate, mejor.

III. EPIDEMIOLOGIA

a. En otros países

Los estudios epidemiológicos, indican la importancia de los factores socioculturales en el desarrollo y la incidencia de los trastornos de alimentación. Ésta afecta, fundamentalmente, a mujeres (alrededor de 95 por 100 pacientes son mujeres) entre 10 a 30 años (edad del inicio entre los 13 y 18). Este hecho se debe a que la adolescencia es una etapa muy vulnerable a la aceptación social, sumada al estereotipo de mujer bella (Perpiña, 1998).

Los estudios realizados por Crisp y otros (1996) en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia, demostraron que el 80% de las adolescentes están preocupadas por su imagen corporal. Considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelan que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas (citado por Pepiña, C. 1988)

Jones, Fox, Babigian y Hutton (1980), comprobaron que la incidencia de la Anorexia se ha doblado. En un período de 10 años, se ha pasado de un 0,35 por 100.000 (1960 a 1969), a 0,64 casos por 100.000 (1970 a

1979). Toro y Vilardell, (1978), manifiestan que la prevalencia de la Anorexia, en la población en general, probablemente sea menos del 1 por 100, pero hay unas poblaciones más sensibles que otras, como aquellas que viven en los llamados países desarrollados y que poseen un alto estatus económico, aunque también se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas. Este trastorno también se encuentra muy expedito entre ciertas profesiones, tales como gimnastas y modelos (En: Perpiñá, 1998).

En España se realizaron varios estudios, pero el más significativo fue realizado en la Comunidad Autónoma de Navarra, en la población femenina de 12 a 14 años, por Pérez Gaspar y colaboradores, expuesto en el XXII Congreso Nacional SEMERGEN; en el cual obtuvieron una prevalencia de 0,3% para la Anorexia nerviosa, 0,8% para la Bulimia nerviosa y del 3,1 % para los trastornos del comportamiento alimentario no específico (Aceituno Solis, J. 2005).

Se estima que de un 0,5% a 3,7% de las mujeres, sufre de Anorexia nerviosa; y de un 1,1% a 4,2% de las mujeres, sufre Bulimia nerviosa, en algún momento de su vida. La proporción estimada, respecto a los hombres, es de 9 a 1 (Toro y Vilardell, 1987). En ambos trastornos, existe un miedo enfermizo a engordar y una distorsión de insatisfacción con la imagen corporal, a la que supeditan el nivel de autoestima (Toro, 1998).

También, los varones, con trastornos de alimentación presentan similitudes clínicas

con las mujeres que padecen el trastorno. Sin embargo, muestran tasas altas de comorbilidad psiquiátrica y más morbilidad psicosocial, cuando se les compara con varones sin trastorno de alimentación. Mientras que las características clínicas son similares entre los dos sexos, la homosexualidad/bisexualidad, parece ser un factor específico de riesgo para los varones, sobre todo aquellos que desarrollan Bulimia nerviosa (Sandoval O, 2002).

En el caso de la Bulimia Nerviosa, es un poco difícil detectarla, porque la paciente intenta ocultar todas las características, por otra parte, al contrario de lo que pasa con la Anorexia Nerviosa, su peso no llama la atención, pero su incidencia es igual a la Anorexia (alrededor de 95 por 100 pacientes son mujeres), y la edad de aparición suele oscilar entre los 18 a 25 años.

Los estudios sobre prevalencia, realizados en adolescentes, jóvenes y adultas revelan un porcentaje del 0,5 - 1% para el cuadro clínico de diagnóstico de la Anorexia Nerviosa; y un 1 - 3% entre los casos de Bulimia Nerviosa, según la Sociedad Americana de Psiquiatría. En varones, la prevalencia es diez veces menor, es más común encontrar a personas que no presenten el trastorno completo (Rivera Diez de Medina, Y. 2005).

La Anorexia nerviosa, es la tercera enfermedad crónica más común de mujeres adolescentes, y se estima que se presentará en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Algunos estudios indican que la prevalencia de ambas (Anorexia y Bulimia) en los Estados Unidos fluctúan de 2% a 18%, cerca de un

90% son mujeres y sólo el 10% son varones. Además se ha encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%, y el riesgo de muerte aumenta significativamente, cuando la paciente tiene un déficit de peso/talla de 40% (Morales, y col. 2002).

Por otra parte, existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno relacionado con la ansiedad y depresión; en los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado (Sandoval O, 2002).

b. En Bolivia

En el año 2003, Daroca y Velasco, realizaron un estudio sobre la prevalencia de riesgo de los trastornos de alimentación en adolescentes de 13 a 20 años, en tres ciudades (**La Paz, Santa Cruz y Tarija**), con una muestra de diferentes estratos sociales, detectando un 4,44% de TCA (1,61% con Anorexia y un 2,84% con Bulimia). Según el género, el 8,54% de mujeres y el 0,35% de varones presentan TCA. Tomando en cuenta las ciudades, la mayor prevalencia de los TCA se encontró en la ciudad de Tarija con 5,8%, y la menor en la ciudad de La Paz con 3,8%. En la ciudad de Santa Cruz se encontró una prevalencia de 4,7%.

Según estos estudios, la prevalencia de los trastornos de alimentación, en Bolivia es alta, si se compara con países desarrollados (ej. España). Por otro lado, es importante resaltar, el alto porcentaje de la población que está en riesgo de presentar trastornos de alimentación.

A pesar de la falta de información regular, la prevalencia en la ciudad de La Paz de 3,8% parece haber

aumentado, ya que sólo en la ciudad de La Paz, el 2005, cuatro instituciones de salud atendieron 33 casos de Anorexia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. De este total, el Hospital del Niño trató 2 casos de preadolescentes que presentaban la enfermedad. El Psiquiátrico del Hospital de Clínicas; el consultorio de la carrera de Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) y en el consultorio particular del psiquiatra Carlos Dipp (también Jefe de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas) (La Prensa, 2005).

Carlos Dipp admite que, en los últimos años en Bolivia, se ha registrado un incremento de los casos de Anorexia. Este criterio es compartido por la catedrática de la carrera de Nutrición Irma Arce, quien asegura que en el consultorio que funcionaba en Medicina se atendieron casos de pacientes de escasos recursos provenientes del área rural, como Caranavi y otras provincias paceñas. (En: La Prensa, El sábado. 2005).

El año 2000, Freudental realizó una investigación, sobre la prevalencia de los síntomas asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en mujeres escolarizadas de 16 a 18 años, de diversos estratos económicos, que asistían a diversas instituciones educativas de La Zona Sur de la ciudad de La Paz. Con la aplicación del instrumento EDI2 a 245 mujeres adolescentes, encontró un 4,7% de casos clínicos con Bulimia y un 2,6% con Anorexia. Sin embargo, los trastornos alimenticios no especificados se dieron en un porcentaje similar al grupo bulímico (4,7%).

IV. MUESTRA

El universo de participantes está conformado por 27.850 adolescentes del nivel de secundaria (1ro a 4to) de la ciudad de La Paz, comprendidos en edades de 13 a 19 años, provenientes de 104 colegios, entre fiscales y particulares.

Los datos de la población (número de colegios particulares y fiscales, y número de alumnos de 1ro a 4to de secundaria), se obtienen a través de la Dirección Departamental de Educación de La Paz, previa solicitud, a ésta instancia, del Tutor Guía.

Una vez obtenidos los datos, se determina la representatividad de éste universo, procediendo al cálculo del tamaño de la muestra de alumnos como de colegios. De esta manera, la muestra es probabilística de tipo estratificada.

Para obtener el tamaño de la muestra, se toman en cuenta parámetros estadísticos como: el nivel de confianza, el error muestral y el diseño de la muestra. La fórmula que se utiliza es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot N + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

z = Nivel de Confianza → 90% / 1,645

N = Población → 27.850

p = Probabilidad de ocurrencia de unidades objeto de estudio → T.C.A. =3,93/4

q = 1 – p → 1 – 0,04 = 0,96

e = Probabilidad de error → 1% (alumnos)

10 % (colegios)

Reemplazando obtenemos:

$$n = \frac{(1,645)^2 (27.850) (0,04) (0,96)}{= 1.008}$$

$$(0,01)^2 (27.850) + (1,645)^2 (0,04) (0,96)$$

Para determinar el número de estudiantes, tanto de colegios fiscales como de particulares, se recurre a la siguiente fórmula:

$$\text{Factor} = \frac{n}{N}$$

$$\text{Sub grupos} = N^A \cdot \text{Factor}$$

Una vez obtenidos los resultados, se determina el tamaño de la muestra: **1008 estudiantes**, correspondiente a **42 colegios**, de los cuales 22 son Fiscales (590 alumnos) y 20 Particulares (418 alumnos). De esta manera, a cada colegio corresponden 24 alumnos.

Para minimizar el error muestral y equilibrar el número de participantes, tanto por sexo, como por niveles de estudio, se elige, de forma aleatoria, 6 alumnos por nivel: 3 mujeres y 3 varones, totalizando 24 alumnos por colegio, lo cual representa 1.008 participantes, que es el total de la muestra para el estudio.

En el trabajo de campo, se aplican los instrumentos a 43 colegios, para mejorar la representatividad de la muestra, de los cuales son 22 fiscales y 21 particulares, alcanzando una población de **1173 alumnos**, 617 mujeres y 556 varones. En colegios fiscales, se aplicó 676 Escalas y en particulares 497 Escalas.

El detalle de las características de la muestra, se expone en la siguiente tabla:

			Colegios Fiscales		Subtotal	Colegios Particulares		Subtotal	TOTAL
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		
Curso	Primero	Recuento	82	90	171	53	58	111	283
		%	26,00%	24,90%	25,40%	21,60%	23,00%	22,50%	24,10%
	Segundo	Recuento	85	103	188	71	71	142	330
		%	27,30%	28,20%	27,90%	29,00%	28,20%	28,70%	28,10%
	Tercero	Recuento	73	93	166	76	69	143	311
		%	23,50%	25,50%	24,60%	31,00%	27,40%	28,90%	26,50%
	Cuarto	Recuento	72	78	150	45	54	98	249
		%	23,20%	21,30%	22,20%	18,40%	21,40%	19,80%	21,20%
Total		Recuento	311	365	676	245	252	497	1173
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

V. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para evaluar la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria y su relación con la Ansiedad y Depresión, son los siguientes:

- Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-2 de Garner. (1988)
- Cuestionario QD2-Abreviado de Pichot.(López, R. 1987)
- Escala de Auto- Evaluación de Ansiedad de Zung.(Citado por García Alba, C. 2004)

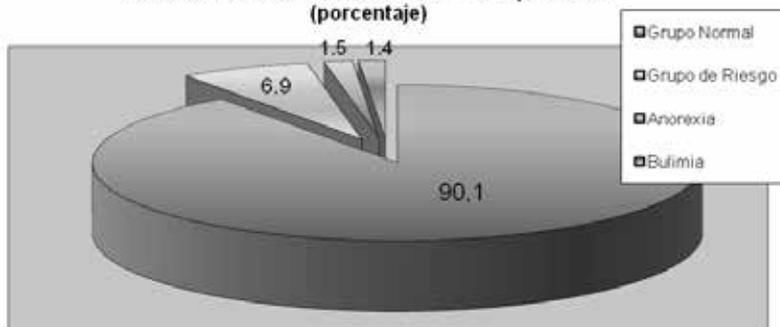
Prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria en el total de la población

Tabla 1: Prevalencia de los TCA en el total de la población

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Grupo Normal	1057	90,1	90,1
	Grupo de Riesgo	81	6,9	97,0
	Anorexia	18	1,5	98,6
	Bulimia	17	1,4	100,0
	Total	1173	100,0	

Gráfico 1

Prevalencia de los TCA en el total de la población (porcentaje)

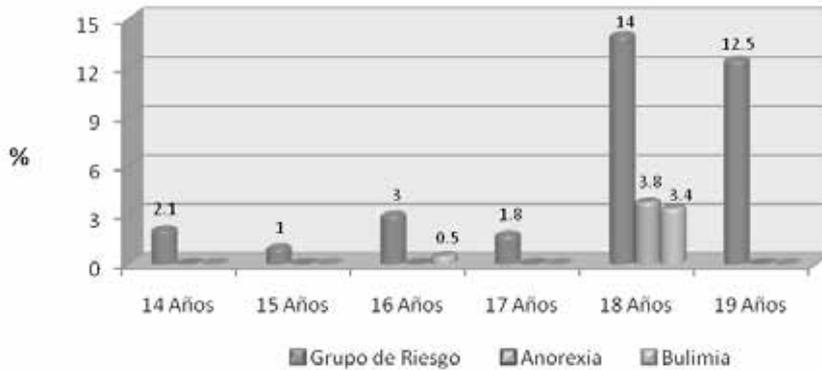


→Prevalencia de los TCA por edad
Tabla 2: Prevalencia de los TCA por edad

			EDI2b				TOTAL
			Grupo Normal	Grupo de Riesgo	Anorexia	Bulimia	Grupo Normal
Edad	12	Recuento	1	0	0	0	1
		% de Edad	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	13	Recuento	26	0	0	0	26
		% de Edad	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	14	Recuento	93	2	0	0	95
		% de Edad	97,9%	2,1%	,0%	,0%	100,0%
	15	Recuento	190	2	0	0	192
		% de Edad	99,0%	1,0%	,0%	,0%	100,0%
	16	Recuento	195	6	0	1	202
		% de Edad	96,5%	3,0%	,0%	,5%	100,0%
	17	Recuento	161	3	0	0	164
		% de Edad	98,2%	1,8%	,0%	,0%	100,0%
	18	Recuento	373	66	18	16	473
		% de Edad	78,9%	14,0%	3,8%	3,4%	100,0%
	19	Recuento	14	2	0	0	16
		% de Edad	87,5%	12,5%	,0%	,0%	100,0%
	20	Recuento	4	0	0	0	4
		% de Edad	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	1057	81	18	17	1173
		% de Edad	90,1%	6,9%	1,5%	1,4%	100,0%

Gráfico 2

Prevalencia de los TCA por edad



→Prevalencia de los TCA según tipo de colegio
Tabla 3: Prevalencia de los TCA según tipo de colegio

			Tipo de Colegio		TOTAL
			Fiscales	Particulares	Fiscales
EDI2b	Grupo Normal	Recuento	611	446	1057
		% de Tipo de Colegio	90,4%	89,7%	90,1%
	Grupo de Riesgo	Recuento	48	33	81
		% de Tipo de Colegio	7,1%	6,6%	6,9%
	Anorexia	Recuento	12	6	18
		% de Tipo de Colegio	1,8%	1,2%	1,5%
	Bulimia	Recuento	5	12	17
		% de Tipo de Colegio	,7%	2,4%	1,4%
Total		Recuento	676	497	1173
		% de Tipo de Colegio	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 3

Prevalencia de los TCA según tipo de colegio

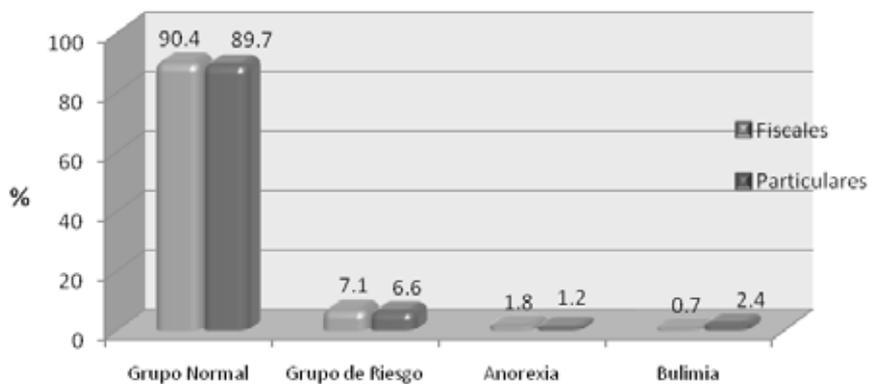


Tabla 4: Relación entre los TCA y el nivel de Ansiedad

			ANSIEDAD NIVEL				TOTAL
			Sin Ansiedad	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad en Grado Máximo	Sin Ansiedad
EDI2b	Grupo Normal	Recuento	567	421	64	5	1057
		% de EDI2b	53,6%	39,8%	6,1%	,5%	100,0%
	Grupo de Riesgo	Recuento	11	56	10	4	81
		% de EDI2b	13,6%	69,1%	12,3%	4,9%	100,0%
	Anorexia	Recuento	5	9	2	2	18
		% de EDI2b	27,8%	50,0%	11,1%	11,1%	100,0%
	Bulimia	Recuento	2	9	4	2	17
		% de EDI2b	11,8%	52,9%	23,5%	11,8%	100,0%
Total		Recuento	585	495	80	13	1173
		% de EDI2b	49,9%	42,2%	6,8%	1,1%	100,0%

Gráfico 4

Relación entre los TCA y la Ansiedad

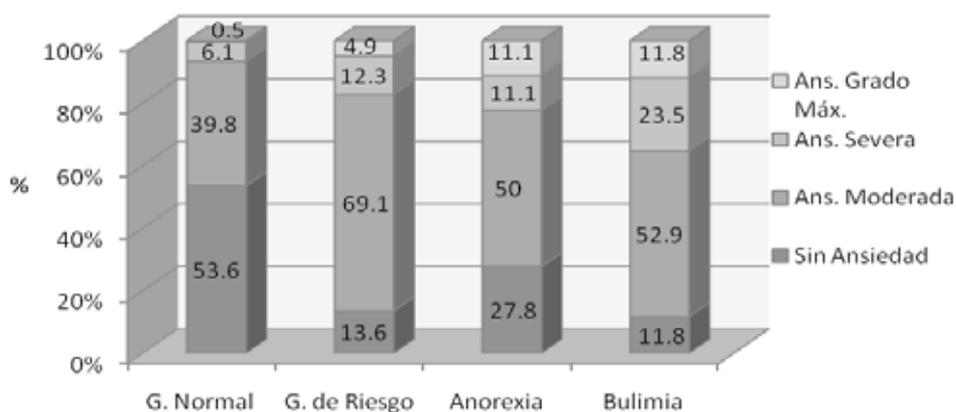
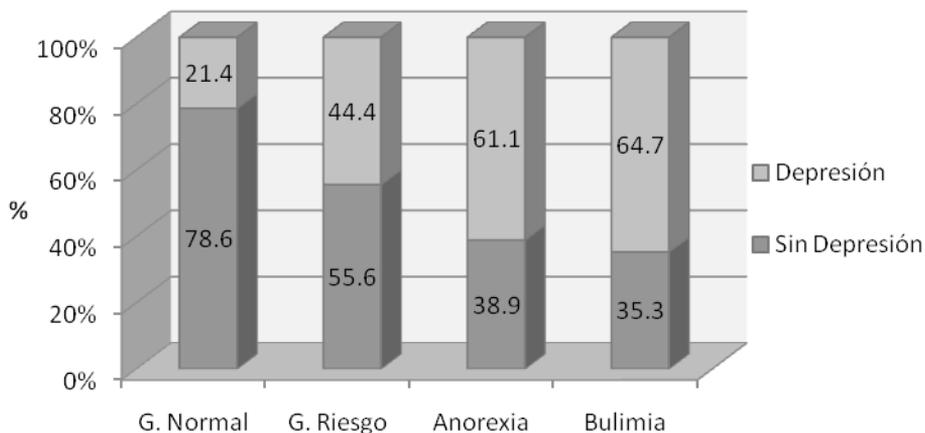


Tabla 4: Relación entre los TCA y el nivel de Depresión

			DEPRESIÓN NIVEL		TOTAL
			Sin Depresión	Depresión	Sin Depresión
EDI2b	Grupo Normal	Recuento	831	226	1057
		% de EDI2b	78,6%	21,4%	100,0%
	Grupo de Riesgo	Recuento	45	36	81
		% de EDI2b	55,6%	44,4%	100,0%
	Anorexia	Recuento	7	11	18
		% de EDI2b	38,9%	61,1%	100,0%
	Bulimia	Recuento	6	11	17
		% de EDI2b	35,3%	64,7%	100,0%
Total		Recuento	889	284	1173
		% de EDI2b	75,8%	24,2%	100,0%

Gráfico 21

Relación de entre los TCA y la Depresión



VI.CONCLUSIONES

I. Prevalencia de la Anorexia y la Bulimia

- ✓ En el estudio, se encontró que el 2,9% de los adolescentes de la Ciudad de La Paz presentan Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), es decir, 3 de cada 100 adolescentes padecen algún TCA. De los cuales, 1,5% presentan Anorexia y 1,4% Bulimia. Asimismo, se encontró que el 6,9% de ésta población se encuentra en riesgo de sufrir algún TCA.
- ✓ En comparación a otros estudios realizados en La Paz, y salvando las diferencias, en cuanto a la metodología aplicada en cada estudio, se puede evidenciar que los TCA aparentemente han disminuido de 3,8% a 2,9%.

Haciendo una comparación, la prevalencia en La Paz es relativamente mayor a Colombia (2%), sin embargo, en comparación a otros países más desarrollados, como España (8%), la prevalencia es baja. (Colombo, J.L. 2006)

- ✓ En relación al género, tal como

describe la literatura científica, los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son experimentados más por las mujeres (5,5%) que los varones (0,2%), quienes, casi no experimentan dichos trastornos, ya que, en el presente estudio, se encontró 1 sólo caso de Bulimia en adolescentes varones y ninguno de Anorexia. Se observa también que en ambos casos, tanto en varones como en mujeres, la prevalencia ha disminuido, en relación a otros estudios realizados en La Paz.

- ✓ Según el curso, se observa que los Trastornos de Conducta Alimentaria se presentan en todos niveles de secundaria (1ro a 4to). La Anorexia es más frecuente en 2do de secundaria con un 3,6%, pero la Bulimia es la más frecuente 3ro de secundaria (1,9%).

El grupo que está en más riesgo de sufrir algún TCA, corresponde a los adolescentes de 1ro (9,2%), seguido de los de 4to de secundaria (7,6%). Parece ser que los adolescentes, sienten más presión social para adelgazar a inicios de la adolescencia (13 a 14 años), y

los TCA tienden a manifestarse en plena en la adolescencia.

Encuanto a los varones, se evidencia que la población que se encuentra en más riesgo son los que cursan 4to de secundaria. Esto se debe a que los varones a principios de la adolescencia no se preocupan en demasía por su apariencia externa, lo cual va cambiando a medida que van desarrollándose, por lo que a finales de la adolescencia (17 a 18 años), tienden a cuidar más su apariencia física.

En cambio, en las mujeres, la población que se encuentra más en riesgo se presenta en 1ro de secundaria, debido a que se hallan en plena etapa de cambios en sus vidas y son vulnerables a cualquier comentario referido a la apariencia. Como consecuencia, ya se presentan casos de TCA en 2do y 3ro, y en menos cantidad en 1ro y 4to de secundaria.

- ✓ Tomando en cuenta la edad, los casos clínicos, tanto de Anorexia (3,8%) como de Bulimia (3,4%), se presentan a los 18 años, a excepción de un solo caso de Bulimia (0,5%) a los 16 años. En comparación a otros países, ésta edad de inicio (18), es tardía. (Gómez, P. 1996)

Con relación al grupo de riesgo, los adolescentes de 18 y 19 años son los que más tienden a padecer algún Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), con porcentajes de 14% y 12,5%, respectivamente. Por tanto, se concluye que el nivel de estudio, en el que se encuentra el adolescente, no es un factor de riesgo importante para padecer TCA, sino la edad. Es decir, los adolescentes de 18 años tienen más riesgo de padecer algún TCA, independientemente del curso en que se encuentren.

- ✓ Con relación a la edad de aparición de la Bulimia y Anorexia, se puede concluir lo siguiente:

En el caso de la Bulimia, si se hace una comparación con otros países (18 a 25 años), los datos obtenidos en La Paz, confirman ésta tendencia, ya que el mayor porcentaje de adolescentes que sufren éste trastorno es, precisamente, a los 18 años.

En cambio, la Anorexia se presenta con ligero retraso (18 años), en comparación a España y Colombia, donde éste trastorno se presenta a más temprana edad (14 a 16 años).

- ✓ El pertenecer a un colegio particular o fiscal no revela mayores diferencias, con relación a la prevalencia de los TCA, ello puede deberse a que los adolescentes de ambos tipos de colegio, están igualmente expuestos a los factores precipitantes o predisponentes.

Sin embargo, si el análisis se realiza solamente en adolescentes mujeres, se puede evidenciar que existe mayor prevalencia de Bulimia (4,4%) en colegios particulares que en fiscales; y por el contrario, existe mayor prevalencia de Anorexia (3,3%) en colegios fiscales que en particulares.

- ✓ Las conductas que más se manifiestan en la población en general, son el Perfeccionismo (41 X) y el Miedo a la Madurez (37.3 X). El Perfeccionismo, tanto en mujeres como varones, refleja una búsqueda de niveles personales de rendimiento excelente. En cuanto al miedo a la madurez, tanto en varones como en mujeres, ésta se orienta al pensamiento de regresión a la infancia, lo que les puede proporcionar un alivio frente a las responsabilidades de la adolescencia y la adultez y,

también, es un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica.

II. Prevalencia de la Ansiedad y la Depresión

- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que el 50% de los adolescentes evidencian algún grado de Ansiedad (42,2% padecen de una ansiedad moderada, 6,8% ansiedad severa y el 1,1% ansiedad en grado máximo). Esto puede deberse a distintos factores, tanto emocionales como biológicos. De acuerdo con el modelo de Arón Beck, existe un esquema disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Así las personas con trastornos de ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad (es decir, relacionada con amenaza o peligro).
- ✓ Según el análisis por género, se determinó que el 60% de las adolescentes mujeres, sufren diferentes niveles de ansiedad, de los cuales, los niveles de ansiedad severa y en grado máximo se aproximan al 11%. Los varones que presentan Ansiedad, son aproximadamente el 40%; los niveles de ansiedad severa y en grado máximo son del 4.7%.

Como indica Anel (2005), las mujeres sufren más ansiedad que los hombres, porque tienen un nivel más bajo de la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT), que controla este estado de ánimo. Lo cual justifica, el por qué las mujeres presentan un 20% más de ansiedad que los varones, ya que ellas tienen más probabilidades de que sientan ansiedad y tensión. Independientemente de las causas fisiológicas, muchos estudios han

revelado la mayor prevalencia de ansiedad por parte de las mujeres. Este estudio, confirma dichos hallazgos.

- ✓ En el caso de la Depresión, se evidencia que un 24% de los adolescentes presentan este trastorno. Según investigaciones realizadas en años recientes, por Fernández Turón (1999), la incidencia y frecuencia de la depresión, parece aumentar entre los jóvenes y disminuir entre las personas mayores. Esto se ha evidenciado en varios estudios, tanto en Norteamérica, como en Europa. Estos datos, están siendo corroborados, por el presente trabajo, puesto que, aproximadamente, la cuarta parte de los sujetos en estudio presentan depresión.

Realizando un análisis por género se puede evidenciar que las mujeres adolescentes (29,7%), padecen éste trastorno más que los varones (18,2%). Esto se debe a diferentes factores, sin embargo, uno de los principales factores de riesgo para la depresión es sencillamente ser mujer, ya que las mujeres son dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres.

III. Relación de la Anorexia y la Bulimia con la Ansiedad

- ✓ Los resultados obtenidos demuestran que existe una correlación positiva (0,48) entre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y la Ansiedad, es decir, a mayor Ansiedad mayor TCA o viceversa.

En la presente investigación, se encontró que el 86% del Grupo de Riesgo de los TCA presenta

Ansiedad. Estos resultados, apoyan las recientes investigaciones, que establecen que la Ansiedad es un factor de riesgo de los TCA, ya que estas personas tienden a ser más vulnerables a la crítica social, que los predisponen al sacrificio de las dietas, por complacer las exigencias sociales. Por otro lado, otra característica de la Ansiedad, son los pensamientos circulares (obsesiones), que consisten en la permanente intención y deseo de adelgazar.

- ✓ En los casos clínicos, se encontró un 72,2% de ansiedad en Anorexia y 88,2% en Bulimia. Este resultado se aproxima al estudio realizado por Bulik, quien encontró que el 90% de los pacientes con Anorexia y el 94% con Bulimia, presentaban el desorden de Ansiedad, precedido al desorden alimenticio; y, también, corrobora los datos encontrados por Gordon, R (1984), quien sostiene que los pacientes con Bulimia manifiestan mayor Ansiedad, y denotan una mayor incidencia de conductas impulsivas, mayor distorsión de la imagen corporal y conflictos familiares. Por otro lado Hall, C. (2001) menciona que puede haber una razonable preocupación de que los desordenes de ansiedad son un factor de riesgo para el desarrollo de desordenes alimenticios.

Por tanto, según los resultados encontrados, en la correlación, entre el EDI-2 y test de Ansiedad, la Bulimia parece ser un trastorno más “grave” que la Anorexia, ya que la diferencia encontrada, entre Bulimia y Anorexia, es de 16 puntos porcentuales.

- ✓ De las conductas asociadas a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), la Conciencia Introspectiva (0,43) es la que tiene un mayor grado

de correlación con la Ansiedad, seguida de la Ineficiencia (0,39), la Impulsividad (0,34) e Inseguridad Social (0,30).

IV. Relación de la Anorexia y la Bulimia con la Depresión

- ✓ Se encontró que, en la población de estudio, existe una alta correlación (0,58) entre la Depresión y los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Esta correlación es más alta (0,62), si se toma en cuenta, solamente, a la población femenina.

Estos resultados, confirman los estudios realizados por Fernández, T. (1999) encontró que el 43% de pacientes mujeres con TCA, tenían un grado de Depresión mayor. Fernández refiere que Braun (1999) halló desórdenes afectivos, en especial de depresión en el 41% de las pacientes con Anorexia restringida, en el 82% con Bulimia anoréxica y en el 78% con Bulimia y una historia pasada de Anorexia.

Como en muchos estudios, el presente trabajo confirma la comorbilidad entre la Depresión y los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Pero el punto de discusión se centra en el tipo de relación. Por un lado, se plantea que la Depresión es producto del TCA propiamente dicho o de la desnutrición (García Alba, C. 2004). Por otro, que la Depresión provoca los TCA.

En los datos obtenidos, se observa que la Depresión está presente en el grupo de riesgo (44,4%), en mayor proporción que en el grupo normal (21,4%), por lo que la Depresión es un factor de riesgo para la aparición de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Esto se explica, en el sentido de que la Depresión está ligada a la baja autoestima,

característica de los TCA.

- ✓ En el estudio, también se encontró que la Depresión se encuentra en mayor proporción en la Bulimia (64,7%), que en la Anorexia (61,1%). Estos datos revalidan lo descrito por algunos autores, quienes sostienen que los bulímicos presentan conductas depresivas y elevada ansiedad, con falta de asertividad y con una deficiente imagen corporal, en mayor grado que las anoréxicas (Halmi, 2003, Citado por Sandoval Shaik, A., 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEITUNO SOLÍS, J. (2005). La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. Córdoba, España.
- ANÓNIMO, (2005) Vinculan anorexia a química cerebral. Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS).
- Asociación Psiquiátrica Norteamericana (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV (1º edición) Barcelona, España: Masson, S.A.
- COLOMBO, J. L. (2006). “Comer todo o comer nada”. (1º edición) Buenos Aires, México: Lumen SRL.
- DAROCA O, C. S y Velasco A. C. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, Vol. 2 N° 1.
- FERNÁNDEZ, T. 1999. “Trastornos de la alimentación, Barcelona: Editorial MASSON. S.A.
- FREUDENTHAL, A. 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
- GARCIA ALBA, C. (2004). Anorexia and depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. The Spanish Journal of Psychology. España, Madrid.
- GARNER, D.M. (1998) Inventario de la Conducta Alimentaria EDI2 – Manual, Publicaciones de Psicología Aplicada TEA Ediciones, S.A. Madrid.
- GARNER, D.M. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int. J Eat Disord 1983; 2: 15 – 34.)
- GAVINO, A. (1997). “Técnicas de terapia de conducta”. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.
- GÓMEZ P. 1996. “Anorexia nerviosa, la prevención en familia”. Ediciones Pirámide Madrid.
- GORDON R. 1994. “Anorexia y Bulimia”. Editorial Ariel SA Buenos Aires Argentina.
- LA RAZÓN. La Paz, Bolivia. “Jóvenes: La obsesión por la delgadez empieza en la adolescencia”. 9 de abril 2009, pág. 34
- LA PRENSA, La Paz, Bolivia (a) 17 de Octubre de 2008, pág. 19.
- LA PRENSA, La Paz, Bolivia (b) 17 de Octubre de 2008, pág. 25
- PERPIÑA, Conxa (1998). “Trastornos alimentarios”. En Belloch, Sandín y Ramos. Manual de Psicopatología, Vol. 1 McGrawHill/ Interamericana de España, A.S., Madrid: 531-559.

-
- RIVERA DIEZ DE MEDINA, Yáscara, (2005). 33 anoréxicos en la ciudad de La Paz. La prensa, Sabatino. Editores Asociados S.A.
- SANDOVAL SHAIK, Olivia A., (2002). Trastornos de conducta alimentaria Anorexia, Bulimia y Vigorexia.
- TORO J. 1999, "Anorexia y bulimia". Editorial Jano, Madrid
- TORO. 1987, "Anorexia nerviosa", Barcelona: Editorial Martínez Roca
- TURÓ, J. 1997, complicaciones físicas de la anorexia nerviosa, Barcelona: Editorial MASSON. S.A.