

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

## **Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires.**

Rutzstein, Guillermina, Maglio, Ana Laura, Murawski, Brenda María, Leonardelli, Eduardo, Sarudiansky, Mercedes, Arana, Fernán, Armatta, Ana María, Diez, Marina, Dos Santos, Paula, Elizathe, Luciana, Lievendag, Leonora, Otalora, Julieta, Reiner, Claudia, Scappatura, María Luz y Stazone, Natalia.

Cita:

Rutzstein, Guillermina, Maglio, Ana Laura, Murawski, Brenda María, Leonardelli, Eduardo, Sarudiansky, Mercedes, Arana, Fernán, Armatta, Ana María, Diez, Marina, Dos Santos, Paula, Elizathe, Luciana, Lievendag, Leonora, Otalora, Julieta, Reiner, Claudia, Scappatura, María Luz y Stazone, Natalia (2008). *Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/159>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/Urm>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE CASOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Rutzstein, Guillermina; Maglio, Ana Laura; Murawski, Brenda María; Leonardelli, Eduardo; Sarudiansky, Mercedes; Arana, Fernán; Armatta, Ana María; Diez, Marina; Dos Santos, Paula; Elizathe, Luciana; Lievendag, Leonora; Otalora, Julieta; Reiner, Claudia; Scappatura, María Luz; Stazone, Natalia  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, UBACyT

---

## RESUMEN

Este estudio se propone identificar aquellos casos que presentan trastorno alimentario en adolescentes mujeres escolarizadas. Se realizó un estudio en dos fases con una muestra conformada por 110 estudiantes entre 13 y 18 años de edad de la Ciudad de Buenos Aires. En la primera fase, los sujetos completaron el Cuestionario de Datos con el fin de recabar información sobre la edad, la talla, el peso actual, el peso deseado y la sintomatología propia de los trastornos alimentarios. Además, los sujetos fueron evaluados con el Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2). En la segunda fase, se realizó una entrevista diagnóstica semiestructurada basada en el Eating Disorder Examination (EDE) con cada una de aquellas estudiantes identificadas como "probables casos" con el fin de confirmar o no, la presencia de trastorno alimentario. También se entrevistaron algunas estudiantes que no cumplían con los criterios para ser identificadas como "probables casos", en calidad de controles. Finalmente, se determinó que el 10% de la muestra presenta trastorno alimentario.

## Palabras clave

Trastorno alimentario Prevalencia Adolescentes

## ABSTRACT

### EATING DISORDERS: IDENTIFICATION OF CASES IN ADOLESCENT STUDENTS IN BUENOS AIRES

The aim of this research is to identify those cases that present eating disorders in a population of female students. A two-stage study was carried out in Buenos Aires city with a sample conformed by 110 students between 13 and 18 years of age. In the first stage, the subjects were screened with Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2) and completed a Questionnaire of Data in order to obtain information about the age, the height, the current and the ideal body weight, and proper symptomatology of the eating disorders. In the second stage, a semi-structured interview based on Eating Disorder Examination (EDE) was conducted with each of those students identified like "probable cases" in order to confirm or not, the presence of eating disorder. Also, some students were interviewed that did not comply with the criteria to be identifying like "probable cases", as controls. Finally, it was determined that the 10% of the sample presents eating disorders.

## Key words

Eating disorders Prevalence Adolescents

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la incidencia y la prevalencia de los trastornos de la alimentación en el mundo occidental, ha alcanzado una especial relevancia en las últimas tres décadas. Pareciera ser que los trastornos de la alimentación se presentan cada vez en edades más tempranas y se mantienen hasta edades más avanzadas. Actualmente, estas patologías configuran un serio motivo de preocupación.

Según la *Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders*, la prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres es del 0.3 al 3.7 y de la bulimia nerviosa es del 1 al 4.2% en EEUU. Algunos estudios sugieren que la prevalencia de bulimia nerviosa ha disminuido levemente en los últimos años, mientras que la anorexia nerviosa ha aumentado, aunque también, levemente (APA, 2006).

Las estimaciones de la prevalencia o incidencia de los trastornos alimentarios varían dependiendo de la muestra elegida (franja etaria, inclusión o no de varones) y los instrumentos utilizados para la preselección o identificación de casos. En los últimos años, se han llevado a cabo considerables avances en cuanto al diseño de los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria. Los estudios más recientes se han refinado metodológicamente al agregar la entrevista clínica diagnóstica una vez detectados los casos con riesgo por medio de cuestionarios autoadministrables, se trata de los llamados estudios de doble fase. En una primera época, se publicaron numerosos estudios epidemiológicos basados solamente en cuestionarios autoadministrables. Si bien tenían la ventaja de ser económicos, rápidos y además se llevaban a cabo en formato grupal, actualmente existe un acuerdo en la literatura científica sobre la importancia de la entrevista diagnóstica individual "cara a cara" con el sujeto para poder determinar el diagnóstico de trastorno alimentario (Peláez Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell, 2005; Peláez Fernández, 2003).

Por ejemplo, dos estudios que siguieron la metodología de la identificación de caso en dos fases realizados en España, llegaron a los siguientes resultados. Un estudio se realizó con adolescentes entre 12 y 18 años encontró que el 5.17% de mujeres presentaba algún tipo de trastorno de la alimentación (Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, Sanjuan, Vila, 2003). Otro estudio, realizado con adolescentes escolarizados entre 13 y 15 años, identificó que el 6.4% de las mujeres presentaba algún trastorno de la alimentación (Beato Fernández, Rodríguez Cano, Belmonte Llarío y Martínez Delgado, 2004).

En un estudio realizado en Chile con adolescentes escolarizados entre 11 y 19 años, se encontró que el 8.3% de la muestra presenta riesgo de trastorno alimentario pero en este caso, señalan como limitación del estudio, no haber realizado entrevista clínica con aquellas que presentaban riesgo con el fin de determinar la presencia de trastorno alimentario (Correa V., Zubarew G., Silva M. y Romero S, 2006)

En Argentina, una investigación realizada en el período 1995/1997, señala que la prevalencia de los trastornos de la alimentación alcanzó un porcentaje de 13% (Quiroga, Zonis y Zukerfeld, 1998). Otro estudio, que fue realizado con cuestionarios autoadministrables, en estudiantes mujeres de entre 13 y 23 años que asistían a escuelas estatales del Distrito de Avellaneda (Pcia. de Buenos Aires), señala que la prevalencia de los trastornos de la alimentación alcanzó un porcentaje de 18.8% (Quiroga y Vega, 2003). Un estudio más reciente, realizado con una muestra de 1971 adolescentes (1231 mujeres y 740 varones) entre 10 y 19 años, señala que el 6.95% de los adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra presenta algún trastorno alimentario (Bay, Rausch Herscovici, Kovalsky, Berner, Orellana y Bergesio, 2005). Este último estudio incluye además de los cuestionarios autoadministrables, un cuestionario completado en una entrevista diagnóstica por el pediatra.

No cabe duda la importancia de llevar a cabo en nuestro país, estudios para estimar el alcance de estas patologías, con el fin de implementar políticas de intervención adecuadas. La detección de casos en población no clínica es de suma importancia, dado que la intervención precoz por medio de un equipo inter-

disciplinario y especializado en estas patologías resulta indispensable (Rutzstein, 1996, 2005).

El objetivo central de este trabajo ha sido identificar aquellos casos que presentan trastorno alimentario en población no clínica escolarizada de la Ciudad de Buenos Aires.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de dos fases que se realizó con una muestra intencional conformada por 110 mujeres escolarizadas entre 13 y 18 años ( $X = 15.57$ ,  $DE = 1.38$ ), que voluntariamente aceptaron participar de este estudio. Las participantes provenían de dos escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires, una pública y otra privada.

### Instrumentos

• *Cuestionario de datos*: Este cuestionario se utilizó con el fin de recabar información acerca de la edad, la talla, el peso actual, el peso deseado y la preocupación por el peso. También se preguntó acerca de los hábitos alimentarios, la preocupación por el aspecto físico, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales y la presencia de algunas conductas compensatorias con el fin de bajar o mantener el peso (actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar). Por último, se calculó el índice de masa corporal, se trata de un indicador que permite relacionar el peso con la altura de la persona con el fin de evaluar si la persona presenta un peso saludable.

• *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991). Se trata de un inventario autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados con los trastornos alimentarios agrupados en 11 subescalas. Consta de 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca. Tres subescalas evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal, ellas son: "Búsqueda de Delgadez", "Bulimia" e "Insatisfacción con la Imagen Corporal". Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, que son clínicamente relevantes. El EDI-2 se ha utilizado como instrumento de cribado para detectar población de riesgo.

• *Entrevista diagnóstica semiestructurada*. Se trata de una entrevista individual basada en el *Eating Disorder Examination* (Fairburn & Cooper, 1993) con preguntas abiertas y cerradas que contempla los criterios de los sistemas operativos de diagnóstico vigentes.

### Procedimiento

Se informó a las participantes y a sus padres, como así también a las autoridades escolares, el objetivo del estudio y se solicitó la autorización correspondiente para llevarlo a cabo. Tal como lo indican los principios éticos vigentes, se les aseguró a cada uno de los sujetos el carácter confidencial de la información brindada y se les informó que la participación en esta investigación era voluntaria.

En la primera fase, todos los participantes del estudio completaron el Cuestionario de Datos y el Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991). Los cuestionarios autoadministrables fueron completados en grupo, previa introducción y lectura del instructivo. Se consideró el puntaje obtenido en cada una de las subescalas "Búsqueda de Delgadez", "Bulimia" e "Insatisfacción con la Imagen Corporal" con el fin de detectar los "probables casos". Estas subescalas evalúan las actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal, considerados fundamentales para la evaluación de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

En la segunda fase, aquellos sujetos que presentaban un puntaje igual o superior al punto de corte establecido propuesto por Garner (1991) en alguna de las tres primeras subescalas del *Eating Disorder Inventory-2*: "Búsqueda de Delgadez" ( $\geq 14$ ), "Bulimia" ( $\geq 7$ ) o "Insatisfacción con la Imagen Corporal" ( $\geq 16$ ) fueron preseleccionados como "probables casos". En esta segunda fase y con el fin de establecer diagnóstico, profesionales entrenados llevaron a cabo entrevistas clínicas "cara a cara" con los "probables casos". Además, un número equivalente de parti-

cipantes controles que no superaron el punto de corte, pero con las mismas características en cuanto a edad, año, división, peso y altura que los “probables casos”, también fueron entrevistados con el fin de reducir los sesgos asociados al instrumento de barrido. Finalmente, las entrevistas fueron analizadas por un grupo de profesionales con el fin de confirmar o refutar la presencia de trastorno de la alimentación.

## RESULTADOS

### • *Índice de Masa Corporal, preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal*

El índice de masa corporal (IMC) medio en estas jóvenes fue de 20.96 (DE: 2.87) presentando un peso medio declarado de 55.31 kg (DE: 9.60) para una altura media declarada de 1.62 m (DE: 0.07). Las jóvenes deseaban pesar significativamente menos que lo que declararon pesar, ya que el peso ideal promedio fue 51.79 kg (DE: 6.67).

Sólo el 5.7% de las estudiantes presentó un Índice de Masa Corporal mayor o igual a 25 (IMC que la OMS considera como criterio para el diagnóstico de sobrepeso). Sin embargo, el 26.7% de las estudiantes se consideraron gordas o con exceso de peso.

Además, el 12.6% de las estudiantes presentó un IMC inferior o igual a 17.5, lo cual indica un bajo peso en relación a la propia altura y constituye uno de los criterios, entre otros, para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Sin embargo, el 55.6% de las que presentaron este bajo IMC, consideró que tenía un peso adecuado.

El 29.1% de las jóvenes realizó dietas para bajar de peso en los últimos 12 meses. Además, el 10.9% bajó 5kg o más en el último año por haber realizado dietas para adelgazar.

### • *Conductas compensatorias inadecuadas*

El 19.1% de las estudiantes realizaba actividad física con la intención de bajar o mantener el peso (2 a 6 veces por semana), el 7.3% se provocaba vómitos, el 3.6% consumía pastillas para adelgazar, el 1.8% consumía laxantes y el 0.9% diuréticos. Todas ellas manifestaron realizar todas estas conductas con la intención de bajar o mantener el peso.

### • *Amenorrea*

Se consideró amenorrea a la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos o cuando la menstruación aparece únicamente tras el consumo de píldoras anticonceptivas u hormonas, con el fin de regularizar el ciclo menstrual. El 6.5% de las estudiantes presentaba amenorrea.

### • *“Probables casos”*

En la primera fase del estudio, se identificaron 14 estudiantes (13% del total de la muestra) como “probables casos” de trastorno alimentario. Dos de las 14 estudiantes presentaban riesgo en las tres subescalas del EDI-2 y cuatro de las 14 jóvenes presentaban riesgo en dos subescalas. Las 8 restantes presentaban riesgo sólo en una subescala del EDI-2.

Durante la segunda fase del estudio, las 14 estudiantes identificadas como “probables casos” de presentar trastorno alimentario fueron convocadas a una entrevista clínica individual “cara a cara” con el fin de confirmar o no la presencia de trastorno alimentario. Además, se incluyeron cuatro jóvenes (4% del total de la muestra) que presentaban conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, aunque no alcanzaron el punto de corte establecido en las subescalas del EDI-2. De estas cuatro estudiantes, dos se provocaban vómitos, una consumía laxantes y la otra diuréticos.

En total, en la segunda fase, se entrevistaron en forma individual 18 estudiantes con riesgo de presentar un trastorno alimentario (“probables casos”) y además 22 estudiantes que no cumplían con los criterios previamente explicitados para ser identificadas como “probables casos”, en calidad de controles.

De las 14 estudiantes identificadas como “probables casos” según los puntajes obtenidos en alguna de las tres primeras subescalas del EDI-2, se confirmaron 9 jóvenes con diagnóstico de trastorno alimentario (8% de la muestra total); los restantes cinco “probables casos” no fueron confirmados en la segunda fase.

Además, se confirmaron otros dos casos con diagnóstico de

trastorno alimentario (2% de la muestra total) de las cuatro estudiantes que manifestaron presentar alguna conducta purgativa. Se trata de las dos estudiantes que refirieron provocarse vómitos con el fin de no bajar o mantener el peso. Los restantes dos “probables casos” no fueron confirmados como tales, en esta segunda fase. Por otra parte, ninguna de las 22 estudiantes entrevistadas en esta segunda fase como controles, presentó trastorno alimentario.

Finalmente, después de la segunda fase, se llegó a la conclusión que son 11 las estudiantes que presentaban trastorno alimentario (10% de la muestra total).

## DISCUSIÓN

En la primera fase de este estudio se identificaron 18 estudiantes con riesgo de trastorno alimentario (“probables casos”) (17% del total de la muestra) y en la segunda fase se redujeron a 11 los casos identificados con diagnóstico de trastorno alimentario (10% de la muestra total). Los resultados que aquí se presentan muestran un porcentaje de trastornos alimentarios superior a los hallados en poblaciones de adolescentes de otros países (Beato Fernández et al., 2004; Rojo et al., 2003; Szumska et al., 2005) aunque son similares a los hallados en estudios previos en nuestro país realizados con cuestionarios autoadministrables, si solamente tenemos en cuenta la primera fase de este estudio (Quiroga y Vega, 2003).

Si bien en otros estudios, realizados con otros instrumentos de cribado, se detectaron trastornos alimentarios en el 2.6% de los controles (Beato Fernández et al., 2004), en el presente estudio no se hallaron “falsos negativos”.

En este estudio, solamente 5 de los 14 estudiantes identificados como “probables casos” por medio del instrumento de cribado (EDI-2) no fueron confirmados, siendo este porcentaje inferior al referido en otros estudios (Beato Fernández et al., 2004; Rojo et al., 2003), en los que más del 50% ha sido identificado como “falso positivo” en las entrevistas individuales. De los 5 “probables casos” no confirmados en el presente estudio, 4 de ellos habían sido considerados como “probables casos” por poseer un puntaje igual o superior al puntaje de corte establecido para la subescala de “Insatisfacción con la Imagen Corporal”. Estas estudiantes no poseían conductas purgativas con el propósito de bajar o mantener el peso, ni tampoco igualaban o superaban el punto de corte establecido para las otras 2 subescalas del EDI-2.

Esta situación nos permite suponer que la subescala “Insatisfacción con la Imagen Corporal” por sí sola no discriminaría adecuadamente los “probables casos”. En cambio, las jóvenes que fueron consideradas como “probables casos” teniendo en cuenta la subescala “Insatisfacción con la Imagen Corporal” y, además, las conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, fueron confirmadas como casos que presentan trastorno alimentario.

Además, se considera importante tomar en cuenta también la presencia de conductas purgativas para identificar los “probables casos”, fundamentalmente la provocación de vómitos y no sólo los puntos de corte establecidos para las primeras subescalas del EDI-2. En el presente estudio, 2 de los 4 sujetos convocados sólo por presentar alguna conducta purgativa, fueron confirmados. Estas 2 estudiantes se provocaban vómitos con el fin de no aumentar de peso.

Un puntaje igual o superior al punto de corte establecido en este estudio para las subescalas “Búsqueda de Delgadez”, “Bulimia” e “Insatisfacción con la Imagen Corporal” del EDI-2, junto con la presencia de conductas purgativas podrían ser criterios confiables para la identificación de casos con riesgo (“probables casos”) de trastornos alimentarios en nuestra población. Pero se hace necesario realizar entrevistas diagnósticas clínicas “cara a cara” para finalmente detectar la presencia de trastorno alimentario.

Por último, algunas limitaciones de esta investigación deben tenerse en cuenta. Este estudio se realizó con una muestra pequeña, lo cual no hace posible su generalización y además la población estudiada no incluyó aquellos sujetos que no están insertos en el sistema escolar.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2006). Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third Edition.
- BAY, L.; C. RAUSCH HERSCOVICI, I. KOVALSKYS, E. BERNER, L. ORELLANA y A. BERGESIO (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Archivos Argentinos de Pediatría.; 103 (4) /305-316.
- BEATO FERNÁNDEZ L., T. RODRÍGUEZ CANO, A. BELMONTE LLARIO 4C. MARTÍNEZ DELGADO (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. European Child & Adolescence Psychiatry, 13:287-294.
- CORREA V, M. L.; T. ZUBAREW G., P. SILVA M. y M. I. ROMERO S. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Revista Chilena de Pediatría. V 77 (2); 153-160. ISSN 0370-4106.
- FAIRBURN, CG. & Z. COOPER (1993). The Eating Disorder Examination. En CG. Fairburn & GT. Wilson (Eds.), Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press.
- GARNER, D.M. (1991). Eating Disorders Inventory 2. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources.
- PELÁEZ FERNÁNDEZ, M.A; LABRADOR ENCINAS, F.J.; y RAICH ESCURSELL, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol 5, N°2, pp 135-148.
- PELÁEZ FERNÁNDEZ, M.A (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. ISBN 84-669-2381-0.
- QUIROGA, S y V. VEGA (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. En Memorias de las X Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires "Salud, Educación, Justicia y Trabajo", Ciudad de Buenos Aires - República Argentina. ISSN 1667-6750, Tomo I, pp 113-115.
- QUIROGA, S., R. ZONIS Y R. ZUKERFELD (1998) Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes en la Universidad de Buenos Aires. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA. Año3 -N°2.
- ROJO, L.; L. LIVIANOS, L. CONESA, A. GARCIA, A. DOMÍNGUEZ, G. RODRIGO, L. SANJUÁN, M. VILA, (2003). Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. International Journal of Eating Disorders, 34: 281-291.
- RUTSZTEIN, GUILLERMINA; A. L. MAGLIO; A. M. ARMATTA; E. LEONARDELLI; P. LÓPEZ; M. E. MAROLA; C. MOISEEFF; B. MURAWSKI; G. REDONDO y V. SCHMIDT (2006). Adaptación lingüística y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un estudio piloto. En Memorias de las XIII Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Paradigmas, Métodos y Técnicas", Ciudad de Buenos Aires - República Argentina. ISSN 1667-6750, Tomo III, pp 75-77.
- RUTSZTEIN, G. (2005). "Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación". Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- RUTSZTEIN, G. (1996) "Anorexia nerviosa: modalidades de tratamiento". En Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, vol. 4, pp. 365-377. ISBN 950 29 0332 3.