

**TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN MUJERES ESTUDIANTES DEL
CUCEA DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
(PERFIL Y ALGUNOS FACTORES PREDISPONENTES)**

SARA ROBLES RODRÍGUEZ Y ADA ARANZAZÚ HERNÁNDEZ CUEVAS
Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara

Palabras clave: anorexia, bulimia, trastornos alimentarios, perfil de riesgo, población femenina.

Justificación

Entre el 90 y 95% de los pacientes que presentan este tipo de trastornos son mujeres, la mayor incidencia se presenta durante la adolescencia (46%) y al comienzo de la juventud (52%).

Estos datos aunados a la posibilidad de que el ambiente universitario propicie situaciones estresantes que alteren el comportamiento psicológico y somático de los estudiantes, lleva a pensar que la población femenina universitaria, se encuentra en el grupo de alto riesgo.

Un estudio señala que dos de cada 10 universitarios podrían tener alto riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria; el 1% de las mujeres participantes reconoció estar en tratamiento de anorexia o bulimia.

Existen investigaciones que estiman el índice de mortalidad en 12% mayor en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que en la población en general, de esas muertes 27% son suicidios.

Objetivo general

Obtener un perfil de las actitudes, conductas y rasgos psicológicos relacionados con los trastornos de la alimentación, en la población femenina del CUCEA en la UDG.

Objetivo específico

Resaltar la importancia de implantar en el CUCEA en particular y en la Universidad de Guadalajara en general, programas de información, prevención y atención dirigidos a atender los trastornos de la alimentación en la población estudiantil.

Metodología

Tipo de estudio: Descriptivo

Tamaño de la muestra: 620 estudiantes.

Universo: 8070 mujeres de CUCEA

Muestra: 620 estudiantes.

Margen de Certeza: 99%

Error 1%

Distribución de la muestra:

A través de un muestreo probabilístico por conglomerados

(Forma proporcional).

CARRERA	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Administración	98
Administración financiera	25
Contaduría	159
Economía	23
Mercadotecnia	90
Negocios Internacionales	87
Recursos humanos	40
Sistemas de Información	20
Turismo	78
TOTAL	620

Criterios de inclusión: sexo femenino; estudiantes de las licenciaturas del CUCEA; voluntad de participar.

Criterios de exclusión: estudiantes de las carreras de Técnico Superior del CUCEA, licenciatura a distancia; no desear participar y hombres.

Se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2)*, consta de 91 preguntas con seis opciones de respuesta, evalúa 11 escalas: actitudes, conductas y rasgos psicológicos relacionados con los trastornos:

- Obsesión por la delgadez (DT)
- Bulimia (B)
- Insatisfacción corporal (BD)
- Ineficacia (I)
- Perfeccionismo (P)
- Desconfianza interpersonal (ID)
- Conciencia introceptiva (IA)
- Miedo a la madurez (MF)
- Ascetismo (A)
- Impulsividad (IR)
- Inseguridad social (SI).

Análisis estadístico

Se utilizaron la media, desviación estándar y porcentajes y los baremos de la prueba que comprenden centil cincuenta.

* *INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EDI 2* (David M. Garner. Madrid 1998. TEA ediciones, S.A.)

Variables demográficas

Promedios

Edad 20.5 años \pm 1.7

Peso 58 kilos \pm 8.7

Talla 1.62 mts \pm 5.8

Número de Hermanos 3 \pm 1.95

Índice de Masa Corporal 21.8 \pm 2.9 (normal)

Resultados

- **Obsesión por la delgadez (DT)**

36% (216) sale de este rango (normal) sin llegar al de mujeres caso clínico, es decir, pueden estar preocupadas por el peso y las dietas, lo que podría convertirlas en población vulnerable o con tendencia a presentar esta característica esencial en los trastornos de la conducta alimentaria.

Un 15.5% (96) rebasa el rango de mujeres caso clínico, es decir podrían presentar temor mórbido a la obesidad, lo que se considera como el núcleo patológico tanto de la AN como de la BN.

- **Bulimia (B)**

50.5% (413) rebasa el rango de mujeres caso clínico, es decir, existe tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables, característica distintiva de la BN.

- **Insatisfacción corporal (BD)**

3.7% (23) rebasa el rango de mujeres caso clínico, lo que puede asumirse como la existencia de una perturbación de la imagen corporal característica de estos pacientes.

- **Ineficacia (I)**

36.8% (228) rebasa el rango de los casos clínicos, presentan pobre autoestima, autoevaluación negativa, incluidos sentimientos de vacío y soledad, conforman un sentimiento abrumador de ineficacia y perturbación subyacente en los trastornos de la alimentación.

- **Perfeccionismo (P)**

50.5% (313) piensa que sus resultados deberían ser mejores, luchan por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas ya que creen que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelente, característica de los pacientes con trastornos alimentarios.

- **Desconfianza interpersonal (ID)**

33.4% (207) tiene necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia, rango psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastorno alimenticio.

- **Conciencia Introceptiva (IA)**

50.5% (313) presenta confusión y profunda desconfianza de sus estados internos: sentimientos y emociones así como del funcionamiento de su cuerpo (“paranoia intrapsíquica”) factor importante en el desarrollo de la AN y BN.

- **Miedo a la Madurez (MF)**

51% (316) teme a la experiencias psicológica o biológica relacionadas con el peso de la adultez.

- **Ascetismo (A)**

50.5% (313) tiende a considerar que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia.

- **Impulsividad (IR)**

El 50.5% (313) muestra incapacidad para regular adecuadamente los propios impulsos, como la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales, lo que es visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria.

- **Inseguridad Social (SI)**

El 100 % (619) cree que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad, mostraron falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, característica que se observa con frecuencia en los pacientes con trastorno alimenticio.

Conclusiones

1. Destacan tres escalas consideradas como factores de alto riesgo en los trastornos de la alimentación: Bulimia Ineficacia e Inseguridad social.
2. La mitad de la población tiende a darse comilonas o atracones de comida incontrolables o al menos a pensar en ello, característica distintiva de la BN.
3. Todas las estudiantes experimentan sentimientos de incapacidad general, vacío, inseguridad, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida: “un sentimiento abrumador de ineficacia”, perturbación subyacente en los trastornos de la alimentación.
4. La totalidad de la población estudiada piensa que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad, característica que se observa con frecuencia en los pacientes con trastornos alimenticios.
5. Todas las escalas del perfil de actitudes, conductas y rasgos psicológicos relacionados con los trastornos de la alimentación presentan centiles altos (arriba del centil 50).

6. Los resultados obtenidos en el estudio, aunado a las constantes epidemiológicas que asocian a los trastornos de la alimentación con el sexo femenino, con la adolescencia y comienzo de la juventud, permite deducir que ésta es una población en riesgo de desarrollar o padecer trastornos de la conducta alimentaria.

DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos y otras investigaciones sitúan la edad promedio de aparición de trastornos de la conducta alimentaria entre los 11 y 25 años, (aunque los cuadros más frecuentes se presentan alrededor de los 16) adolescencia y juventud temprana, de tal forma que la población universitaria es altamente vulnerable (1, 2, 3, 4, 5, 6).

En los resultados de este trabajo no se observan diferencias significativas en cuanto al peso, talla e índice de masa corporal, tal como reporta un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (7).

Al comparar nuestros promedios de edad, talla, peso e índice de masa corporal, se encontraron semejanzas con los de otra investigación realizada en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (8).

En cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación del EDI2 cuya utilidad ha sido probada en la población femenina mexicana (9), el centil más alto se obtuvo en la escala de Bulimia (9, 7) que evalúa la tendencia a tener pensamiento o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa. El resultado obtenido en esta investigación hace pensar que la bulimia es más común entre estas estudiantes que la anorexia, lo que coincidiría con los autores que afirman que no hay indicios que muestren un incremento en la incidencia de la anorexia, en cambio aumenta la bulimia (10).

Cabe recordar que clínicamente se acepta que ambos síndromes forman parte de un ciclo bifásico, en el que se alternan períodos de adelgazamiento: fases anoréxicas con períodos de engordamiento: fases bulímicas (11).

Al puntaje obtenido en la escala de bulimia le sigue el de la ineficacia (9, 5), ésta mide sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. El puntaje alto en esta escala, revela déficit significativo de autoestima; así el sentimiento abrumador de ineficacia y el déficit de autoestima están presentes en la mayor parte de las explicaciones clínicas de los trastornos de la alimentación, como lo reporta entre otros Lugli-Rivero “se encontró que las personas con trastornos alimentarios presentan menor sentimiento de eficacia personal” (12).

No parece casual que el siguiente centil más alto sea el que mide la Inseguridad Social, ya que existen estudios que aseguran que un desproporcionado nivel de autoexigencia, la consiguiente baja valoración y la visión tremendista de la vida, lleva a la necesidad de sentirse aceptado y querido por los demás, aunque para protegerse de una posible desilusión los sujetos se aíslan creyendo que así se protegen de la exclusión social. Las personas que presentan estos síndromes muestran habilidades deficitarias para entablar relaciones sociales con los demás. (13).

Se ha observado que uno de los principales factores de estrés que presentan las personas con trastornos de la alimentación son las dificultades en las relaciones con sus amigos y padres y en general con las relaciones sociales. (14).

Otro elemento importante se refiere a la preocupación por la imagen corporal, la que se relaciona con la escala del EDI2 denominada Insatisfacción Corporal, mide la insatisfacción con la forma general del cuerpo o la excesiva preocupación por el mismo.

Al analizar ciertos aspectos específicos en este sentido, se encuentra que el promedio mayor de personas indican que no les gusta que las admiren por su aspecto personal y que no

les gusta mirarse en el espejo, de tal forma se puede deducir que no están satisfechas con su imagen corporal, lo que interviene para que se presenten prácticamente todos los rasgos psicológicos y conductas relacionadas con los trastornos de la alimentación. Lo anterior no resulta extraño, pues estudiosos del tema coinciden en que las pacientes anoréxico-bulímicas tienen preocupación excesiva por la imagen corporal (15, 16). Es común que las niñas tengan una percepción positiva de sí mismas y de su imagen hasta los doce años aproximadamente, (aunque al parecer cada vez se acorta más el período) después suelen sufrir una disminución - en ocasiones grande- en la autoconfianza y la aceptación de su aspecto. Estos dos elementos forman parte de la autoestima, la población en riesgo suele presentar un perfil de baja autoestima, sobre todo en lo que respecta a su imagen física (17, 18, 19).

Tanto la percepción negativa de la imagen corporal como la baja autoestima, suelen convertirse en fuentes de ansiedad que pudieran favorecer la tendencia a la depresión, otro elemento que se relacionó por estar comúnmente asociado con los trastornos de la alimentación (20). Esta característica fue evaluada con la tendencia a autocastigarse por los errores cometidos es decir, someterse a un alto nivel de exigencia.

Ambas preguntas fueron respondidas mayormente de forma positiva, lo que está relacionado con un yo débil que no posee la fortaleza suficiente para tolerar el dolor de la depresión recurriendo fácilmente a mecanismos maniacos (21). Este mismo autor en el estudio de un caso clínico y psicopatológico de un caso de bulimia, relaciona los trastornos de la conducta alimentaria con la adicción a las drogas, afirmando que “los adictos son sujetos que sufren una gran intolerancia a la frustración, frente a la que reaccionan con ansiedad, culpa y tristeza, actitudes que pueden ser controladas mediante el uso de drogas, que elevarían a autoestima a los límites deseados” (21).

En este trabajo, la escala que evalúa la impulsividad, es decir, la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de las drogas, se obtuvo un centil de 83, lo que indica que

las participantes poseen poca capacidad de regular adecuadamente los propios impulsos, lo que se observa como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria.

Hay reportes que concluyen que las mujeres con trastornos alimenticios se caracterizan por un menor control de sus actos (control objetivo) y también por una menor confianza en sus propias habilidades (control subjetivo) (22).

Referencias bibliográficas

- 1.- Thompson. “abusos e injusticias pueden provocar en la víctima bulimia y anorexia”
<http://www2.uaem.mx/decu/gaceta/gaceta74/bulimia.html> (01-08-03)
2. Matey, P. “trastornos de la alimentación nueva epidemia de los adolescentes”
<http://www.el-mundo.es/salud/1997/262/01590.html> (06-07-04)
3. Online Psychological Services. “Bulimia Nerviosa”
http://216.239.39.104/traslate_c?hl=es&u=http://www.psychologynet.org/bulimia.html... (02-08-03)
4. Psiquiatría.com Wijbrand, H; Van Hoeken, D. “revisión del predominio y la incidencia de los trastornos alimentarios” <http://www.psiquiatría.com/articulos/tralimentación/general/14674/> (29-11-03)
5. “prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación” <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html> (12-05-04)
6. C. Rodríguez, et al “Salud Mental” Salud Global
7. García-García, E. “Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory, en mujeres mexicanas” http://w.../scielo.php?script=sci_arttext&pid=soo36-36342003000300010&lng=es&nrm=is (12-01-04)
8. Equidad y calidad en salud “Anorexia Nerviosa y Bulimia en estudiantes universitarios (UASLP) 2002.
<http://www.insp.mx/congreso/modules.php?name=News&file=article&sid=262> (12-05-04)

9. García-García, E. “Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory, en mujeres mexicanas” http://w.../scielo.php?script=sci_artext&pid=soo36-36342003000300010&Ing=es&nrm=is (12-01-04)

10. “Bulimia y anorexia. A la mesa. Córdoba, Argentina.
http://www.trainermed.com/z7a_la_mesa-htm

06/07/07

11. Jarne, A; Talarn, A. (comp.) “Manual de psicopatología clínica” Barcelona, España. Fundación Vidal y Barraquer Paidós 2000. p.142

12. Zoraide Lugli-Rivero, Eleonora Vivas (2001) “Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. Cuernavaca, Morelos, México.

13. VALDEZ DIAZ, M. Gonzalomorande.eresmas.net/inves-2.htm 12/05/04

14. Estar bien www.abc.es/canalmujer/Estar_bien/index.asp?id=1554

07/07/04

15. Cristina M. de Bagatini, et al., (1998) Montevideo, Uruguay.

16. LAMEIRAS FERNÁNDEZ, M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios.

<http://aepc.es/ripcs-ijchp/articulos.php?coid=Español&id=58> 18/06/03

17. Lantigua, Isabel F. Estudio español

www.el-mundo.es/elmundosalud/2004/03/01/dieta/1078166636.html

12/05/04

18. X congreso de investigación en salud pública-Anorexia nerviosa y bulimia.

www.insp.mx/xcongreso/modules.php?name=news&file=article&sid=262 12/05/04

19. VALDEZ DIAZ, M. Gonzalomorande.eresmas.net/inves-2.htm

12/05/04

20. Galicia Hoxe

www.galicia-hoxe.com/periodico/20040225/Campus/N26309.asp

12/05/04

21 DIEZ PATRICO, “Estudio clínico y psicopatológico de un caso de bulimia” Primera parte
p.p. 405

22. Zoraida, Lugli-Rivero; Eleonora, Vivas (2001) “Trastornos de alimentación y control
personal de la conducta. Cuernavaca, Morelos, México.