

RIESGOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DEL ÚLTIMO AÑO DE LA ENSEÑANZA MEDIA EN INSTITUTOS ADVENTISTAS DE ARGENTINA

RISKS IN EATING BEHAVIOUR DISORDERS OF TEENAGERS IN THE LAST SCHOOL YEAR AT ARGENTINE ADVENTISTS ACADEMIES

Natalia Yasbel Silva Toro¹, Milton Mesa, Daniela Escudero

¹ Universidad Adventista del Plata. Carrera de Nutrición.

Correspondencia: Natalia Yasbel Silva Toro

E-mail: natalia.yasbel.silva@gmail.com

Presentado: 04/09/14

Aceptado: 17/09/14

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado) afectan principalmente a adolescentes. Es en este período donde se corren mayores riesgos de desarrollar estos tipos de trastornos que afectan sin importar la edad, sexo, creencia religiosa o nivel socio-económico.

Objetivos: determinar cuáles son los riesgos de trastornos en conductas alimentarias en una población mixta del último año del secundario de institutos adventistas en Argentina.

Pacientes y métodos: estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó a 432 alumnos del último año del secundario, 218 mujeres y 214 varones entre 15 y 20 años, pertenecientes a 18 institutos adventistas de Argentina. Se les aplicó el test EAT-26, y se les preguntó peso y talla para obtener el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: el 13,7% de la muestra total presentó riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, siendo el 11,34% en mujeres y el 2,31% en hombres.

Conclusiones: se determinó que una proporción significativamente mayor de adolescentes mujeres presentó riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. No se encontró relación entre la creencia religiosa y su práctica con el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario. Las mayores preocupaciones que manifestaron los adolescentes fueron: querer estar más delgados, angustia por estar más gordos, pensamiento en las calorías que queman cuando realizan deporte y disgusto por probar nuevos y sabrosos platos.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, institutos secundarios adventistas, Argentina.

ABSTRACT

Eating behavior disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified) mainly affect teenagers. It is in this period of life where greater risk of developing these types of disorders exists, affecting young people regardless of age, sex, creed or socio-economic level.

Objectives: to identify risks in eating behavior disorders in a mixed population of senior students of Seventh-day Adventist schools in Argentina.

Patients and methods: descriptive, cross-sectional and retrospective study. A sample population of 432 Academy senior students were tested, 218 women and 214 men between 15 and 20 years old, from 18 Seventh-day Adventist schools in Argentina. The EAT-26 test was applied, and they were asked about weight and height to obtain body mass index (BMI).

Results: 13,7% of the total sample (11,34% women and 2,31% men) is at risk for some type of eating behavior disorders.

Conclusions: it was determined that a significantly higher proportion of female teenagers presented some risk of eating behavior disorders. No relationship between religious belief and practice with the risk of developing some sort of eating disorder was found. Main concerns presented by these adolescents were wish to be thinner, anguish related to being fat, concern about the calories you burn when you do sports, and disgust to try new and tasty dishes.

Key words: eating behavior disorders, teenagers, Adventist high schools, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de los llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está en aumento a nivel mundial. En Argentina, el 3 de agosto de 2008, se aprobó la Ley N° 26.396 en la cual se evidencia la preocupación del Estado por estos trastornos. Es en este contexto que tanto la prevención y el control de los TCA se convierten en un problema de salud pública de interés nacional para incentivar la creación de un programa nacional, campañas informativas, seminarios, talleres, incorporación de educación alimentaria nutricional en el sistema educativo en todos los niveles y la promoción de la actividad física, entre otros¹.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por presentar disturbios en el comer, distorsión de la imagen corporal, disminución de la autoestima y un característico deterioro psicofísico^{2,3}.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) distingue dos trastornos específicos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, incluyendo una categoría llamada trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) para los trastornos que no cumplen con algunos criterios de los trastornos específicos³. En el año 2013 se presentó la última versión del DSM (versión V), donde se incorporó el trastorno por atracón que no entraba en la categoría de trastorno²².

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a los adolescentes^{2,4,17}. Los cambios físicos y psíquicos son más notorios, siendo la inmadurez, el desarrollo de la propia identidad, los conflictos emocionales y la desorientación, variables que pueden actuar como factores predisponentes^{5,15}. El adolescente debe acostumbrarse y aceptar un nuevo cuerpo y definir su identidad, lo cual puede causar disconformidad y con esos cambios puede desarrollarse algún desorden alimentario^{4,17}.

El síntoma primario que se destaca en estos casos es la preocupación por aumentar o disminuir el peso corporal¹⁴. A pesar que afectan principalmente al sexo femenino, se ha observado en los últimos años un continuo aumento en el número de hombres que los padecen^{3,17}.

A partir de 1960 la edad de aparición de la anorexia nerviosa fue disminuyendo; en las primeras descripciones afectaba a adolescentes de 14-15

años de clases sociales acomodadas y hoy se presenta en niñas menores de 10 años y de todas las clases socioeconómicas. Es rara la aparición en mujeres mayores de 40 años².

La bulimia nerviosa, en cambio, se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta (entre los 14 y 30 años). Los atracones suelen empezar durante o después de un período de dieta estricta³.

Un 90% de las personas que padece anorexia nerviosa y bulimia nerviosa incluye a mujeres³. En hombres se da entre un 5 a un 10% bulimia nerviosa, TANE y trastornos por atracón^{5,16}.

Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA corresponden a una etiología múltiple y poco conocida. Según investigaciones realizadas, en su etiopatogenia se encuentran involucrados factores biológico-genéticos, socioculturales, características psicológicas, de vulnerabilidad y estresores¹⁶.

A continuación se detallan los principales factores de riesgo que se han descrito para estos trastornos:

- Factores biológicos. La investigación de los factores biológicos se ha centrado principalmente en los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas¹⁶. Los estudios realizados en familias demuestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA, con lo cual se concluye que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos¹⁶.

La genética parece explicar entre el 60 y el 70% de la vulnerabilidad en el caso de la anorexia nerviosa. En el caso de la bulimia nerviosa, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 1080. Existe discordancia en cuanto a la aparición precoz de la menarquía como factor de riesgo en las adolescentes¹⁶.

- Factores socioculturales. Los estudios identifican los siguientes factores como riesgo para los TCA: familia sobreprotectora, exigente y rígida, conflictiva y poco relacionada; padres divorciados; antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva; trastornos alimentarios (especialmente en las madres); dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres); obesidad (en madres); alcoholismo (en padres); hábitos alimentarios poco frecuentes durante la infancia; profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez¹⁶.

- Factores psicológicos. Se han asociado con los

TCA los siguientes factores psicológicos: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, dieta restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de problemas alimentarios, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima¹⁶.

- Acontecimientos vitales potencialmente estresantes. Se mencionan los siguientes: abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas con relación al cuerpo y antecedentes de crisis vital¹⁶.

Algunos de los factores anteriormente mencionados han mostrado resultados consistentes para predecir los TCA tanto en estudios longitudinales como transversales: género, etnia (excepto asiáticos), problemas de alimentación y trastornos gastrointestinales en edades tempranas, abuso sexual, baja autoestima, morbilidad psiquiátrica general, peso elevado e insatisfacción corporal y realización de dietas¹⁶.

De los diferentes modelos explicativos de la anorexia nerviosa, Garner¹¹ plantea que es resultado de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Algunos de estos factores están determinados por la carga genética, como en el sexo femenino. Otros factores predisponentes son individuales, familiares y culturales. Los precipitantes, como por ejemplo la insatisfacción con el peso corporal y la silueta, interaccionan de tal forma con los predisponentes que condicionan a la persona lo suficiente para decidir que debe perder peso y restringir la ingesta alimentaria. Una vez iniciada la anorexia nerviosa, al progresar la pérdida de peso, empiezan las complicaciones derivadas de la malnutrición. Las consecuencias multidimensionales del trastorno (físicas, psicológicas y sociales) son a la vez factores perpetuantes del trastorno y potenciadores de los factores predisponentes y precipitantes¹⁶.

Estudios actuales sugieren que los TCA se encuentran determinados tanto por factores socio-culturales como biológico-genéticos (60-70%). Sin embargo, una parte no queda explicada por estos factores, de ahí que cada vez más estudios analicen la relevancia que tienen los factores ambientales no compartidos (17-46% en bulimia nerviosa y 24-42% en anorexia nerviosa), los cuales explicarían por qué hermanos gemelos, que han crecido en un ambiente familiar similar, pueden diferenciarse respecto de su conducta alimentaria, siendo patológica en unos casos. Entre ellos, estarían incluidos: el trato diferencial por parte de los padres, la personalidad y el temperamento de los individuos, su estilo relacio-

nal, las situaciones estresantes vividas y las características diferenciales específicas¹⁶.

Antecedentes

A fines de los años 1980 se presentaron los primeros estudios de prevalencia de TCA en la población general mundial, los cuales incluyeron una entrevista de tipo diagnóstica⁵.

En Norteamérica, según diferentes estudios, el porcentaje de prevalencia de anorexia nerviosa oscila entre los 0,2 y 1,5% y el de bulimia nerviosa entre 1,8 y 2,8%⁵.

En Europa, las cifras oscilan entre 1,6 y 3,9% para los TCA. En España, y como resumen de diferentes investigaciones realizadas, la prevalencia de casos de anorexia nerviosa es de entre 0,1 y 0,8 %, bulimia nerviosa 0,5 y 1,5%, y TANE 2,7 y 3,8%⁵.

En Argentina se han publicado estudios realizados con adolescentes que revelan porcentajes sobre la prevalencia de los TCA. Es así que entre los años 1995-1997 se efectuó un estudio y se concluyó que la prevalencia de los TCA alcanzó un porcentaje del 13% en adolescentes mujeres⁶. Otro estudio publicado en 2003 por el mismo investigador y col., en Buenos Aires, con una muestra de estudiantes de entre 13 y 23 años, encontró una prevalencia del 18,8% de mujeres con TCA¹⁹.

Otro estudio realizado entre los años 1998 y 2001 con una muestra total de 1.971 niños y adolescentes (1.231 mujeres y 740 varones), entre 10 y 19 años de la Argentina, identificó 19,2% de sujetos sospechosos de padecer trastornos alimentarios (24% de las mujeres y 12% de los varones). Los factores de riesgo identificados fueron: presencia de crisis vitales, antecedentes de problemas alimentarios, madre obesa y familia dietante. Solamente un 42% de los sospechosos volvió para ser evaluado en la segunda etapa. El 6,94% de la muestra total reunió criterios diagnósticos según el DSM-IV: 6,59% tenía trastorno alimentario compulsivo, 0,3% TANE distinto de TCA, y 0,05% presentó bulimia nerviosa. El 26,4% de la muestra total tenía sobrepeso u obesidad⁷. Al comparar varios estudios, se encontró que la prevalencia de TCA difiere según el sexo. Mientras que la prevalencia estimada de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados es de 0,5 a 1%, la de bulimia nerviosa es de 1 a 3% y la de los TANE es de 3%; se calcula que entre los varones la prevalencia sería nueve veces menor⁸. La revisión de estudios de investigación publicados a la fecha en distintos países (España, Chile, Estado Unidos, Guate-

mala, México) concuerda que las mujeres tienen mayor índice de padecer trastornos alimentarios⁹.

Un estudio realizado en Buenos Aires, en el año 2010, se compuso de dos fases y participaron 454 estudiantes de institutos de esa Ciudad (entre 13 y 18 años). Determinó que el 20,8% de la muestra total de mujeres (59/283) y el 5,8% de la muestra total de varones (10/171) presentaban riesgo de TCA ("probables casos de TCA"), siendo la proporción de mujeres significativamente mayor que la de varones (datos arrojados en la primera fase). En la segunda fase, los casos confirmados con diagnóstico de TCA alcanzaron el 14,1% de la muestra total de mujeres (40/283) y el 2,9% de la muestra total de varones (5/171), siendo la proporción de mujeres también significativamente mayor que la de varones⁹.

Teniendo en cuenta esta situación se planteó el siguiente interrogante: ¿cuáles son los riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes que asisten al último año de la secundaria en institutos adventistas de Argentina en el año 2012?

Justificación del estudio

El presente estudio tiene como propósito indagar sobre los trastornos de la conducta alimentaria en los institutos secundarios adventistas de Argentina. Esta investigación será de gran ayuda para informar tempranamente estos trastornos que cada vez afectan a más corta edad, generando datos que podrán compararse con otros institutos de Argentina y de otros países. Este estudio es de vital importancia porque no existen en las instituciones adventistas investigaciones que demuestren si los adolescentes que asisten a ellas presentan riesgos de padecer algún trastorno alimentario. La temática de este estudio fue seleccionada en función de los resultados de la encuesta realizada en el año 2010 sobre los temas que los directores de escuelas consideraban importantes para futuras investigaciones. Por esta razón este estudio propone:

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de riesgos de trastornos de las conductas alimentarias en una población mixta del último año del secundario de institutos adventistas en Argentina en 2012.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de conductas de riesgo en función del sexo.

- Comparar las conductas de riesgos entre los estudiantes adventistas y de otras creencias religiosas que asisten a los institutos adventistas estudiados.

- Evaluar cada dimensión del EAT-26: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ámbito y duración del estudio

Este estudio se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2012 en institutos de nivel secundarios adventistas en Argentina.

Diseño metodológico

El estudio incluye un tipo de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo.

Población de estudio

Para este estudio se invitó a participar a todos los alumnos del último año de 22 institutos secundarios adventistas de Argentina, de los cuales 18 cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación propuestos.

Criterios de inclusión

- Alumnos pertenecientes a los institutos que aceptaron participar en el estudio y enviaron las encuestas realizadas.

- Alumnos de ambos sexos presentes cuando se administró el cuestionario en su instituto.

Criterio de exclusión

Estudiantes que estuvieron ausentes el día que se aplicó el cuestionario.

Criterio de eliminación

Cuestionarios incompletos.

Procedimiento

Se invitó a participar a 22 institutos adventistas de 29 que componen la red adventista, los cuales fueron elegidos por ser los más grandes y con mayor cantidad de alumnos en cada curso. Se mandó un total de 615 encuestas, de las cuales enviaron sus respuestas 18 institutos con una suma total de 432 encuestas.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario anónimo, estructurado y autoadministrado, dividido en dos partes: la primera compuesta por el test EAT-26 que sirve para identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios; la segunda parte contenía preguntas breves sobre datos sociodemográficos, como peso, talla, creencia religiosa, composición de la familia y tipo de institución. Este cuestionario se envió a los institutos para que sean aplicados por los profesores

y/o encargados del último año del secundario, con previas instrucciones sobre la forma de completarlo correctamente y una carta dirigida al director/a con un pequeño resumen e introducción sobre el trabajo.

Operacionalización de variables

- Trastornos de la conducta alimentaria: trastorno en el cual hay una preocupación excesiva por el peso, la forma y/o la ingesta alimentaria, acompañado por una ingesta muy inadecuada, irregular o caótica¹⁰. Se evaluó con el EAT-26 adaptado al español que permite clasificar a los sujetos en dos categorías: con posible trastorno de la conducta y sin trastorno de la conducta.

- Sexo: masculino, femenino¹⁰. Se incluyeron en el estudio a jóvenes de ambos sexos y se realizó una comparación con el riesgo de padecer TCA entre ambos sexos.

- Edad: tiempo que una persona ha vivido desde que nació¹⁰. En el estudio se incluyeron las edades comprendidas en el último año de la secundaria.

- Religión: conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social, y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto¹⁰. El instrumento que se utilizó para este estudio contó con dos preguntas acerca del tipo de religión a la cual pertenece y si es practicante o no.

- Índice de masa corporal (IMC): se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado, y puede indicar morbimortalidad²⁰. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²¹ se clasifica en: bajo peso (IMC <18,49), normal (IMC 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC 24,9 a 29,9), obesidad grado I (IMC 30 a 34,9), obesidad grado II (IMC 35 a 39,5), obesidad grado III o mórbida (IMC >40).

Instrumento. EAT-26 (Eating Attitudes Test)

El test EAT-26 tiene por objetivo identificar, a través del auto-reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Elaborado por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979, su primera versión conocida como EAT-40 consta de 40 ítems agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social distinguida al aumentar de peso. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 ítems, conocida como EAT-26,

en la cual se eliminaron 14 ítems por considerarse repetitivos y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba.

Maloney et al. en 1988 crearon una versión para niños nombrada CHEAT-26 que maneja un lenguaje más simple y se emplea para menores de entre 8 a 13 años^{11,13}.

El EAT-26 se recomienda como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA; es considerado como uno de los test más utilizados en el ámbito de los trastornos alimentarios por poseer altos índices de seguridad y eficacia, aunque se advierte la posibilidad de perder algún sujeto con TANE¹².

Al ser una herramienta de tamizaje en colegios y universidades, se cree que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, aminorando así ciertas complicaciones físicas, psicológicas e incluso la posibilidad de muerte¹³.

Los ítems del EAT-26 se estructuran a partir de tres factores: dieta (1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25), bulimia y preocupación por la comida (3, 4, 9, 18, 21 y 26) y control oral (2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20)¹².

Se responde mediante una escala tipo Likert con seis categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Los ítems desde el 1 al 24 y el 26 (en dirección favorable a la variable) tienen el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos; frecuentemente 1 punto; casi siempre 2 puntos, y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) el puntaje es: siempre, casi siempre y frecuentemente 0 puntos; a veces 1 punto; rara vez 2 puntos, y nunca 3 puntos. El puntaje final del test corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. Los puntajes mayores o iguales a 20 puntos se relacionan con actitudes y conductas alimentarias de riesgo y se asocian a un desorden de la conducta alimentaria¹².

Análisis estadístico

Se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences 15.0 (SPSS) para Windows para el procesamiento estadístico de datos. Mediante la prueba de chi cuadrado se realizaron asociaciones entre las variables.

RESULTADOS

Caracterización de los sujetos

La muestra final se conformó por 432 encuestas (18 institutos secundarios adventistas de Argentina), de los 22 que se contactaron (índice de respuesta 82%). De los 615 matriculados del último año de estos institutos, 432 participaron (índice de respuesta 71%) durante octubre a diciembre de 2012, distribuidos por 218 mujeres (50,4%) y 214 hombres (49,6%). En cuanto a la edad, los encuestados tenían entre 15 a 20 años, con una media de 17,47 años, un peso medio aproximado de 65,18 Kg y una talla media aproximada de 169 cm. A continuación se presentan los resultados de la evaluación.

El 13,7% (59/432) de los estudiantes encuestados presentó puntaje igual o mayor a 20 puntos en el test EAT-26. Se dividió por sexo y se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 1):

	Puntaje EAT-26				Total	
	Puntaje menor a 20 puntos		Puntaje igual o mayor a 20 puntos: riesgo de trastorno alimentario		n	(%)
Sexo	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Varón	204	(95,3)	10	(4,7)	214	(100)
Mujer	169	(77,5)	49	(22,5)	218	(100)
Total	373	(86,3)	59	(13,7)	432	(100)

p=0,000 para prueba de chi cuadrado.

Tabla 1: Trastornos de la conducta alimentaria según sexo en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

En esta tabla se puede observar que el 22,5% de las mujeres y el 4,7% de los hombres tuvieron un puntaje igual o mayor a 20 puntos. Se observa que existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el puntaje del EAT-26.

A los estudiantes se les preguntó peso y talla aproximada, y se calculó el IMC (Tabla 2):

	Puntaje EAT-26				Total	
	Puntaje menor a 20 puntos		Puntaje igual o mayor a 20 puntos: riesgo de trastorno alimentario		n	(%)
Sexo	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Varón	204	(95,3)	10	(4,7)	214	(100)
Mujer	169	(77,5)	49	(22,5)	218	(100)
Total	373	(86,3)	59	(13,7)	432	(100)

p=0,297 para prueba de chi cuadrado.

Tabla 2: Trastornos de la conducta alimentaria según IMC en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Si bien en la mayoría de los estados nutricionales hubo mayor cantidad de adolescentes con puntaje menor a 20 puntos, los que presentaron obesidad I, sobrepeso y bajo peso fueron los que mayor porcentaje de puntaje mayor o igual a 20 puntos obtuvieron (21,4, 20,6 y 16,21% respectivamente). Esta asociación fue no significativa.

Los encuestados refirieron profesar sus creencias religiosas (Tabla 3) y también su práctica de acuerdo con: no ser activos o practicantes a ser muy activos o muy practicantes en su creencia (Tabla 4):

Religión	Puntaje EAT-26				Total	
	Puntaje menor a 20 puntos		Puntaje igual o mayor a 20 puntos: riesgo de trastorno alimentario		N	(%)
Adventista	185	(87,7)	26	(12,3)	211	(100)
Atea	13	(100,0)	0	(0,0)	13	(100)
Católica	85	(85,9)	14	(14,1)	99	(100)
Cristiana	51	(81,0)	12	(19,0)	63	(100)
Evangélica	35	(83,3)	7	(16,7)	42	(100)
Luterana	1	(100,0)	0	(0,0)	1	(100)
Metodista	1	(100,0)	0	(0,0)	1	(100)
Protestante	2	(100,0)	0	(0,0)	2	(100)
Total	373	(86,3)	59	(13,7)	432	(100)

p=0,672 para prueba de chi cuadrado.

Tabla 3: Trastornos de la conducta alimentaria según creencia religiosa en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Al evaluar los puntajes según confesión religiosa se halló que los estudiantes cristianos (19%) fueron quienes tuvieron mayor porcentaje en el EAT-26, seguido por los estudiantes evangélicos (16,7%) y los católicos (14,1%). No existe asociación estadísticamente significativa entre la creencia religiosa y el puntaje obtenido del EAT-26.

Practicante o activo en la religión	Puntaje EAT-26				Total	
	Puntaje menor a 20 puntos		Puntaje igual o mayor a 20 puntos: riesgo de trastorno alimentario		N	(%)
No/poco practicante	211	(85,42)	36	(14,57)	247	(100)
Bastante/muy practicante	162	(87,56)	23	(12,43)	185	(100)
Total	373	(86,3)	59	(13,7)	432	(100)

p=0,789 para prueba de chi cuadrado.

Tabla 4: Trastornos de la conducta alimentaria según práctica de creencia religiosa en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Tanto practicantes como no practicantes de su creencia religiosa obtuvieron porcentajes similares de riesgo de padecer TCA; se encontró que el 57,17% de los estudiantes no practicaba o era poco activo en su creencia religiosa y el 42,82% refirió practicar bastante o ser muy activo. No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de creencia religiosa y el puntaje obtenido del EAT-26.

Composición del grupo familiar

Del total, los estudiantes refirieron que el 66,66% vive con padre y madre (288/432), el 31,25% vive con uno de ellos (135/432) y el 2,08% con otra persona (abuela, tíos) (9/432). No existe asociación estadísticamente significativa entre la composición del grupo familiar y el puntaje obtenido del EAT-26 ($p=0,878$ para prueba de chi cuadrado).

Resultados por factores del EAT-26

El EAT-26 se agrupa en tres factores: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral (Tablas 5, 6 y 7).

Factor: dieta	Puntaje menor a 20 puntos				Puntaje mayor a 20 puntos			
	Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre		Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo	281	(65,00)	92	(21,29)	11	(2,54)	48	(11,11)
6. Conozco las calorías de los alimentos	340	(78,70)	33	(7,63)	37	(8,56)	22	(5,09)
7. Evito comer alimentos con H de C.	334	(77,31)	39	(9,02)	29	(6,71)	30	(6,94)
10. Me siento culpable después de comer	364	(84,25)	9	(2,08)	26	(6,01)	33	(7,63)
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado	316	(73,14)	57	(13,19)	9	(2,08)	50	(11,57)
12. Cuando hago deportes pienso sobre todo en quemar calorías	261	(60,41)	112	(25,92)	13	(3,00)	46	(10,64)
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o celulitis	271	(62,73)	102	(23,61)	8	(1,85)	51	(11,80)
16. Procuo no comer alimentos que tengan azúcar	339	(78,47)	34	(7,87)	39	(9,02)	20	(4,62)
17. Tomo alimentos dietéticos	350	(81,01)	23	(5,32)	40	(9,25)	19	(4,39)
22. No me siento bien después de comer dulces	348	(80,55)	25	(5,78)	25	(5,78)	34	(7,87)
23. Haciendo régimen	333	(77,08)	40	(9,25)	30	(6,94)	29	(6,71)
24. Me gusta tener el estómago vacío	354	(81,94)	19	(4,39)	39	(9,02)	20	(4,62)
25. Probar platos nuevos	176	(40,74)	197	(45,60)	41	(9,49)	18	(4,16)

Tabla 5: Factor dieta en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Al evaluar la totalidad de los estudiantes según el factor dieta se encontró que el 50,23% no le gusta probar platos nuevos, el 36,56% piensa en quemar calorías cuando hace deportes, el 35,41% de los encuestados manifestó preocupación por tener zonas gordas en su cuerpo, al 32,40% le angustia la idea de estar demasiado gordo, y un 24,93% se obsesiona por estar más delgado.

Factor: bulimia y preocupación por la comida	Puntaje menor a 20 puntos				Puntaje mayor a 20 puntos			
	Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre		Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
3. La comida es una preocupación habitual	290	(67,12)	83	(19,21)	24	(5,55)	35	(8,10)
4. Crisis de atracones	351	(81,25)	22	(5,09)	43	(9,95)	16	(3,70)
9. Vomito después de comer	372	(86,11)	1	(0,23)	53	(12,26)	6	(1,38)
18. Mi vida gira alrededor de la comida	340	(78,70)	33	(7,63)	40	(9,25)	19	(4,39)
21. Pienso mucho en la comida	328	(75,92)	45	(10,41)	43	(9,95)	16	(3,70)
26. Después de comer tengo el impulso de vomitar	370	(85,64)	3	(0,69)	51	(11,80)	8	(1,85)

Tabla 6: Factor bulimia y preocupación por la comida en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Al evaluar a la totalidad de los estudiantes según el factor bulimia y la preocupación por la comida, el 27,31% de los encuestados refirió que la comida es una preocupación habitual.

Factor: bulimia y preocupación por la comida	Puntaje menor a 20 puntos				Puntaje mayor a 20 puntos			
	Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre		Nunca Rara vez A Veces		Frecuentemente Casi siempre Siempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2. No como cuando tengo hambre	346	(80,09)	27	(6,25)	34	(7,87)	25	(5,78)
5. Corto mis alimentos en trozos	279	(64,58)	94	(21,75)	26	(6,01)	33	(7,63)
8. Los demás quieren verme comer más	338	(78,24)	35	(8,10)	43	(9,95)	16	(3,70)
13. Los demás piensan que estoy muy delgado	309	(71,52)	64	(14,81)	39	(9,02)	20	(4,62)
15. Tardo más tiempo en comer que los demás	301	(69,67)	72	(16,66)	41	(9,49)	18	(4,16)
19. Autocontrol con la comida	192	(44,44)	181	(41,89)	28	(6,48)	31	(7,17)
20. Los demás me presionan para comer más	347	(80,32)	26	(6,01)	45	(10,41)	14	(3,24)

Tabla 7: Factor control oral en función del puntaje obtenido en el EAT-26 en estudiantes de institutos adventistas de Argentina en 2012.

Al evaluar a la totalidad de los estudiantes según el factor control oral, el 49,06% obtuvo buen autocontrol en relación con la comida, el 29,38% refirió que corta sus alimentos en trozos pequeños, y el 20,82% tarda más tiempo en comer que los demás.

DISCUSIÓN

Se determinó que el 13,7% (59/432) de la muestra total de los estudiantes presentó riesgo de padecer algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Así como en otros estudios consultados, se observó una asociación entre el sexo y los trastornos alimentarios.

Del total de participantes del sexo femenino encuestadas, el 22,5% (49/218) presentó riesgos de padecer algún tipo de trastorno alimentario. Este resultado es levemente superior a un estudio realizado en Buenos Aires con una muestra de estudiantes de entre 13 y 23 años, en la cual se halló una prevalencia de TCA del 18,8%¹⁹.

En contraste, del total de los participantes del sexo masculino, el 4,7% (10/214) presentó riesgos de padecer algún TCA. En los últimos años hubo un incremento del porcentaje de hombres que posee estos trastornos. Estudios han demostrado que los hombres están más enfocados en ganar masa muscular que en perder masa grasa¹⁸.

Se ha indicado que las mujeres presentan una mayor predisposición genética así como también una mayor exposición a factores socioculturales para desarrollar un TCA¹⁸. Por otra parte, se han planteado ciertas dificultades en la detección de los TCA en la población masculina. Esto podría deberse, en parte, a que los hombres no suelen manifestar el deseo de estar más delgados¹⁸.

La prevalencia de riesgos de trastornos alimentarios presentes en los estudiantes en esta investigación es similar, comparada con los resultados hallados en otras investigaciones en poblaciones con similares características locales que emplearon cuestionarios autoadministrados⁶; un estudio realizado en Buenos Aires en 454 adolescentes de entre 13 y 18 años determinó que un 15,19% del total de la muestra presenta riesgo de padecer algún trastorno alimentario⁹.

Hasta donde se conoce por los investigadores, es el primer estudio que compara riesgos de trastornos alimentarios con creencias religiosas. Si bien casi la mitad de los encuestados es adventista (211/432), al analizar la posible relación entre la creencia religiosa con los probables casos de trastornos alimentarios, de acuerdo al porcentaje de cada confesión, se encontró que el 19% (12/63) de los alumnos señaló ser

cristiano, un 16,7% (7/42) evangélico y un 14,1% (14/99) católico, lo cual no tuvo asociación significativa con el puntaje obtenido en el EAT-26.

Al evaluar la parte de práctica de creencia religiosa con los posibles casos de trastornos se encontró que un 61,01% de los estudiantes no practica o es poco activo y un 38,98% refirió practicar bastante o ser muy activo, pero tampoco la variable práctica se asoció con los trastornos. Por este motivo, sostener que la creencia religiosa o la práctica religiosa es un modo de prevenir los TCA no es adecuado y se debe velar por los adolescentes independientemente de su creencia religiosa o práctica religiosa.

Al comparar el IMC con el puntaje obtenido, en la mayoría de los estados nutricionales hubo mayor cantidad de adolescentes sin riesgo de trastornos alimentarios, pero en los posibles casos de trastornos alimentarios, los que presentan obesidad tipo I, sobrepeso y bajo peso son los que mayor porcentaje tienen (21,4, 20,6 y 16,21% respectivamente). Respecto de esta variable se debe tener en cuenta que en este estudio los datos de peso y talla fueron autorreferidos por los estudiantes, lo cual da una idea bastante aproximada; para mayor seguridad se debería hacer esta evaluación con el rigor que se requiere.

Al analizar los resultados según los factores del EAT-26, la mayoría de los adolescentes encuestados tiene preocupación por aumentar de peso y opta por alimentos que cree que no engordan.

Al evaluar los posibles casos de riesgos de trastornos alimentarios según el factor dieta se encontró que un 86,44% (51/59) de los encuestados refirió sentir siempre una preocupación por tener zonas gordas en su cuerpo, seguido por un 84,74% (50/59) que se obsesiona por estar más delgado, a un 81,35% (48/59) que le angustia la idea de estar demasiado gordo, un 77,96% (46/59) que piensa cuando realiza deportes en quemar calorías, y un 69,49% (41/59) que no le gusta probar platos nuevos.

Al evaluar los posibles casos de riesgos de trastornos alimentarios según el factor bulimia y preocupación por la comida, el 59,32% (35/59) de los encuestados refirió que la comida es una preocupación frecuente.

Al evaluar los posibles casos de riesgos de trastornos alimentarios según el factor control oral, el 55,93% (33/59) refirió que siempre corta sus alimentos en trozos pequeños, lo cual puede ser que el ítem se haya entendido de forma positiva, y un 52,54% (31/59) tiene un buen autocontrol en relación con la comida.

Se reconoce que los grupos escolares adolescentes son una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. Dichos trastornos se encuentran estrechamente relacionados con la preocupación por la imagen corporal y la baja autoestima¹⁶.

A parte de sus casas, es en el instituto donde los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo, forman sus personalidades y donde pueden incorporar o cambiar nuevos hábitos de salud. Es muy importante que los institutos implementen programas de educación alimentaria, donde el alumno no sólo aprenda a alimentarse correctamente, sino que adquiera conocimientos y asimile un estilo de alimentación más saludable que dure para toda su vida.

Se debe aprovechar que los institutos son un campo de socialización, donde se deben favorecer las interacciones positivas entre los adolescentes, al igual que con la educación alimentaria se debe poner énfasis en la educación física e incentivar a los adolescentes a aprovecharla no sólo como requisito, sino que la incorporen a su vida cotidiana.

CONCLUSIONES

1. El 13,7% de los encuestados presentó riesgos de trastornos de la conducta alimentaria.

2. Al comparar el grupo de hombres y mujeres con el puntaje mayor o igual a 20 puntos en el EAT-26 se encontró que una proporción estadísticamente significativa de mujeres presenta algún tipo de riesgo de trastorno alimentario.

3. No se encontró asociación significativa entre IMC, edad y composición del grupo familiar con el riesgo de presentar algún tipo de trastorno alimentario.

4. En relación al puntaje obtenido en el EAT-26, los estudiantes cristianos fueron quienes tuvieron mayor porcentaje en el EAT-26, seguidos por los estudiantes evangélicos y los católicos. No existió asociación estadísticamente significativa entre la creencia religiosa y el riesgo de un posible trastorno alimentario.

5. Más de la mitad de los alumnos con posibles riesgos de trastornos alimentarios refirió que no es practicante o es poco activo en su creencia religiosa.

6. Con relación al factor dieta del EAT-26, según los probables casos de trastornos alimentarios, existe una mayor preocupación de los encuestados por: tener zonas gordas en su cuerpo, quemar calorías cuando hace deportes, le angustia la idea de estar demasiado gordo, se obsesiona por estar más delgado y no le gusta probar platos nuevos.

7. Con relación al factor bulimia y preocupación por la comida del EAT-26, según los probables casos

de trastornos alimentarios, existió una mayor inquietud de que la comida sea una preocupación habitual.

8. Con relación al factor control oral del EAT-26, según los probables casos de trastornos alimentarios, un cuarto cortaba sus alimentos en trozos pequeños, y casi la mitad tenía un buen autocontrol con la comida.

REFERENCIAS

1. Ley N° 26.396 de Trastornos Alimentarios. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 31.481. Buenos Aires. 3 de septiembre 2008.
2. Girolami D, González Infantino C. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. 3° Edición. Buenos Aires: Editorial: El Ateneo; 2010.
3. Valdés Miyar M, López-Ibor Aliño J. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV. Washington DC EE. UU: American Psychiatric Association; 2000.
4. Vallí MR, Bustos OD. Adolescencia y salud. Buenos Aires: Editorial Santillana; 2005.
5. Hernández GA. Tratado de Nutrición. Tomo IV Nutrición Clínica. 2° Edición. España: Editorial Médica Panamericana; mayo 2010.
6. Quiroga S, Zonis R, Zukerfeld R. 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; 1998. 113-135.
7. Bay L, Rausch C, Kovalskys I, Berner E, Orellana L, Bergesio A. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Archivos Argentinos de Pediatría; 2005. 305-316.
8. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy; 2005. 135-148.
9. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura M. Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase [Internet]. México. Asociación Mexicana de Trastornos Alimentarios, A.C (AMTA). 2010. [acceso 24 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.journals.iztacala.unam.mx/>.
10. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [acceso julio 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
11. Garner D, Garfinkel P. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press; 1985.
12. Corada L, Montedónico Arancibia A. Estudio del aporte de un instrumento (EAT-26) en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Santiago de Chile, noviembre de 2007.
13. Monterrosa A, Boneu-Yépez D, Muñoz-Méndez J, Almaraz-Obredor P. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. Colombia, junio 2012.
14. Mahan KL, Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10° Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2001.
15. Mataix Verdú J. Nutrición para educadores. 2° Edición. España: Fundación Iberoamerica; 2005.

16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05.
17. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2º Edición. Madrid, España: Ediciones Ergon S.A.; 2000.
18. Keel PK, Baxter MG, Heatherton TF, Joiner TE. A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Ab-normal Psychology*, 116 (2), 422-432; 2007.
19. Quiroga S, Vega V. Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires "Salud, educación, justicia y trabajo", 113-115; 2003.
20. Girolami DH. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
21. World Health Organization (2006). Global Database on Body Mass Index. BMI classification [acceso abril 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/bmi>.
22. Consejo General de la Psicología de España. Cambios que incluye el DSM-5. Infocoponline. [Acceso septiembre 2014]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578.