

RNC

Publicación Científica sobre Nutrición Clínica
de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral: AANEP
Órgano Oficial de la FELANPE

*Incorporada a la base de datos LILACS, Literatura Latinoamericana
y del Caribe en Ciencias de la Salud*

*Auspiciada por las Asociaciones Argentina, Chilena
y Paraguaya de Nutrición Clínica*

Registro de la Propiedad Intelectual Nº 282238

Editada por Ediciones de La Guadalupe

S U M A R I O

— 99 —

EDITORIAL

Corina Dlugoszewski

— 101 —

TRABAJO ORIGINAL

ESTUDIO POBLACIONAL DE PREVALENCIA DE ANEMIA EN POBLACIÓN
ADULTA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

*Gustavo Horacio Marin, Patricia Rivadulla, Laura Negro,
Marta Gelemur, Graciela Etchegoyen y GIS*

— 109 —

TRABAJO ORIGINAL

LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES

Rosa Behar Astudillo

— 118 —

TRABAJO ORIGINAL

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA EN MONTERREY

*Núñez Rocha Georgina Mayela, Topete González Mireya, Patrón Ramírez Jesús Manuel,
Vázquez Amparo María Medina Aguilar Graciela, Ayala Aguirre Francisco, Salinas Martínez
Ana María, Garza Elizondo María Eugenia*

CALENDARIO 123

NORMAS DE PRESENTACIÓN 125

STAFF EDITORIAL

DIRECCIÓN CIENTÍFICA

Dra. Marcela Dalieri

COMITÉ CIENTÍFICO EDITORIAL

Dra. Adriana Crivelli
 Dr. Eduardo Ferraresi
 Lic. Nutr. Roxana Guida
 Dra. Claudia Kecskes
 Dr. Humberto Fain
 Dr. Gustavo Kliger
 Dra. Adriana Fernández
 Dra. Marcela Fabeiro
 Farm. Mariela Suárez

COMITÉ CONSULTOR

En Argentina
 Dr. Andrés De Paula
 Dr. Horacio González
 Lic. Nutr. Paula Guastavino
 Dr. Mario Perman
 Dr. Juan Carlos Pernas[†]
 Farm. Rodolfo Raviolo
 Dr. Isaías Schor
 Dr. Marcelo Tavella
 Farm. Ana María Menendez

En Chile
 Dr. Juan Kehr
 Dra. Julieta Klaassen

Dr. Alberto Maiz
 Dr. Nicolás Velazco

En Paraguay
 Dra. Clara Búrguez
 Dra. Flora Suárez de Achón
 Dra. Silvia Silva de Checo

En Uruguay
 Dr. Hugo Bertullo
 Dra. Estela Olano

En España
 Dr. Jordi Salas i Salvadó

En Brasil
 Dr. Dan Waitzberg

COORDINADOR DE PUBLICACIONES DE FELANPE

Dr. Mario Císero Falção

COMISIÓN DIRECTIVA AANEP

Presidente

Dra. Corina Dlugoszewski

Vicepresidente

Farm. Angélica García

Secretaria

Dra. Marcela Fabeiro

Tesorero

Dr. Eduardo Ferraresi

Dir. Área Médica

Dr. Gustavo Ramuzzi

Dir. Área Nutric.

Lic. Gabriela Perez

Dir. Área Farm.

Farm. Rosana Giangriego

Dir. Área Enfermería

Lic. Marcela Rojas

Vocal

Dra. Adriana Fernandez

Vocal

Dra. Adriana Crivelli

Ilustración de tapa*Princesita del éfimero otoño.**Tu propia sombra, 1999**pastel, papel y acrílico stela*

120 x 180 cm

Juan Lecuona



NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:

✉ aanep@speedy.com.ar

Correspondencia: AANEP:

Lavalle 3643, 3° piso, of. F - 1053

Buenos Aires, Argentina - Tel: 4864-2804

RNC
 es una edición trimestral de

**EDICIONESDELA
 GUADALUPE**

Dirección Editorial

Lic. Iris Uribarri

Departamento de Arte

Magdalena Morán

Eugenia Grané

Ayacucho 702, 6° B - C1026AAH

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: 4373-0751/ 4372-0799

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

EDITORIAL

En el mes de Mayo del presente año, representantes de las Sociedades y Asociaciones de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América Latina y el Caribe nos reunimos en el marco del Congreso de FELANPE en la ciudad de Cancún para elaborar la "Declaración Latinoamericana sobre el Derecho Humano de los enfermos a recibir una Terapia Nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren", basados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Teniendo en cuenta que nuestra responsabilidad es estimular el estudio, la educación continua y formación de profesionales en Nutrición Clínica y colaborar con el poder público y entidades vinculadas con los cuidados de la salud de la población, en la evaluación y solución de los problemas relativos a la Nutrición Clínica, voy a hacer referencia a algunas de las recomendaciones realizadas en dicha declaración para que sean disparadores de iniciativas que permitan reducir el porcentaje de desnutrición en nuestros pacientes hospitalarios.

La atención nutricional es una necesidad imposterizable para todo paciente; por tal razón el soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o en riesgo. Para ofrecer a cada paciente los nutrientes que necesita debemos realizar una evaluación al ingreso con un método de tamizaje validado y de acuerdo al resultado se tomarán las conductas sobre el cuidado nutricional.

El cuidado nutricional del paciente hospitalizado requiere de la implementación de guías de buena práctica clínica que contemplen el método de tamizaje, la evaluación metabólica nutricional, la implementación del plan de alimentación y/o terapia nutricional, un programa de seguimiento y la reevaluación y reformulación del plan y/o terapia nutricional o su finalización.

El soporte nutricional es más costo efectivo cuando es realizado por un grupo especializado. Cada institución debería contar con un grupo interdisciplinario responsable del so-

porte nutricional.

Las sociedades científicas deben proveer capacitación y actualización; así como definir guías de práctica clínica, y los sistemas nacionales de salud basados en éstas tienen que sostener y regular su aplicación, todo esto para que los pacientes tengan garantizado su derecho a recibir un tratamiento nutricional óptimo independientemente del lugar donde se encuentren, los profesionales estén respaldados en su práctica clínica, y los sistemas nacionales de salud realicen vigilancia epidemiológica, fiscalización y planificación financiera.

Se insta a la formación de equipos de terapia nutricional acreditados en nuestros hospitales para garantizar un nivel óptimo de atención. Para ello es necesario incluir en el currículum de las carreras de pre y postgrado de medicina, licenciatura en nutrición y enfermería la materia de Nutrición Clínica.

Teniendo en cuenta la disminución de los costos en salud que implica el buen cuidado del estado nutricional al evitar las complicaciones generadas por este, los administradores de salud deben garantizar, exigir y facilitar la educación continua del personal a cargo del cuidado nutricional.

Es responsabilidad del servicio de enfermería documentar la ingesta de los pacientes, la administración de fórmulas enterales y parenterales y al detectar disminución de la ingesta o imposibilidad de administrar el volumen de fórmulas enterales y/o parenterales informar al personal responsable para reformular el plan de cuidado nutricional.

Es responsabilidad de las nutricionistas elaborar un manual de dietas y fórmulas enterales disponibles, que incluya los objetivos de cada una de ellas y sus especificaciones técnicas como condiciones organolépticas, horarios, temperatura. El manual debe estar a disposición de todos los servicios del hospital y debe formar parte de un programa de capacitación permanente. La encuesta dietética, dietas para condiciones clínicas especiales, evaluación de las necesidades, gustos, preferencias, costum-

bres y cultura de los pacientes.

Se recomienda a las diferentes instituciones de salud tomar en cuenta el número adecuado de Nutricionistas requeridas de acuerdo a los niveles de complejidad.

Sobre la organización de los servicios de alimentación hospitalarios se deberían establecerse políticas y planes hospitalarios estratégicos tendientes a fortalecer los mismos.

Es responsabilidad de los farmacéuticos elaborar manuales sobre los efectos indeseables de los medicamentos como anorexia, náuseas, síntomas gastrointestinales, interacción droga nutriente o alteración del gusto y olfato, estos deberían estar a disposición de médicos y enfermeros. La economía en salud se basa en los siguientes indicadores:

- **Costo minimización**, que reduce los costos a favor de las utilidades
- **Costo eficacia**, que favorece la atención médica a menor costo
- **Costo beneficio**, que mejora las utilidades independientemente del costo
- **Costo efectividad**, que favorece acciones nuevas a menor costo
- **Costo utilidad**, que incrementa los años de vida potencialmente saludables.

Los sistemas de salud latinoamericanos deben establecer normas y procesos que garanticen que los pacientes hospitalizados reciban una atención nutricional de calidad, deberán por lo tanto:

- Implementar estrategias basadas en la mejor evidencia, que les permitan una atención nutricional de calidad, así como medir el costo minimizado de las mismas.
- Garantizar la educación y promoción necesaria para que los pacientes hospitalizados participen activamente en el cumplimiento del objetivo nutricional planteado, procurando que las acciones sean costo eficaces.

Los pacientes hospitalizados tienen derecho a:

- un diagnóstico de riesgo nutricional y ser informados del costo beneficio de recibir una intervención nutricional de calidad.

- recibir una atención nutricional de calidad, con personal calificado en el tema procurando costo efectividad.

- que se asignen recursos según políticas públicas enfocadas a la promoción, prevención e intervención nutricional bajo esquemas de costo utilidad que resulten en una mejor calidad de vida.

Las siguientes líneas de acción deberán dirigirse a fomentar a través de grupos de expertos la elaboración de guías clínicas que permitan establecer protocolos unificados; documentar y publicar las evidencias mundiales, promocionar evaluaciones que midan eficazmente los riesgos, favorecer estudios de impacto económico en materia de nutrición artificial y establecer mecanismos de contacto con las autoridades legislativas para favorecer mejores presupuestos en la materia.

Nuestra asociación ha desarrollado guías de buena práctica de soporte enteral y parenteral para pacientes hospitalizados y con soporte nutricional domiciliario que se encuentran en el plan de calidad de atención del ministerio de salud y desarrolla cursos, jornadas y congresos que son herramientas para el mejor cuidado nutricional de nuestros pacientes destinados a médicos, nutricionistas, enfermeros y farmacéuticos.

Debemos continuar trabajando para que estos profesionales, administradores de hospitales y autoridades del ministerio de salud trabajen en equipo para proveer un cuidado nutricional adecuado y de calidad y que el Derecho Humano de los enfermos a recibir una Terapia Nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren sea una realidad en un corto plazo.

Corina Dlugoszewski

RNC (2008)
XVI, 4: 101 - 108
© EDICIONES DE LA GUADALUPE
(2008)

TRABAJO ORIGINAL

ESTUDIO POBLACIONAL DE PREVALENCIA DE ANEMIA EN POBLACIÓN ADULTA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Gustavo Horacio Marin¹, Patricia Rivadulla², Laura Negro³, Marta Gelemur³, Graciela Etchegoyen¹ y GIS^{1,2,3}.

¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

² Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

³ Hospital Escuela San Martín de La Plata, Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina.

Grupo Interdisciplinario para la Salud (GIS): Coordinadores: Carlson S; Petinelli A; Britos L; Pardo V; Novaretto L; Yantorno S; Taus R; Pasquali J; Castiglione P; Solimando E; Muestreo: Rodríguez E; Nutrición: Baistrocchi A; Laboratorio: Vita C; Córdoba S; Luna R; Informática: Ferrero S; Perozzo O; Cucina P; Trabajo de Campo: Agamenmoni L; Alberdi A; Alberdi I; Alvarez ML; Alvarez Rotondo C; Andía M; Arcamone E; Argüello P; Arias C; Ayllon G; Baltare M; Banzato C; Barrio E; Bazzo M; Bellagamba R; Boffi A; Bracco R; Buzzi F; Campagna L; Capparelli M; Cardoso J; Carrizo N; Castiñeira ME; Climent M; Cobeñas R; Cohen J; Contin Y; Cristaldo E; Cutrera P; de Rose E; Degiorgi N; del Río V; Diana E; Diaz A; Diaz Baliero J; Di-giano P; Faccinetti L; Fares L; Feo D; Fernandez Coria M; Ferri S; Fiorucci ML; Fleita B; Franco M; Gallarreta M; Garbino E; Garbino M; Garcia Rogel M; Garrido C; Gastal L; Geronimo C; Gerula I; Golowczyc M; Graieb J; Iaconis F; Ingeniero M; Insfran F; Jalabe R; Kang M; Kloster B; Kreff C; Ledo B; Lopez V; Lunelli A; Machado P; Mancinelli M; Marelli S; Matarrese S; Mercapide C; Meroni A; Migliore M; Moavro D; Moreno M; Moron F; Nessi C; Olivera M; Pastore V; Peralta P; Peralta B; Perez M; Piella M; Pinochi B; Plau M; Poli C; Prado Ferre P; Rivarola P; Rodriguez Baca E; Rodriguez P; Rojas P; Sabbione M; Salazar E; Salazar L; Schneebeli D; Spalletti L; Staino F; Storino M; Tejeira Du-ran R; Tessone M; Toteff T; Ullua S; Vera L; Villar N; Zavala Guillen A; Zunino S.

✉ gmarin@netverk.com.ar

Resumen

Objetivo: Establecer la prevalencia de anemia en población adulta y determinar factores asociados a la misma.

Diseño: Estudio poblacional de corte transversal, con etapa descriptiva y analítica, rigurosa selección de muestra aleatoria, con estratificación trietápica considerando área geográfica, aspectos sanitarios y nivel socioeconómico. Tipo de Abordaje: Cuantitativo

Emplazamiento: Estudio realizado en La Plata, ciudad capital de Buenos Aires, Argentina.

Participantes: Adultos mayores de 18 años.

Intervenciones: Encuestas socioeconómica, nutricional, estudios hematológico y sérico. A quienes se les detectó anemia, se les aseguró un tratamiento completo o estudios ulteriores hasta el diagnóstico de certeza.

Mediciones Principales: peso y talla, hemoglobina, eritrocitos, hematocrito, ferremia, transferrina, ferritina, ingesta diaria de calorías, hidratos de carbono, lípidos, proteínas, calcio, hierro y vitamina C.

Resultados: La prevalencia de anemia en adultos fue 26.3%. Numerosas variables como nivel socioeconómico, aspectos nutricionales o frecuencia de consulta médica, están asociadas

al riesgo de padecer anemia. Sin embargo, las necesidades básicas insatisfechas -variable compuesta por vivienda precaria y bajo nivel de instrucción-, sexo femenino y residencia en suburbios, mantienen la significación en el análisis multivariado (OR > 2.5).

Conclusiones: 1 cada 4 personas adultas presenta anemia, siendo la ferropenia la mayor de sus causas. El diagnóstico de anemia, se asoció predominantemente a aspectos sociales, de género o al área geográfica de residencia.

Dicha información utilizada por el Estado para planificar las medidas preventivas, oportunas y focalizadas, podrá lograr beneficios no sólo en los adultos sino en toda la Comunidad que depende económicamente de ellos.

Palabras clave: anemia, hierro, adultos

Abstract

Objective: to determine the prevalence and causes of anemia among adults in Buenos Aires, Argentina.

Methods: community-based, cross-sectional research among healthy humans. Socio-economic, dietary and anthropometrical information was collected from 2 surveys. Participants were screened with blood tests.

Location: Study was located in La Plata, Buenos Aires, Argentine.

Inclusion criteria: Healthy humans >18 years old were eligible from a stratified sample in which geographical area and social conditions were considered.

Interventions: social-economical and sanitary data as well as blood samples were obtained from each participant. If anemia was detected, treatment was given until complete recovery.

Variables: weight, height, hemoglobin, erythrocytes, hematocrit, transferrin, iron and ferritin levels, amount of calories, carbohydrates, lipids, proteins, calcium, iron, and C vitamin ingested per day were the principal variables considered for statistical analysis. Anemia was defined according to hemoglobin level: Hb <12 g% among females and <13.5 g% in males.

Results: 1200 adults were recruited for this research. Prevalence of anemia was 26.3%.

Significant associations were observed between anemia and low socioeconomic status, infrequent doctor's consultation, suburbs geographical areas, nutritional facts, gender, health public assurance, and age. However, in a multiple regres-

sion analysis only socioeconomic characteristics had statistical significance.

Conclusions: This study is one of the first studies to use a comprehensive cense database to perform a population-based analysis.

Results indicate the existence of a high prevalence of anemia among adults and identify iron deficiency as the major cause. Factors associated to this deficiency are all plausible to be prevented with health public programs.

Key Words: anaemia, iron, adults

Introducción

La anemia es un problema de salud frecuente y grave¹, a menudo relacionado con aspectos multifactoriales. La Organización Mundial de la Salud ha establecido para su definición, a un valor de hemoglobina < a 13.5 y 12 gr/L para hombres y mujeres respectivamente². La edad, género, dieta, entre otros aspectos conocidos, son factores que inciden directamente en la prevalencia de anemia³⁻⁵. La reducción de los valores normales de hemoglobina ha sido largamente estudiada en los niños y en las embarazadas⁶.

No obstante, comparativamente a esa extensa bibliografía, poco se ha publicado respecto a la anemia del adulto^{7,8}. La escasez de trabajos epidemiológicos y científicos en este grupo etario, llama la atención, debido a que la anemia tiene un impacto negativo en la productividad de los individuos y ocasiona una pesada carga para el sistema social global⁹. Dado que resulta relativamente sencillo y barato prevenirla y que su tratamiento representa una alta relación beneficio/costo para el Sistema de Salud, resulta importante la detección de las poblaciones en riesgo. Dicha información permite a las Autoridades Sanitarias tomar decisiones y seleccionar estrategias preventivas basadas en datos científicos y epidemiológicos¹⁰.

Con el objetivo de establecer la prevalencia de anemia en la población adulta de un área urbana y determinar los factores asociados a la misma, se realizó el presente estudio poblacional.

Material y métodos

Se trata de un estudio de corte transversal, con una primera etapa descriptiva y otra posterior analítica; y con un tipo de abordaje cuantitativo. El estudio está emplazado en la región capital de la provincia de Buenos Aires (La Plata) la cual,

según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) (Censo 2001) La Plata exponente de las características socioeconómicas de la mayoría de las ciudades argentinas. Se determinó una muestra aleatoria de hogares, tomados en forma estratificada según área geográfica y nivel social. El tamaño muestral se calculó, con una confianza del 95% (error alfa=5%) y una precisión del 5% en un mínimo teórico de 994 viviendas, 1 representante adulto por cada una, del total de 596.000 ciudadanos del partido, aplicando la siguiente fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)$; donde n es el tamaño de la muestra, N la población total, Z el valor de z para el nivel de confianza (1- alfa), p la proporción esperada en la población y d la precisión absoluta. La proporción esperada de anemia en la población se estimó en 12.5%, de acuerdo a la prevalencia de anemia en estudios previos realizados por nuestro grupo¹². La unidad de análisis fueron individuos habitantes de hogares seleccionados por variables como necesidades básicas insatisfechas (NBI) indicador socioeconómico compuesto por: hacinamiento, ausencia de servicios cloacales, vivienda de material precario, o analfabetismo; poder adquisitivo y cercanía o lejanía de un centro de salud municipales (CSM). Los criterios para la inclusión de participantes al estudio fueron: mayoría de edad (individuos que al momento de la encuesta poseían 18 años o más); ser oriundos de la zona elegida para el estudio y la aceptación voluntaria a la incorporación; mientras que los criterios de exclusión consistieron en individuos con patología neoplásica, infección crónica, enfermedades inflamatorias crónicas o malaabsorción conocida en el último año, o encuestados cursando un embarazo en cualquier trimestre.

SELECCIÓN DE VARIABLES

La **variable dependiente** fue la presencia o no de *anemia* establecida a través de los valores de Hemoglobina hallados (puntos de corte 13.5 y 12.0 sexo masculino y femenino respectivamente) complementada con niveles de ferritina (punto de corte 10 ng/ml) y ferremia (punto de corte 80 γ %). Las **variables independientes** se relacionaron con: **Aspectos demográficos**: sexo y edad; **Aspectos socioeconómicos-culturales**: Pertenencia a hogares con NBI establecidas según pautas dadas por el INDEC²⁹; Nivel de pobreza: definido conceptualmente por el nivel de ingreso familiar capaz de acceder a la canasta básica de

bienes y servicios; Nivel de instrucción: definido como el máximo alcanzado por el encuestado, Grado de ocupación laboral: considerando las categorías de ocupado, desocupado o subocupado; Presencia o ausencia de ayuda social; **Accesibilidad a la atención médica**: establecida a través de Cobertura en Salud; Distancia a $> 0 < 1000$ metros del CMS; **Aspectos relacionados con los hábitos alimentarios**: alimentos diarios ingeridos medidos con una medida/porción, Cantidad de calorías diarias ingeridas; Composición de los alimentos; Contenido de hierro, calcio o vitamina C de los alimentos ingeridos; **Aspectos asociados antropométricos** medidos con el Peso en kilogramos; Talla en metros e Índice de masa corporal (IMC) peso en kg/talla en metros²; **Aspectos relacionados con los hábitos** caracterizados especialmente por hábito tabáquico.

RECOLECCIÓN DE DATOS Y

FUENTE DE INFORMACIÓN

Se realizaron 2 encuestas: **socio-económica-sanitaria** y **nutricional**. Además se le realizó una extracción de sangre a fin de realizar un **estudio hematológico** (por Contador Hematológico Coulter-Counter T890); dosajes en suero de **ferremia** (Wiener Lab), **transferrina** (Dade-Behring), y **ferritina** (Ciba Corning-Chiron).

Los **datos antropométricos** se determinaron por báscula portátil y estadiómetro. La **estrategia de análisis** de datos incluyó: análisis descriptivo, análisis comparativo, análisis asociativo en el modelo univariado y multivariado tanto para el sexo masculino como femenino. Para el análisis descriptivo se utilizaron los Programas SPSS Versión 9.0 para Windows, EpiInfo⁶, y CERES (para el análisis del consumo de alimentos).

Se utilizó la χ^2 con significación de 5% para establecer asociaciones estadísticas entre las variables dependientes e independientes, *Odds Ratio* para estudios de asociación simple, Mann Whitney para las variables relacionadas al consumo alimentario; test ANOVA para la diferencias entre medias en distribuciones paramétricas.

Se realizaron varios modelos de regresión logística múltiple.

Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se encuestaron 1200 personas de las cuales 1136 fueron evaluables. Las características de la población estudiada se observan discriminadas

según área geográfica en Tabla I. La talla de los encuestados mostró un valor promedio de 161.4 ± 34.9 cm. El 33% de los individuos se declaró fumador, con un consumo diario de 16.8 ± 10.8 cigarrillos. El porcentaje promedio de personas con cobertura en salud fue del 61.9%.

La hipermenorrea fue la alteración más frecuentemente referida, con un 37.8% de las mujeres afectadas. El 39.7% refirió contar con un médico de cabecera, pero sólo un 54.5% de ellos lo con-

sultó en el último año. El promedio de encuestados con NBI fue del 21.3 ± 16.6 . El 7.7% de los encuestados, tenía ingresos menores a € 100 euros mensuales; el 8.6% entre 101 y 200; el 17.2% entre 201 y 300; 23.1% entre 301 y 401 euros; el 25.3% entre 401 y 500; el 11.7% entre 501 y 600 y 6.5% ingresos por más de € 600. Las encuestas nutricionales, mostraron un ingreso promedio de 2092.4 ± 612.2 calorías, con variaciones según el sexo o el lugar de residencia (Tabla II).

Características	Población Total n: 1136	Casco Urbano n: 570	Suburbios n: 566	Valor P
Edad (años) (media \pm DS)	42.97 ± 19.0	44.2 ± 13.1	41.7 ± 18.6	0.009
Grupos etarios				
18-29	20.9	20.5	21.2	0.03
30-49	24.9	25.3	24.5	N/S
50-69	17.9	18.2	17.5	N/S
>70	5.4	7.2	3.7	0.01
(en porcentaje %)				
Sexo				
Femenino	61.3	60.5	58.5	N/S
Masculino	38.7	39.5	41.4	N/S
(en porcentajes %)				
Peso				
Valor Promedio	70.2 ± 17.1	70.9 ± 16.5	69.4 ± 18.3	N/S
En sexo Femenino	63.1 ± 22.5	66.3 ± 21.3	65.2 ± 18.3	N/S
En sexo Masculino	77.2 ± 16.1	75.6 ± 10.2	73.5 ± 9.6	N/S
(en kilogramos, media \pm DS)				
Población en pobreza (en porcentaje %)	32.6 ± 26.8	14.8 ± 10.2	39.5 ± 24.3	0.000001
Población con NBI (en porcentaje %)	21.3 ± 16.6	4.3 ± 2.7	28.8 ± 6.9	0.000001

Tabla 1: Los valores hallados se expresan en porcentajes, seguidos de 1 desvío estándar para todas las variables (con excepción a los rangos de edad, que fueron expresados en porcentaje de individuos pertenecientes a dicho grupo etario respecto al total de individuos de la muestra. El grado de significación se establece comparando la zona Céntrica con los Suburbios (IC 95%).

PREVALENCIA DE ANEMIA

Se halló un 26.3% de anemia en la población estudiada. Este porcentaje varía según se trate de sexo femenino o masculino, según condiciones socioeconómicas, o área geográfica.

RESULTADOS DE LABORATORIO:

Los valores promedio hallados se muestran en

Tabla III. Los valores de ferremia fueron subnormales en un 39.7% mientras que los de ferritina lo fueron en un 27.7%. En el 87% de los anémicos se halló un déficit tanto de ferremia o ferritina. La relación entre estos estudios y los niveles de hemoglobina, muestran a la ferritina en mayor medida ($p=0.00001$), y en segundo término a la ferremia ($p=0.003$), como predictores de anemia.

Grupo	Sexo	Ingesta Calórica Diaria (en Kcal)	Hidratos de Carbono (%)	Proteínas (%)	Grasas (%)	Hierro (mg /día)	Calcio (mg/día)	Vitamina C (mg/día)
Totales	Femenino	1947.79±620.22	54.46±13.38	15.77±2.54	32.34±4.88	8.36±5.19	213.18±187.27	65.51±25.55
	Masculino	2236.95±523.67	51.33±10.25	17.32±2.13	33.78±4.67	8.17±4.05	228.31±175.32	63.42±32.78
	Promedio	2092.37±612.25	52.89±12.73	16.54±4.26	33.06±7.26	8.26±3.41	220.74±166.57	64.46±38.87
	Significancia	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Análisis según lugar de residencia								
Zona Céntrica	Promedio	2148.56±587.36	51.45±11.32	17.48±4.62	31.07±6.37	8.49±6.11	229.12±124.34	65.40±18.45
	Femenino	2110.02±638.25	51.22±13.30	17.57±6.64	31.21±8.96	8.65±3.02	223.99±120.12	64.6±19.15
	Masculino	2187.12±395.14	51.68±10.24	17.39±3.27	30.93±3.98	8.33±3.34	234.25±131.30	66.2±17.63
	Significancia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Suburbios	Promedio	2115.14±683.31	54.72±14.50	15.69±4.12	29.59±5.69	8.14±5.05	223.21±179.15	67.27±25.34
	Femenino	2103.32±695.14	53.68±15.60	16.12±5.92	30.2±5.16	8.03±4.86	215.20±177.83	68.24±23.57
	Masculino	2126.96±671.47	55.76±13.40	15.26±3.10	28.98±5.98	8.25±5.24	213.22±180.32	66.30±26.74
	Significancia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relación promedios Centro/ suburbios	Significancia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Análisis según presencia o ausencia de Anemia								
Anémicos	Promedio	2044.48±422.12	55.61±03.41	13.25±3.11	32.14±3.57	5.30±7.02	218.18±195.33	60.50±21.54
	Femenino	1990.61±511.23	54.90±05.20	12.53±4.02	31.13±2.19	4.93±6.98	209.85±195.33	62.35±29.87
	Masculino	2098.35±333.14	56.32±02.56	13.97±2.21	29.71±4.35	5.67±8.35	226.51±180.22	58.65±32.51
	Significancia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
No anémicos	Promedio	2104.42±335.21	49.50±19.20	21.35±2.97	30.15±4.80	9.64±4.35	223.31±180.22	68.36±40.66
	Femenino	2095.23±352.07	50.11±21.13	19.78±3.11	31.29±3.57	9.15±7.02	234.50±195.33	66.24±29.34
	Masculino	2113.61±318.12	48.89±18.32	22.89±2.97	29.01±4.80	10.35±4.35	212.12±169.88	70.48±27.9
	Significancia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relación promedios Anémicos /No Anémicos	Significancia	NS	NS	P 0.003	NS	P 0.005	NS	NS

Tabla 2: Los valores hallados se expresan en porcentajes, seguidos de 1 desvío estándar para todas las variables. El grado de significancia se calculó en los valores obtenidos entre el sexo masculino y femenino; entre zona céntrica y suburbios, y entre anémicos y no anémicos (IC 95%).

Género	Hemoglob. (gr/dl)	Hematocrito (%)	Glób.Rojos ($\times 10^{12}/L$)	Leucocitos ($\times 10^9/L$)	Plaquetas ($\times 10^9/L$)	Transferrina (mg%)	Ferremia (%)	Saturación (%)	Ferritina (ng/ml)
Promedio	13.71±1.65	43.02±4.26	4.63±0.43	7.43±2.46	326.21±99.27	242.31±43.57	93.01±27.97	35.07±13.55	89.60±116.83
Femenino	12.56±1.90	39.74±2.95	4.48±0.29	6.95±2.16	338.15±87.24	215.41±48.92	79.51±30.21	30.25±16.51	63.66±135.11
Masculino	14.86±1.40	46.30±1.31	4.78±0.14	7.91±2.76	314.27±111.90	269.28±38.22	106.50±25.7	39.91±10.59	115.54±98.66

Tabla 3. Parametros Bioquímicos Según Sexo.

No se realizan comparaciones estadísticas entre ambos sexos debido a que cada grupo tiene valores de referencia distintos. Valores de referencia: sexo masculino 13.5 gr/dl; sexo femenino 12 gr/dl.

ANÁLISIS COMPARATIVO:

A los grupos "anémicos" y "no anémicos" se les realizó un análisis comparativo de variables agrupadas en "Socioeconómicas", "Sanitarias", "Geográficas" y "Nutricionales". **Variables socioeconómicas: nivel de ingreso:** el grupo con ingreso < al monto establecido para la canasta básica familiar mostró mayor frecuencia relativa de anemia, comparado con el grupo de mayores ingresos (36.2% vs 12.7%, $p < 0.0000001$).

Los individuos NBI, presentaron anemia en el 23.2% respecto al 10.1% de los que no sufren dichas necesidades ($p < 0.000001$). **Variables sanitarias:** concurrir al médico personal regularmente se acompaña de una menor frecuencia relativa de anemia ($p = 0.01$). Esta significancia es aún mayor si la consulta al médico personal se efectuó dentro del último año ($p = 0.0003$).

La ausencia de cobertura específica en salud se acompañó de una mayor prevalencia de anemia ($p=0.02$). **Variables geográficas:** la prevalencia

de anemia en los suburbios es significativamente mayor que en el casco urbano (37.5% vs 17.8%, $p < 0.0001$). **Variables nutricionales:** observables en la Tabla II. **Variables demográficas:** la frecuencia de anemia fue mayor las mujeres comparadas con los hombres 29.5 vs. 25.0% ($p = 0.003$). No se observó diferencias significativas entre la pre-valencia de anemia en individuos mayores de 65 y aquellos de edad menor.

ANÁLISIS ASOCIATIVO

Aquellos individuos cuyos ingresos mensuales son menores a €200 tienen 3.1 más chances de desarrollar anemia que aquellos cuyos ingresos son superiores. Contar con cobertura específica en Salud y haber consultado a un médico en el último año, así como habitar en el área céntrica, ejercen un efecto protector sobre el desarrollo de la anemia (*Odds Ratio* menor a 1), y contrariamente a ello, resultó un riesgo habitar en los suburbios (Tabla IV).

Variabes	Odds Ratio	IC 95%	Nivel de Significancia
Análisis asociativo de anemia con las siguientes variables independientes:			
Ingresos menores a la canasta básica	3.1	2.0-4.5	0.0000001
Pertenencia a NBI	2.73	1.8-4.2	0.000001
Residencia en zona céntrica	0.6	0.4-0.8	0.0009
Sexo femenino	1.8	1.3-2.5	0.0003
Contar con cobertura en Salud	0.7	0.5-0.97	0.003
Consulta médico personal	0.65	0.45-0.91	0.01
Análisis multivariado: Modelo de regresión logística múltiple			
NBI	2.5	1.7-3.93	.000021
Sexo femenino	2.1	1.5-2.9	.000019
Residencia en suburbios	1.6	1.13-2.2	.00730

ANÁLISIS MULTIVARIADO

El sexo femenino, la residencia en suburbios y la pertenencia a hogares con NBI se asocian significativamente a la presencia de anemia, y mantienen su grado de significación aún en el análisis multivariado. Por otra parte, la atención con un médico personal, y la pertenencia a Obra social, pierden significancia cuando se incorporan al

modelo otras variables. El valor de cociente de posibilidades para NBI fue de 2.5.

La misma aseveración es válida para el sexo femenino (2.1 veces mayor probabilidad que el sexo masculino para desarrollar la anemia) y para aquellos que residen en los suburbios (1.6 veces más probabilidades que aquellos que residen en zona céntrica) (Tablas IV y V).

Variables	Estimado	DS	T	Valor de P
1er. Modelo				
Sexo	.622050	.165003	3.769928	.000173
OS	-.47631	.16651	-2.86059	.00432
2do. Modelo (con visita médica)				
Sexo	.584026	.167082	3.495449	.000494
OS	-.38085	.17849	-2.13377	.03310
Méd. Personal	-.27237	.18852	-1.44480	.14883
3er. Modelo (con NBI)				
Sexo	.697493	.168556	4.138053	.00038
OS	-.21871	.18235	-1.19939	.23066
NBI	.978695	.230855	4.239443	.000024
Casco Urbano	-----	-----	-----	-----
4to. Modelo (con área geográfica)				
Sexo	.659434	.166277	3.965878	.000078
OS	-----	-----	-----	-----
NBI	-----	-----	-----	-----
Casco Urbano	-.61753	.16639	-3.71135	.00022
5to. Modelo (con área geográfica)				
Sexo	.728056	.169630	4.292023	.000019
NBI	.941168	.220345	4.271348	.000021
Casco Urbano	-.46432	.17270	-2.68853	.00730

Tabla 5.

OS: Obra Social

Méd. Personal: Poseer medico personal

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

DS: Desvío Estándar

Modelo: Regresión Logística (logit) N de 0's:819 1's:185; Variable Dependiente: AMENIA (MS err. Con escala a:

1); 1er modelo: Perdida Final: 469.02198981 Chi²(2)=21.371 p=.00002; 2do modelo: Perdida Final:467.96494870 Chi²(3)= 23.485 p=.00003; 3er modelo: Perdida Final: 460.42418510 Chi²(3)= 38.567 p=.00003; 4to modelo: Perdida Final: 466.12127824 Chi²(2)=27.173 p=.00000; 5to modelo: Perdida Final: 464.12233214 Chi²(2)=27.112 p=.00000

Resultados y Discusión

Realizar un estudio poblacional siempre resulta complejo, laborioso y caro. El conocimiento respecto al porcentaje de individuos que presenta anemia en una sociedad, resulta para las autoridades sanitarias más que una opción, una necesidad. Estudiar la población adulta, aporta datos

respecto al sector productivo de la Comunidad, y posee una importancia capital, debido a que de esta franja etaria dependen otros integrantes de la Sociedad como los niños. Cualquier acción que se realice sobre la población adulta tendrá pues, un beneficio sobre otros grupos. No existen hasta el momento, estudios poblacionales realizados en Argentina capaces de aportar datos

fidedignos y estadísticamente confiables para determinar cual es la real prevalencia de anemia en la población adulta. Por esta razón, los resultados que surgen del presente trabajo son un aporte de la información necesaria para establecer bases en las cuales se podrán fundamentar las acciones preventivas para evitar esta enfermedad. Los datos surgidos del estudio muestran algunos datos previsibles y otros inesperados. A la primera categoría corresponde la anemia en población NBI, en aquellos con ingresos < a € 200 mensuales, con ausencia de cobertura sanitaria o en sexo femenino. Menos conocido es el factor protector que resulta de la consultar anualmente a su médico de cabecera. Es conocido también que la ferritina resulta un excelente test para diagnosticar la anemia ocasionada por déficit de hierro, pero es igualmente cierto que esa práctica posee un elevado costo. Sin embargo, teniendo en cuenta el alto nivel de discriminación que aportó en este estudio ($p=0.00001$), la misma resulta tener una elevada relación beneficio/costo.

Un hecho positivo de este trabajo fue la objetivación de las diferencias existentes entre las distintas zonas (radios censales), respecto a la presencia de anemia, y su relación con los niveles de pobreza y NBI existentes en esas mismas zonas. El análisis detallado de estos aspectos muestra que si bien hay relación directa entre la anemia y esas variables, existe un riesgo adicional por zona, independiente de esos elementos socioeconómicos. Por el solo hecho de habitar en la zona céntrica (independientemente del ingreso o las condiciones de vida), hay un menor riesgo de padecer anemia.

Resulta necesario pues que cada autoridad sanitaria obtenga información respecto al riesgo que tiene su Comunidad, y que se identifiquen aquellas poblaciones o zonas que se encuentren más afectadas, a fin de permitir focalizar los esfuerzos en la prevención de la anemia y el déficit de hierro, y obtener así mejores resultados con menores recursos.

Estrategias globales emanadas del poder central como la "ley de la fortificación de harinas" recientemente reglamentada en Argentina y de vigencia de larga data en Chile, son también elementos importantes para el control del déficit de hierro. Sin embargo, debido a la inequidad de las realidades sanitarias en Latinoamérica, la pre-

vención focalizada en áreas con alta prevalencia de anemia, resulta fundamental.

Bibliografía

1. WHO. Disease Control Priorities Project. Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors. Risk: Iron-deficiency anemia. 2003.
2. WHO (World Health Association) Nutritional Anemias. Report of a WHO Scientific Group Technical Report Series n.o 405. Geneva: World Health Organization, 1968.
3. Mitchell Lewis S. Introduction the global problem of nutritional anemias. *Hematology* 2005;10 Suppl 1: 224-6.
4. Nilsson-Ehle H, Jagenburg R, Landahl S, Svanborg A, Westin J. Haematological abnormalities in a 75-year-old population. Consequences for health-related reference intervals. *Eur J Haematol.* 1988 Aug; 41 (2): 136-46.
5. Bermejo B, Olona M, Serra M, Carrera A, Vaque J. Prevalence of iron deficiency in the female working population in the reproductive age. *Rev Clin Esp.* 1996 Jul;196 (7): 446-50.
6. Marin G.H., Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A.I. Prevalencia de Anemia en el Embarazo y análisis de sus Factores Condicionantes. *Atención Primaria*, 2001; 29 (3): 158-163.
7. Nordin G, Martensson A, Swolin B, Sandberg S, Christensen NJ, Thorsteinsson V, Franzson L, Kairisto V, Savolainen ER. A multicentre study of reference intervals for haemoglobin, basic blood cell counts and erythrocyte indices in the adult population of the Nordic countries *Scand J Clin Lab Invest.* 2004; 64 (4): 385-98.
8. Cheng CK, Chan J, Cembrowski GS, Ivan Assendelft OW. Complete blood count reference interval diagrams derived from NHANES III: stratification by age, sex, and race. *Lab Hematol.* 2004;10(1):42-53.
9. De Maeyer E. and Adiels-Tegman M. The prevalence of Anaemia in the World. *World Health Statistics Quarterly* 1985; 38:302.
10. Hunt. Reversing Productivity Losses from Iron Deficiency: The Economic Case. *J. Nutr.* 132:794S-801S, 2002.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo: Informe Censo 2001 <http://www.indec.mecon.ar>
12. Marin GH, Rivadulla P, Vazquez A, Juarez D. Proyecto de acción interdisciplinaria en salud (PAIS): un modelo de atención centrado en el hogar hace la diferencia. *An. Sist Sanit Navar* 2006; 29 (1):107-118.



Nota: Presentado en *Aten Primaria*. 2008;40:133-8. Para su publicación en nuestra revista se cuenta con la autorización expresa de Elsevier Doyma.

RNC (2008)
XVI, 4: 109 - 117
© EDICIONES DE LA GUADALUPE
(2008)

TRABAJO ORIGINAL

LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES

Rosa Behar Astudillo

Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

✉ rositabehar@vtr.net

¿Qué es la imagen corporal?

La imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, que está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían a través del tiempo⁽¹⁾.

Pruzinsky y Cash⁽²⁾ han establecido un triple registro en su configuración que incluye:

■ FORMA

Corresponde a la percepción, la idea consciente del propio cuerpo en aspecto, dimensiones (amplitud, altura, espesor, peso), postura, ubicación espacial y movimientos.

■ CONTENIDO

Implica la cognición, el reconocimiento de las sensaciones interoceptivas, propioceptivas (ce-nestésicas) y necesidades corporales (hambre y sed).

■ SIGNIFICADO

Comprende el aspecto emocional, el reconocimiento de zonas erógenas y erogenizadas, serie placer-displacer, simbolizaciones inconscientes, identidad yoica e identidad sexual.

Además, Jarry⁽³⁾ ha descrito tres funciones inherentes a la imagen corporal propia:

1. *Afiliación*: uso de la apariencia en el establecimiento de relaciones interpersonales (amistad o romance);
2. *Evitación*: para evitar abuso (psicológico, físico o sexual) y
3. *Expresión*: para comunicar al sí mismo o a los otros la capacidad de éxito o los sentimientos íntimos de infelicidad.

El contexto socio-cultural de las patologías alimentarias

En los diversos panoramas culturales y etapas históricas, la corporalidad ha estado ligada indiscutiblemente a lo socio-cultural. En nuestra sociedad occidental, la educación va modelando el cuerpo y lo va ajustando a las exigencias y normativas del entorno en que vivimos, teniendo la corporalidad una función muy relevante como mediador cultural⁽⁴⁾.

Es así como la imagen corporal ideal se va plasmando por los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad. De esta manera, las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han destacado por un culto absoluto al cuerpo⁽⁴⁾. En este contexto surgen los desórdenes alimentarios, que transculturalmente se consideran como síndromes ligados a la occidentalidad⁽⁵⁾ y a sus peculiares significancias valóricas.

Cabe señalar que estas afecciones, si bien es cierto en Chile actualmente no representan aún un problema de salud pública como se han calificado en países desarrollados, debido al alarmante incremento en su prevalencia e incidencia, desde aproximadamente las tres últimas décadas, su tendencia presentacional en Chile también ha ido en lento y progresivo aumento.

Una investigación exploratoria sobre trastornos del hábito del comer, demostró que el 18% de jóvenes escolares, el 15% de un grupo de estudiantes universitarias, el 41% de las adolescentes portadoras de un sobrepeso⁽⁶⁻⁹⁾ y el 18% de usuarios de gimnasios⁽¹⁰⁾, se encontrarían en riesgo para desarrollar anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa bajo ciertas circunstancias favorecedoras; vale decir, presentaban un síndrome parcial o subclínico.

En un seguimiento prospectivo de seis años, a partir de 1991, de la población de escolares, universitarias y adolescentes con sobrepeso⁽¹¹⁾, se determinó que aproximadamente el 40% de las sujetos continuó en peligro para desarrollar una afección alimentaria, y, de ellas alrededor del 27% presentó un cuadro alimentario completo.

Alteración de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

La alteración de la imagen corporal en las patologías alimentarias puede nacer como una leve insatisfacción con la corporalidad e irse transformando hasta una distorsión de la imagen corporal que puede oscilar entre un rango desde leve a severamente delirante. Es un fenómeno que podría encontrarse latente o no detectable o aún estar ausente en las pacientes.

Su variación pareciera ser independiente de los cambios biopsicológicos de los síndromes anorécticos y/o bulímicos, su severidad se relaciona directamente con el nivel de la restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma.

Posee un valor predictor pronóstico y representa una precondition de recuperabilidad en la evolución de las patologías alimentarias⁽¹²⁾.

La distorsión de la imagen corporal no es patognomónica de las patologías alimentarias.

Existen otras condiciones que pueden conllevar alteraciones de la imagen corporal, que se muestran en la Tabla 1:

- Psicosis orgánicas
- Psicosis endógenas (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo)
- Obesidad con sobrepeso y/o recuperada
- Dismorfofobia
- Dismorfia muscular: (excesivo aumento de musculatura, atención a la dieta, deterioro social) como subcategoría de un trastorno dismórfico corporal o un trastorno obsesivo-compulsivo
- Embarazo
- Secuencia madurativa normal en mujeres jóvenes
- Otras condiciones físicas (cirugía, cáncer, etc.)

Tabla 1: Alteraciones de la imagen corporal en otras patologías o condiciones

Tomada de: Behar R. La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Pediatría al Día* 2008; 24(1): 54-58.

Distorsión de la silueta corporal en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

■ ANOREXIA NERVIOSA

Diversos estudios demuestran que las pacientes anorécticas sobreestiman la amplitud de su propio cuerpo en rangos que oscilan entre un 25% a 55%. Existe en ellas una distorsión del tamaño corporal y principalmente una insatisfacción

cognitiva-evaluativa del cuerpo, en particular ciertas zonas como cintura, muslos, nalgas y vientre.

Sorprendentemente las anorécticas son exactas en la evaluación de su altura, otros objetos físicos inanimados y perímetros corporales de otras mujeres⁽¹³⁾. La alteración de la imagen corporal es observable entre un 10% a 27% de los casos. Por otra parte, las anorécticas vomitadoras pre-

sentan una mayor confusión en estimación de su talla que las no vomitadoras⁽¹³⁾. Las pacientes restrictivas poseen más insatisfacción corporal que las no restrictivas⁽⁵⁾.

■ BULIMIA NERVIOSA

Las alteraciones de la imagen corporal son factibles de observar entre un 18% a 40% de las pacientes bulímicas. A su vez, las bulímicas con historia de anorexia nerviosa previa, presentan una distorsión mayor. La ponderación corporal en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se ve afectada por el tipo de estímulo, y se ha verificado que uno de los más relevantes es la exposición a la exhibición de retratos de modelos esbeltas, provocación muy frecuente a través de los medios de comunicación en nuestra sociedad y cultura Occidental⁽¹⁴⁾.

Factores de riesgo relacionados con la alteración de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

En la Tabla 2 se mencionan los factores que inciden en la producción de un trastorno de la imagen corporal en los desórdenes alimentarios.

<p>■ Socialización cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia del concepto de belleza - <i>Background</i> de modelo estético
<p>■ Experiencias interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión social familiar - Influencia de amistades - Ser criticado o sufrir burlas
<p>■ Características personales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima negativa - Sentimientos de ineficacia - Temor al rechazo y desprecio
<p>■ Desarrollo físico y <i>feedback</i> social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios biopsicosociales - Críticas y comentarios de otros significativos

Tabla 2: Factores de riesgo para un trastorno de la imagen corporal en las patologías alimentarias.

Tomada de Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001.

Factores socioculturales

■ IDEAL ESTÉTICO, INTERNALIZACIÓN Y

PRESIONES SOCIO-CULTURALES

Raich⁽¹⁵⁾ señala que dentro del contexto socio-cultural occidental, un aspecto nuclear es el marcado énfasis en la silueta corporal delgada femenina, que se homologa a cualidades tales como éxito, atractivo sexual, inteligencia, belleza, etc. En contraste, ser obeso es sinónimo de descuido, enfermedad y fealdad.

Es evidente que la cultura valora más la belleza física en la evaluación femenina que la masculina. La talla promedio de la mujer ideal (modelo) se ha ido adelgazando progresivamente y estabilizado entre 13% a 19% bajo el peso físicamente esperado. Asimismo, las mujeres adultas se consideran a sí mismas delgadas en menos del 87% de su peso saludable, mientras que los hombres en más del 105%. De esta manera, el ideal de delgadez femenina se vuelve inalcanzable para la mayoría de las mujeres, conduciendo a sentimientos de autodevaluación, depresión y desesperanza y sembrando un terreno fértil para el desarrollo de las afecciones alimentarias⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Las teorías socioculturales establecen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico⁽¹⁵⁾. El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que "ser bella es igual a ser delgada", lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal⁽¹⁵⁾. Así, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas⁽¹⁹⁾. Estas presiones sociales se fundamentan en el ejercicio del control corporal favorecido por una amplia oferta de productos dietéticos, gimnasios e innumerables métodos para adelgazar, que se ofrecen persistentemente en el mercado. El paso, por consiguiente, de la disposición a mantener la línea a un trastorno del hábito del comer, es muy sutil y difuso⁽²⁰⁾.

■ INFLUENCIAS FAMILIARES

La familia transmite y enseña desde muy temprano sus propios parámetros estéticos o comportamentales. Habitualmente el grupo familiar alude implícita o explícitamente a la importancia de la apariencia delgada, refuerza las conductas de dieta y estimula su seguimiento o rechaza el sobrepeso o la obesidad, exacerbando el énfasis sociocultural del atractivo, que para las mujeres equivale a la delgadez, favoreciendo así la aparición de trastornos alimentarios. Estos comportamientos suelen llevarse a cabo (sobre todo en el caso de las niñas) en colaboración y correspondencia de las madres⁽²¹⁾, en especial aquellas de pacientes alimentarias que tienden a ser más críticas y preocupadas en relación al peso de sus hijas, incentivándolas a hacer dietas⁽²²⁾. Ricciardelli y McCabe⁽²³⁾ afirman que la presión para perder peso ejercida por la madre es el principal factor predictivo de insatisfacción corporal y de involucrarse en estrategias para modificar el cuerpo en adolescentes de ambos sexos.

■ COMENTARIOS, CRÍTICAS Y BURLAS

Varios estudios informan que la frecuencia de bromas de otros significativos, ya sea familiares y/o amistades, y/o pares, predice la insatisfacción corporal y la restricción alimentaria⁽²⁴⁻²⁶⁾. Centradas en la apariencia durante la infancia, pueden influir sobre la imagen corporal de sí misma en la edad adulta (por ejemplo, "bola de grasa", "gorda asquerosa", "ropero de tres cuerpos", etc.). Thompson⁽²⁷⁾ encontró relación significativa entre estas burlas y la aparición de trastornos en la imagen corporal.

■ ADOLESCENCIA Y GRUPOS DE RIESGO

Los cambios biopsicológicos puberales pueden provocar preocupación acerca de la apariencia física. Son considerados generalmente grotescos o que les engordan o como una señal de estar convirtiéndose en personas mayores, para dejar de ser niñas. Estas modificaciones provocan comentarios de las otras personas significativas en especial familiares, pares, amistades, que a su vez influyen la imagen corporal, así como la autoestima. Los estudios han demostrado que las muchachas adolescentes tienden a tener una autoestima más baja y más evaluaciones negativas de sus características físicas y habilidades intelectuales que los muchachos⁽²⁸⁾. Conclusiones similares han logrado Dunkley *et al*⁽²⁹⁾, que encontraron que en las adolescentes femeninas, la presión para ser

delgada percibida, combinada de parte de los medios, pares y padres, fue el predictor más fuerte de insatisfacción corporal y los padres lo fueron además de la restricción alimentaria.

Tanto la adolescencia como la pertenencia a grupos profesionales como deportistas, bailarinas, modelos y nutricionistas, entre otros, son condiciones que aumentan el riesgo de patologías alimentarias^(11, 30-32).

■ LOS SITIOS WEB "PRO-ANA" Y "PRO-MÍA"

Existe cierta evidencia que indica que las usuarias de los sitios *web* que patrocinan las patologías alimentarias, poseen niveles más altos de insatisfacción corporal y alteraciones en los hábitos alimentarios que los grupos controles⁽³³⁾. Los términos "pro-ana" y "pro-mía" en Internet, se refieren a un grupo o subcultura que promueve y apoya la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, respectivamente, como una elección de estilo de vida alternativo más que como un desorden alimentario⁽³⁴⁾. Internet contiene una gran cantidad de material, con sitios *web*, *blogs*, grupos de discusión y enlaces dedicados a la pro-anorexia, que desde la perspectiva médica son considerados como nocivos e inclusive criminales. Como defensa se alega que estos sitios ofrecen a los enfermos una comunidad ante la que pueden expresarse sin sentirse juzgados, aunque sea a costa de disminuir su motivación para curarse.

Las agrupaciones "pro-ana" replican las críticas, presentando como una opción natural la persecución sin límites de la delgadez extrema. Estos sitios incluyen consejos de cómo permanecer anoréxica o ser "mejores"; así como también dan trucos para mantener oculta la condición ante los amigos, el médico y familiares o engañar al hambre, así como tablas calóricas y otros recursos, tales como lemas y frases con los que autoconvencerse de que no es una conducta insana. Exhiben fotos de ellas mismas, al espejo, mostrando los huesos de las caderas (crestas iliacas) sobresalientes, costillas bien marcadas, vientres planos, esternones claramente visibles. Entre las usuarias de los sitios "pro-ana" y "pro-mía" se encuentra un significativo número de pacientes ya diagnosticadas con cuadros alimentarios.

Wilson *et al*⁽³⁵⁾ detectaron que de las pacientes con desórdenes alimentarios 35,5% habían visitado sitios *web* "pro-ana"; de ellas, 96% aprendió nuevos métodos para perder peso y purgar de estos sitios, versus 46,4% de las visitantes de sitios

anti-anorexia. Bardone-Cone y Cass⁽³⁶⁾ en su estudio con 235 estudiantes universitarias, encontraron que aquellas expuestas a la visualización de un sitio *web* "pro-ana" creado por los investigadores, informaron menor autoestima y mayor preocupación por el ejercicio y la pérdida de peso, comparadas con los controles. Harper *et al*⁽³³⁾ en una investigación realizada en 1.575 niñas y mujeres jóvenes, señalan que aquellas que veían sitios *web* "pro-ana", exhibían una imagen corporal moderadamente negativa que las que no visitaron esos sitios *web*.

■ IDENTIDAD DE GÉNERO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La socialización cumple un papel fundamental en la modelación de la identidad de género femenino en nuestra sociedad occidental, otorgándole una manifiesta preocupación temprana al atractivo corporal. La internalización de presiones socioculturales en torno al ideal de delgadez conlleva efectos adversos en la conformación del rol de género, tales como la focalización en la apariencia externa y la trascendencia que se le otorga a la figura en el éxito social⁽³⁷⁾. Se ha observado la creación de un vínculo entre la occidentalización, mediado por el idioma inglés y la insatisfacción corporal en escolares y jóvenes chinas.

Por otra parte, el déficit de apoyo social, la restricción de dieta y el afecto negativo predisponen a la insatisfacción corporal. Algunos estudios demuestran que la etnia influye en la insatisfacción de la imagen corporal, por ejemplo, se ha determinado que adolescentes negras estarían más satisfechas con sus cuerpos que las blancas^(12, 38).

Los clínicos e investigadores aseveran que existe una asociación entre la condición de feminidad como una orientación específica de rol sexual y los trastornos alimentarios.

El perfil estereotípico de rol genérico femenino en la mujer con un cuadro alimentario surgiría como eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con una necesidad de aceptación por terceros que conlleva una baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica⁽³⁹⁾.

Behar *et al*⁽³⁹⁾ compararon mujeres chilenas con patologías alimentarias versus estudiantes universitarias sin problemas alimentarios y confirmaron que la condición femenina surge de modo estadísticamente significativo como la categoría principal de identidad genérica de las pacientes (42,

9% y 23,8% respectivamente), particularmente entre las anorécticas restrictivas⁽³⁹⁾, mientras que las estudiantes sanas se identificaron especialmente con la categoría andrógina, término cuya relevancia se comentará más adelante.

Las pacientes alimentarias se identificaron con el siguiente perfil en el Inventario Bem para Rol Sexual⁽⁴⁰⁾: infantil, temperamental, deseosa de alcanzar una posición, impredecible, celosa, convencional y con sensación de ineficiencia personal.

Estas cualidades concuerdan con las características clínicas ampliamente observadas en las anorécticas y bulímicas.

El mismo equipo (2002) aplicando el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)⁽⁴¹⁾ en una población de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (grupo TCA), estudiantes de sexo femenino (grupo FST) y masculino sin estos trastornos (grupo MST), observaron que el mayor grado de insatisfacción corporal (IC) lo alcanzaron las pacientes y el menor, los estudiantes varones. Sin embargo, las estudiantes de sexo femenino, por el sólo hecho de ser mujeres, tuvieron un lugar intermedio, además de evidenciar correlativamente una más alta motivación por alcanzar la delgadez corporal, la que fue muy escasa en los sujetos de sexo masculino ($p < 0,001$) (Figura 1).

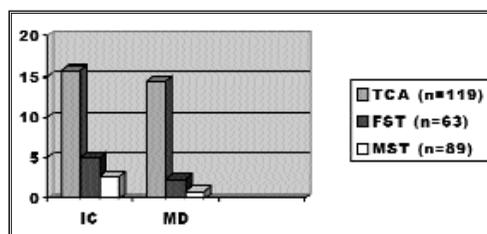


Figura 1: Insatisfacción corporal (IC) y motivación por la delgadez (MD) en pacientes alimentarias (TCA) y estudiantes femeninas (FST) y masculinos (MST) sin estas patologías

La insatisfacción corporal en adolescentes se encuentra intensamente relacionada con la influencia mediática, así como con las expectativas culturales, la discrepancia existente entre las características físicas y las expectativas de su entorno social. Las lesbianas a su vez, presentan una mayor estima corporal y una menor internalización de estándares socioculturales, y por lo tanto, estarían más protegidas para el desarrollo de una patología de la conducta alimentaria⁽¹²⁾.

Una investigación llevada a cabo en una población de adolescentes, demostró que 50% de las mujeres a cualquier edad presentan una insatisfacción corporal. Ellas se sentían más incómodas con el tamaño excesivo de las caderas, nalgas, muslos, cintura y busto y exhibían más conductas peligrosas de control ponderal (ej. dietas, ayunos, vómitos autoinducidos, diuréticos, laxantes, anorexígenos). No obstante, un tercio de los muchachos evidenció insatisfacción corporal, deseando brazos, tórax y hombros más grandes. Ellos preferían el ejercicio como método de control ponderal y su dieta estaba más asociada al logro de un peso corporal aumentado y a la práctica de deportes (ej. lucha)^(12, 42).

■ EL CONCEPTO DE ANDROGINIA

En 1974, Sandra Bem introdujo el concepto de androginia (*Andros*= hombre; *Ginos*= mujer), que validó mediante el Inventario Bem para Rol Sexual. No denota orientación sexual, vale decir, condición de heterosexualidad u homosexualidad, sino que es una concepción psicosocial. La androginia implica la identificación simultáneamente tanto con los rasgos femeninos como masculinos, en el medio ambiente sociocultural.

Los del estereotipo masculino son agresividad, independencia, dominancia, competitividad, actividad, ambición y fácil toma de decisiones, cualidades que son catalogadas socialmente como rasgos esencialmente competitivos y positivos.

En cambio, los femeninos han sido considerados básicamente expresivos, inmaduros y negativos por la sociedad, tales como sensibilidad, calma, consciencia de los sentimientos de los demás, necesidad de seguridad, fácil expresión de sentimientos de ternura^(39, 40).

La persona andrógina puede ser agresiva o condescendiente, fuerte o dócil, sensible o asertiva, como la situación particular lo requiera. Es más adaptable, se comporta de manera apropiada frente a una situación dada, sin importar si la conducta es masculina o femenina. Por ejemplo, las mujeres andróginas cuando están sometidas a presiones, son más asertivas e independientes que las mujeres femeninas. Las mujeres femeninas tienen problemas en ser independientes y asertivas, aún cuando la independencia y la asertividad sean necesarias. En contraste, las personas andróginas son capaces de modificar sus respuestas de acuerdo a sus necesidades y a las de-

mandas de la situación. Bem señala que los sujetos andróginos son más libres, más adaptables y emocionalmente más saludables que aquellos que restringen su conducta a los patrones de los roles sexuales tradicionales⁽³⁹⁾.

Asimismo, existe una creciente evidencia en la literatura acerca de los rasgos andróginos. La androginia parece auspiciar el pensamiento independiente, la acción y la autoestima. Además, se relaciona con una adaptación exitosa y empatía.

Es una instancia de una mayor flexibilidad general, asociada a actitudes más liberales hacia la expresión sexual, es predictora de una mayor satisfacción vital, estimula el desarrollo y la mantención de amistades estrechas y positivas, es más deseable para las ocupaciones laborales y es importante para la identidad del yo y el desarrollo moral⁽³⁹⁾.

Las mujeres altamente femeninas poseen más probabilidad de tener límites corporales más débiles que las mujeres andróginas⁽³⁹⁾. Root⁽⁴³⁾ puntualiza ciertos "factores protectores" respecto a las afecciones alimentarias (autoestima alta, estabilidad emocional, baja timidez, y énfasis en un cuerpo saludable más que una preocupación por la apariencia), que pueden ser más característicos de las mujeres andróginas.

Factores psicológicos

■ PERFECCIONISMO E INSATISFACCIÓN CORPORAL

Entre las pacientes con cuadros alimentarios se encuentra como uno de los rasgos principales, el perfeccionismo. Waller *et al*⁽⁴⁴⁾ indican que éste sería un factor de riesgo para desencadenar una patología alimentaria en presencia de algún grado de insatisfacción general, que en el caso de los desórdenes alimentarios, se centra principalmente en la figura corporal. Behar *et al*⁽⁴⁵⁾, comprobaron este postulado aplicando el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)⁽⁴⁶⁾ y el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI)⁽⁴⁷⁾, en mujeres con trastornos alimentarios versus pacientes con sobrepeso y estudiantes universitarias, sin ninguna de estas condiciones. Las universitarias se mostraron como "perfeccionistas satisfechas" y las pacientes alimentarias y con sobrepeso como "perfeccionistas neuróticas" ($p < 0,001$) (Figura 2), fenómeno que se replicó en otro sondeo efectuado por Behar⁽⁴⁵⁾, al confrontar pacientes de sexo femenino con afecciones alimentarias versus estudiantes de medicina ($p < 0,001$) (Figura 3).

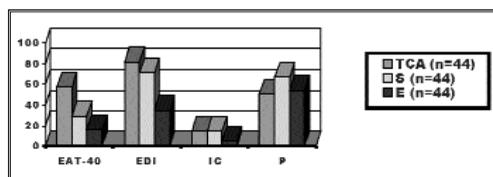


Figura 2: Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pacientes con sobrepeso (S) y estudiantes sin estas patologías (E)

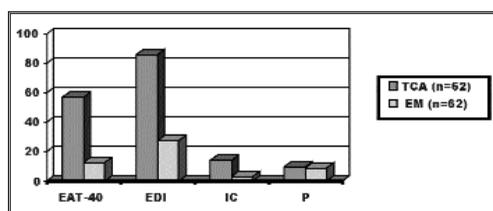


Figura 3: Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y estudiantes sin patologías alimentarias (EM)

Aspectos biológicos de la distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

Desde una perspectiva biológica existe contundente evidencia confirmada en numerosas investigaciones. Estudios demuestran que el metil-cloro-fenil-piperazina (m-CPP), que es un proserotoninérgico, mejora el ánimo y la distorsión de la imagen corporal, por lo que es razonable pensar que los medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pudiesen poseer un efecto positivo en la manifestación clínica de este fenómeno. Se ha observado que las pacientes anorécticas presentan una imagen corporal más gorda en el hemisferio cerebral izquierdo versus el derecho.

También se ha determinado que el alimento y la distorsión de la imagen corporal, a su vez, activan las regiones cingular, frontal, temporal y parietal en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa, con alteraciones de la serotonina^(12, 48). En análisis de neuroimágenes se ha visualizado en la anorexia nerviosa un flujo sanguíneo cerebral elevado en los lóbulos temporales mediales, hecho similar al observable en pacientes psicóticos con distorsión de la imagen corporal. Además, en la anorexia nerviosa se ha observado que la insatisfacción corporal estimula la activación de la amígdala, el

giro fusiforme derechos y el tronco cerebral. Sin embargo, algunos autores destacan que la disfunción cognitiva inespecífica en el estado agudo de la anorexia nerviosa altera el procesamiento del esquema corporal⁽¹²⁾. Pacientes anorécticas confrontadas con sus propias imágenes distorsionadas digitalmente, basadas en una técnica computacional de video, mostraron activación de la red de atención, como también de las estructuras involucradas en el proceso viso-espacial y autorreflexión, al igual que el grupo control. No obstante, las anorécticas denotaron una mayor activación en la corteza prefrontal y en el lóbulo inferior parietal, incluyendo el surco intraparietal anterior, sólo evidenciando un aumento específico en la activación frente a sus propias imágenes, indicando la existencia de diferentes procesos viso-especiales⁽⁴⁹⁾. En otro estudio, se estimularon pacientes anorécticas con imágenes digitales de su propio cuerpo, distorsionadas individualmente por ellas mismas, usando representaciones ópticas con resonancia magnética funcional. La estimulación con su propia imagen corporal, se asoció con la activación de la amígdala derecha, giro fusiforme derecho, y la región del tronco encefálico, indicando una activación de la "red de miedo" cerebral⁽⁵⁰⁾.

Gordon *et al*⁽⁵¹⁾ detectaron ante un estímulo con alimentos altos en calorías, un elevado flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo temporal medial bilateral en mediciones con tomografía de emisión de positrones y una mayor activación en la corteza occipital izquierda y corteza ténporo-occipital derecha, en comparación con las sujetos control. Estos hallazgos son similares a los resultados en pacientes con trastornos psicóticos y pueden estar relacionados con la distorsión de la imagen corporal común con la anorexia nerviosa. La fobia exhibida por las anorécticas a las comidas altamente calóricas, parece asociarse con respuestas exageradas de la corteza de asociación visual, fenómeno observado igualmente en las fobias.

Las anorécticas juzgaron en una alta proporción distorsiones de mayor gordura en imágenes distorsionadas o no distorsionadas de su propio cuerpo y de otros. Responden más rápido cuando el estímulo se presentaba inicialmente en el hemisferio izquierdo que cuando eran presentadas en el hemisferio derecho. En contraste, calificaron menos distorsiones delgadas incluyendo su propio tamaño corporal y fueron efectuadas más

lentamente en pruebas del hemisferio izquierdo en contraste al hemisferio derecho, mientras que los controles no mostraron diferencias hemisféricas cuando juzgaron acerca de su propio cuerpo, y las anorécticas tampoco mostraron diferencias hemisféricas cuando juzgaron imágenes de otras personas. El paradigma de la lateralización cerebral puede ser útil en la comprensión de la alteración de la imagen corporal en pacientes anorécticas (Smeets y Kosslyn, 2001).

Referencias

1. Slade P, Brodie D. Body image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on recent literature. *Eating Disorders Review* 1994; 1 (2): 32-46.
2. Pruzinsky T, Cash T. Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En: Cash T, Pruzinsky T, editors. *Body Images. Development, deviance and change*. New York: The Guilford Press, 1990. p. 337-349.
3. Jarry J. The meaning of body image for women with eating disorders. *Can J Psychiatry* 1998; 43 (4): 367-74.
4. Esteban M. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.
5. Prince R. The concept of culture-bound-syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. *Soc Sc Med* 1985; 21: 197-203.
6. Behar R, Botero J, Corsi P y Muñoz P. Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V Región. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 159-165.
7. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1085-1092.
8. Behar R, Alviña C, Medinelli A, Tapia P. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Rev Chil Nutr* 2007; 34 (4): 298-306.
9. Behar R, Alviña C, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar 2007; 34 (3): 240 -249.
10. Behar R, Invernizzi M. Evolución a seis años plazo de un grupo de mujeres en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1999; 37: 154-161.
11. Behar R, Hernández P. Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 287-294.
12. Behar R. La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Pediatría al Día* 2008; 24(1): 54-58.
13. Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 10: 215-221.
14. Waller G, Barnes J. Preconscious processing of body image cues. Impact on body percept and concept. *J Psychosom Res* 2002; 53(5):1037-41.
15. Raich R. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001.
16. Garner D, Garfinkel P. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1980; 9: 273-279.
17. Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med* 1993; 119: 643-45.
18. Andersen A. Gender-related aspects of eating disorders: A guide to practice. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1999; 2: 47-54.
19. Koblenzer C. Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good. *Clin Dermatol* 2003;21(6): 473-5.
20. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1085-1092.
21. Mc Phail E. Cuerpo y cultura. *Razón y Palabra* 2002; 25: 1-11.
22. Gowers S, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 236-42.
23. Ricciardelli L, McCabe M. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (3): 325-44.
24. Levine M, Smolak L, Hayden H. The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *J Early Adolesc* 1994; 14: 471-490.
25. Fabian L, Thompson J. Body image and eating disturbance in young females. *J Eat Disord* 1989; 8: 63-74.
26. Paxton S, Schutz H, Wertheim E. Friendship cliques as peer influences on body image attitudes, dietary restraint, extreme weight loss behaviours and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 1999;108: 255-66.
27. Thompson J. *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New Cork: Pergamon Press, 1990.
28. Kearney-Cooke A. Gender differences and self-esteem. *J Gend Specif Med*. 1999;2(3):46-52.
29. Dunkley T, Wertheim E, Paxton S. Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence* 2001; 36: 265-79.
30. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes.

- Med Sci Sports Exerc 1994; 26 (4): 414-9.
31. Lindeman A. Self-esteem: Its application to eating disorders and athletes. *Int J Sport Nutr.* 1994;4(3):237-52.
32. Byrne S, McLean N. Eating disorders in athletes: A review of the literature. *J Sci Med Sport.* 2001;4(2):145-59.
33. Harper K, Sperry S, Thompson J. (2008), Viewership of pro-eating disorder websites: Association with body image and eating disturbances. *Int J Eat Disord* 2007; 41 (1): 92-95.
34. Andrist L. Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003; 28(2):119-23.
35. Wilson J, Peebles R, Hardy K, Litt I. Surfing for thinness: A pilot study of pro-eating disorder web site usage in adolescents with eating disorders. *Pediatrics* 2006; 118 (6): 1635-43.
36. Bardone-Cone A, Cass K. What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. *Int J Eat Disord* 2007; 40 (6): 537-48.
37. Behar R, de la Barrera M, Michelotti J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 964-975.
38. Jakatdar T, Cash T, Engle E. Body-image thought processes: The development and initial validation of the assessment of body-image cognitive distortions. *Body Image* 2006;3 (4):325-33.
39. Behar R. La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica.* Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004. p. 55-74.
40. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42: 155-162.
41. Behar R, de la Barrera M, Michelotti J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 964-975.
42. Share T, Mintz L. Differences between lesbians and heterosexual women in disordered eating and related attitudes. *J Homosex* 2002; 42(4):89-106.
43. Root P. Disordered eating in women of color. *Sex Roles* 1990; 22: 525-536.
44. Waller G, Hamilton K, Shaw J. Media influences on body size estimation in eating disordered and comparison subjects. *British Review of Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa* 1992; 6 (2), 81-87.
45. Behar R. El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1996; 34: 257-262.
46. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
47. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
48. Frank G, Kaye W, Weltzin T, Perel J, Moss H, McConaha C, Pollice C. Altered response to meta-chlorophenylpiperazine in anorexia nervosa: Support for a persistent alteration of serotonin activity after short-term weight restoration. *Int J Eat Disord* 2001; 30(1): 57-68.
49. Wagner A, Ruf M, Braus D, Schmidt M. Neuronal activity changes and body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroreport* 2003;14 (17):2193-7.
50. Seeger G, Braus D, Ruf M, Goldberger U, Schmidt M. Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa -- a functional magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett* 2002; 326(1): 25-8.
51. Gordon C, Dougherty D, Fischman A, Emans S, Grace E, Lamm R, *et al.* Neural substrates of anorexia nervosa: A behavioral challenge study with positron emission tomography. *J Pediatr* 2001;139(1):51-7.
52. Smeets M, Kosslyn S. Hemispheric differences in body image in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001; 29:409-16.



TRABAJO ORIGINAL

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA EN MONTERREY

Núñez Rocha Georgina Mayela^{1,2}, Topete González Mireya¹, Patrón Ramírez, Jesús Manuel¹, Vázquez Amparo María¹, Medina Aguilar Graciela¹, Ayala Aguirre Francisco¹, Salinas Martínez Ana María², Garza Elizondo María Eugenia²

¹Escuela de Medicina Ignacio Santos. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México

²Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud - Monterrey Nuevo León México.

✉ georgina.nunez@imss.gob.mx

Resumen

Introducción: Más de un 90% de los pacientes con trastornos alimentarios son mujeres. De 1% a 5% de la población son universitarias lo cual se explica por el sometimiento a una mayor presión tanto académica como social.

Los trastornos alimentarios son multicausales: la psicología personal, la sociedad en que se vive, la cultura de consumo y el lugar de la mujer en la sociedad son algunos de los factores que influyen en el desarrollo de un trastorno alimentario.

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en las estudiantes de una institución educativa privada en Monterrey.

Material y métodos: Diseño transversal. La población de estudio fueron estudiantes del sexo femenino de 18 a 24 años que aceptaron participar y respondieron la encuesta autoaplicada de manera completa (n=150). El muestreo fue no probabilístico por cuota. Previo consentimiento informado, se aplicó el cuestionario EAT-26 que contiene reactivos acerca de diferentes conductas alimentarias de riesgo. El plan de análisis consistió en estadística descriptiva: promedios, desviación estándar y porcentajes.

Resultados: Se encontró una prevalencia de 15.3% de estudiantes con una conducta alimentaria de riesgo. Un 76.6% refirió terror a ser gorda, 60% evitaba comer cuando tenía hambre, 14.1% vomitaba después de comer, 12.8% había usado laxantes o diuréticos para controlar el peso, 12.8% alguna vez había sido tratada por desordenes alimenticios y un 3.4% había intentado suicidarse en alguna ocasión.

Conclusiones: La prevalencia de riesgo en las estudiantes es muy alta en comparación a estudios similares en estudiantes universitarias. Es importante identificar grupos de riesgo para intervenir desde el punto de vista preventivo.

Abstract

Objective: Determining the risk factors prevalence of feeding behavior in students from educative institution in Monterrey.

Material and methods: Cross Study. The study population were students from 18 to 24 years

old that agreed to participate in the investigation with complete questionnaires (n=150).

The sampling was not probabilistic per quota. The questionnaire applied was EAT-26, it contains questions about the different risky feeding behaviors. The plan of analysis consisted in descriptive statistics: mean, standard deviation and percentages.

Results: The prevalence found in students with risky feeding behavior was 15.3%. A 76.6% refer to feel afraid of being fat, 60% tried not to eat when they are hungry, 14.1% vomited after eating, 12.8% have used laxatives and diuretic, 12.8% have been treated for eating disorders and 3.4% have tried to take away their lives.

Conclusions: The risky prevalence in students is quite high in comparison with others studies of risk. It is important to identify groups of risk to take part for prevention.

Key words: risky feeding behavior; risk factors; students.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia, bulimia, sobrealimentación compulsiva, sobre ingestión, la combinación de éstos, o cualquiera que caiga en la categoría de trastorno alimentario no específico; son enfermedades psicológicas; ninguna menos o más seria que la otra y se presentan cada vez mas frecuentemente entre las mujeres jóvenes^{1,2}. Se caracterizan por la desregulación del comportamiento de ingesta de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución esta inevitablemente condicionada por el logro o la presencia de delgadez. Los TCA se caracterizan por ser patologías de índole somática o psíquica y llegan a ser mortales hasta en un 10% de los casos según investigadores en España y México ^{3,4}. **En los países occidentales desarrollados, más del 90% de los casos son mujeres y entre hombres se da más entre homosexuales. Se señala una proporción de un hombre por cada 20 mujeres. Tiene una prevalencia del 0.5 al 1% en población general, y una incidencia anual de un nuevo caso por cada 1,000 mujeres de 13 a 18 años de edad^{1,2}. De acuerdo con la Asociación Nacional de Desórdenes de Alimentación en Estados Unidos en donde se indica que después de la pubertad 5 a 10 millones de niñas y mujeres están padeciendo TCA. Otros estudios refieren que más de ocho millones de personas en los EE.UU.**

tienen un trastorno en el comer, de las cuales el 90% son mujeres y esta comprobado que estos trastornos usualmente comienzan en la adolescencia pero pueden aparecer de manera tan temprana como a los ocho años de edad⁵.

La Asociación Psiquiátrica Americana reconoce en su manual DSM IV que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la co-mida, que comparten una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. Ellos dividen los trastornos del comportamiento alimentario en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y síndrome de descontrol alimentario⁵. Además de estos trastornos existen casos "leves" de anorexia y bulimia que han sido denominados trastornos del comer no especificados, porque no cumplen totalmente con las determinaciones del DSM IV para su diagnóstico médico o casos mixtos de anorexia y bulimia denominados bulimarexia. También son trastornos del comportamiento alimentario el síndrome de los comedores compulsivos trastorno de sobre ingestión, el síndrome de Prader Willi, trastornos de la alimentación y el sueño; la vigorexia que aunque no es estrictamente un trastorno de la alimentación, es un desorden mental en donde prevalece la dismorfia corporal y se tiene especial cuidado con la alimentación².

En México, de acuerdo con la psicóloga Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", el 0.5% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5 % bulimia, mientras que entre el 50 y el 70% de las personas con sobrepeso son comedores compulsivos. Los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos hacen difícil su diagnóstico oportuno; por lo que en los últimos años se han descrito numerosos instrumentos para la exploración de los mismos. Los cuestionarios auto aplicados reportan síntomas o conductas de riesgo para TCA, pero no dan un diagnóstico específico cuando un individuo obtiene una puntuación que indique la presencia de algún TCA es necesario verificar el diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas⁶.

Los estudios realizados en población mexicana, estiman una prevalencia del 0.5. y suele iniciarse en la adolescencia, entre los 13 y los 18 años de edad, es raro que aparezca, por vez primera, en mujeres mayores de 30 años. En solo un 5% se inicia tras los 20 años. Aparece más en clases alta

y media^{7,9}. Bajo el contexto expuesto el objetivo de este estudio fue determinar factores de riesgo para TCA en estudiantes de una institución educativa en Monterrey Nuevo León México.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal en estudiantes mujeres de 18 a 24 años de edad de una institución educativa privada en Monterrey Nuevo León México, que aceptaron participar en el estudio y respondieron la encuesta de manera completa. La técnica muestral fue no probabilística, por cuota. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estimar una proporción en una población infinita, con una prevalencia hipotética del 10% de estudiantes con TCA, se empleó un margen de error del 5% ($d=.05$) y un intervalo de confianza de 95%. El resultado indicó que se requerían $n=150$ participantes. Para identificar las conductas alimentarias de riesgo, se utilizó un cuestionario ya validado (EAT-26)¹⁰ que contiene siete factores agrupados: 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 percibida al aumentar de peso.

En cuanto a la evaluación, los reactivos del EAT-26 se contestaban a través de una escala de seis puntos tipo Likert: siempre, generalmente, a menudo, a veces, rara vez y nunca. Un puntaje mayor a veinte es considerado como conducta de riesgo. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de 2 a 3 semanas es del 84%, la sensibilidad y especificidad de la prueba del 77% y 95%, respectivamente. Se incluyeron además datos generales de las participantes y medidas antropométricas. Se aplicó una prueba piloto para probar el instrumento en esta población e identificar su aceptabilidad. Previo consentimiento informado se entregaron las encuestas, y de manera autoaplicada se recogieron los datos con los cuales se estructuró una base para proceder a realizar el análisis estadístico de los resultados.

El Plan de análisis consistió en estadística descriptiva: media, desviación estándar, tasa de prevalencia, porcentajes.

Resultados

El promedio de edad de las jóvenes fue de $20,2 \pm 1,6$ de talla $1,6 \pm 5,9$ y de peso $58,5 \pm 9,5$. Del total el 15,3% resulto con riesgo para presentar TCA.

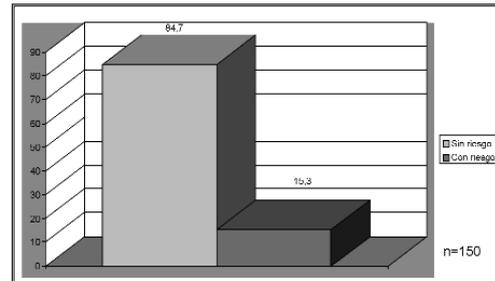


Figura 1: Riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias en Monterrey Nuevo León México

El 12,8% de las jóvenes, habían sido tratadas por desordenes alimentarios y 3,4% habían tenido intentos de suicidio. Por otro lado, se les interrogó acerca de sus actitudes y conductas alimentarias que se incluyen en el instrumento EAT-26 como el terror a ser gorda en donde el 76,6 % alguna vez en su vida tuvo ese sentimiento y el 14,1% alguna vez había vomitado después de comer, al 69,3% le preocupaba ser delgada y el 74,0 % dedicaba demasiado tiempo a pensar en la comida. Estos y otros factores se presentan de manera desagregada en la Tabla 1.

Discusión

Los resultados obtenidos mostraron que poco menos de la cuarta parte de las mujeres encuestadas presenta riesgo en conductas de trastornos alimentarios. De aquí surge la necesidad de obtener una propuesta clara y concisa de las medidas que deben aplicarse en este grupo vulnerable.

El riesgo para TCA en esta población es semejante a la encontrada en universitarios españoles y chilenos aunque menor que los de Cali Colombia en donde la prevalencia fue mucho mayor^{7,9-11}. Una octava parte de las jóvenes universitarias han vomitado después de comer y han utilizado laxantes semejante a los estudios realizados en Madrid y en Estados Unidos en se han encontrado datos que revelan que 10 de cada 100 mujeres en las universidades vomitan o se purgan. Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Mental confirma que entre los afectados por anorexia en el vecino país, 1 de cada 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallas en los riñones u otros órganos¹².

La mayoría de las jóvenes que formaron parte del estudio externaron en mayor o menor medida su terror ante la idea de ser una persona gorda, las

	Siempre	Generalmente	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
1. Me aterroriza ser gorda	8,0	18,0	15,3	16,0	19,3	23,3
2. Evito comer cuando tengo hambre	1,3	2,7	7,3	16,0	32,7	40,0
3. Me preocupa demasiado la comida	,7	7,3	6,7	23,3	20,0	42,0
4. He comido sintiendo que ya no puedo parar	-	3,4	4,7	11,4	25,5	55,0
5. Corto mi alimento en pedazos pequeños	2,7	8,7	8,7	18,8	17,4	43,6
6. Me preocupa enterarme del contenido en caloría de los alimentos que yo como	1,3	6,7	9,3	10,0	20,7	52,0
7. Evito particularmente el alimento con un alto contenido de carbohidratos	1,3	6,7	8,0	16,7	28,0	39,3
8. Siento que otros preferirían que comiera más	1,4	4,1	7,5	13,7	26,0	47,3
9. Vomito después de comer	-	1,3	2,0	4,7	6,0	85,9
10. Después de comer me siento culpable	1,3	1,3	4,7	20,8	20,8	51,0
11. Me preocupa demasiado ser más delgada	6,7	11,3	8,0	19,3	24,0	30,7
12. Pienso sólo en quemar calorías cuando me ejercito	3,3	8,7	11,3	18,0	32,0	26,7
13. La gente piensa que soy demasiado delgada	3,3	3,3	4,0	14,0	23,3	52,0
14. Me preocupa el pensamiento del tener grasa en mi cuerpo	6,4	12,1	11,3	25,5	24,8	19,9
15. Tardo más que los demás en comer	4,1	9,5	8,2	22,4	29,9	25,9
16. Evito los alimentos que contienen azúcar	2,7	6,7	12,8	22,1	32,2	23,5
17. Como sólo alimentos de dieta	3,4	15,5	10,1	21,6	21,6	27,7
18. Siento que la comida controla mi vida	2,0	4,0	6,7	13,3	25,3	48,7
19. Muestro autocontrol sobre la comida	9,3	22,7	9,3	22,7	12,7	23,3
20. Siento que otros me presionan para que coma	2,1	5,5	9,6	17,8	19,9	45,2
21. Dedico demasiado tiempo a pensar en comida	6,0	33,3	2,7	8,0	24,0	26,0
22. Me siento incómoda después de comer cosas dulces o con azúcar	6,1	23,5	7,6	9,1	16,7	37,1
23. He estado a dieta	8,0	40,7	8,7	16,7	10,7	15,3
24. Me gusta sentir mi estómago vacío	6,0	34,2	5,4	4,7	12,8	36,9
25. Disfruto probar nuevas comidas ricas	37,3	24,7	13,3	11,3	6,0	7,3
26. Tengo el impulso a vomitar después de comer	,7	4,7	8,1	7,4	16,1	63,1

Tabla 1: Factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Monterrey Nuevo León México. Fuente: encuesta autoaplicada, N=150.

estudiantes de esta institución le tienen pavor a la obesidad. De ahí que poco más de la mitad evita, de manera ocasional o habitual, comer cuando tiene hambre. Esta misma conducta se observó en la población del Distrito Federal (DF) en México en donde además sobreestimaron el peso corporal⁴. Estas

actitudes, conllevan una fuerte carga de autoestima baja y se corrobora lo que se ha establecido por diferentes autores en función de las demandas sociales de lo que se considera estético¹³. Casi un veinte por ciento presentaba conductas de comer sin poder parar, esa tendencia hacia el atracón, no se observó en

esa magnitud en la población del DF. En cuanto a las conductas restrictivas, se presentaron en casi el veinte por ciento del grupo, mayor a las del DF y a la población de Chile^{4, 12, 14}.

Por otro lado, los resultados son realmente desalentadores, sobre todo porque existe un número de participantes que han pensado alguna vez en el suicidio y eso ya es grave. Es entonces cuando surge una nueva interrogante: ¿cuál es el verdadero problema: la sociedad o la cultura. Es difícil especificar lo que ocurre y cual es el origen en determinada población, ¿es acaso la belleza y el culto a la apariencia las principales razones que llevan a muchas mujeres a caer en este tipo de trastornos?. Un importante aspecto a considerar en futuros estudios, sería el correlacionar los factores de riesgo con otras variables culturales, psicógenas y ambientales para aplicar acciones y planes preventivos para jóvenes en riesgo de manera dirigida sobre todo a incrementar su autoestima y su función dentro de la sociedad. Finalmente es una tarea de todos; tanto del entorno familiar como los servicios de salud y el sector educativo, puesto que es en esos grupos vulnerables en donde se percibe y se identifica el riesgo de estos trastornos, en donde una vez que se desencadena la solución de raíz, si es que se logra, es difícil, desgastante y a muy largo plazo.

Bibliografía

1. Guerra-Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. La epidemiología de los trastornos alimentarios y la influencia de los medios masivos de comunicación; revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29:403-410.
2. Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Paediatr Drugs* 2001; 3:91-99.
3. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C. *et al.* Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones, 2000. recuperado 27 de junio de 2008. www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAIL-

ABLE/TDX-0212108-164406//FJAN_TESIS.pdf -

4. Unikel C, Bojórquez I, Villatoro J, Fleiz C, Medina ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin* 2006; 58 (1): 15-27.
5. American Psychiatric Association (APA). 1994. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association. 909 pp.
6. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de Mex* 2004; 46 (6): 509-15.
7. Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastorno alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Rev Chil Nutr* 2007; 34 (3): 240-49.
8. Behar R, Alviña M, Medinelli A, Tapia P. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética *Rev Chil Nutr* 2007; 34 (4): 290-306.
9. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux Claudia, Espinoza R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Revista Colombiana Médica* 2007; 38(4):344-51.
10. Garner DM, Olmsted, Y. Bohr and PE. Garfinkel. 1982. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 12:871-878.
11. Sepúlveda A, Gandarillas A, Carroble J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Interpsiquis* 2004. consultado el 27 de junio de 2008 <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/14984/?++interactivo>.
12. Sztainer N, Wall M, Guo M, Story M, Haines J, Eisinger M. Obesity, disordered eating and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J American Diet Assoc* 2003; 106 (4): 559-68.
13. Rivarola M, Penna F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista intercontinental de psicología y educación* 2006; 8 (2): 61-72.
14. Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (2): 153-60.



Congresos, Cursos y eventos



CATEDRA DE MEDICINA INTERNA "D"
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. UNLP
SECCIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL Y ENFERMEDADES MALABSORTIVAS
JORNADAS DE POSTGRADO. SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL

Viernes 3 de octubre de 10.00 a 20.00 y sábado 4 de octubre de 09.30 a 13.30 h.

Lugar: Microcine de la Facultad de Ciencias Médicas. UNLP. Calle 60 y 120. La Plata

Viernes 3 octubre

10.00-11.00: Desnutrición primaria y secundaria. Consecuencias de la desnutrición. Composición corporal. *Dra. Adriana Crivelli*

11.00-11.30: Requerimientos. *Dra. Adriana Crivelli*

Receso 11.30 a 11.45

11.45-12.45: Evaluación del estado nutricional. *Dra. Adriana Crivelli*

Receso

15.00-16.00: Fisiología y fisiopatología de la y digestión y absorción de macronutrientes. Micronutrientes. *Dr. Martín Viola*

16.00-16.45: Nutrición enteral: Conceptos generales. Indicaciones y contraindicaciones. *Dra. Silvia de Barrio*

Receso

17.00-17.45: Fórmulas y Nutrientes especiales. *Lic. Paula Guastavino*

17.45-18.45: Vías de acceso. Complicaciones. *Dr. Gustavo Klinger*

19.00- 20.00: Casos clínicos. *Dra. Graciela La Motta*

Sábado 4 octubre:

09.30-10.30: Nutrición parenteral. Conceptos generales. Indicaciones. *Dr. Mario Perman*
10.30-11.30: Nutrientes y formulaciones. *Dra. Cecilia Loudet*

Receso

12.00-12.45 Vías de acceso. Complicaciones. *Dra. Adriana Crivelli*

12.45-13.30: Soporte nutricional domiciliario. *Dr. Juan Carlos Gómez*

Informes e Inscripciones:

Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, UNLP, Calle 60 y 120, La Plata
Tel: 0221-4891250 / 4891265

Mail: depgrad@atlas.med.unlp.edu.ar

Arancel: \$40. **Cupos Limitados** 80 inscriptos

**XII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPIA
NUTRICIONAL, NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
- FELANPE 2010 -**

Hotel Resort del Yatch y Golf Club, Asunción, República del Paraguay

ORGANIZAN:

- FELANPE
- Sociedad Paraguaya de Nutrición

CO-ORGANIZAN:

- Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP)

- Sociedad Brasileira de Nutrición Parenteral y Enteral (SBNPE)
- Asociación Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo (ACHINUMET)
- Sociedad Uruguaya de Nutrición (SUNUT)

COMITÉ ORGANIZADOR:

- Presidente: Dr. Rafael Figueredo Grijalba
- Vicepresidentes: Dra. Laura Mendoza de Ar-

bo, Dra. María Cristina Jiménez

- Secretarías Científicas: Dra. Graciela Chirife Fernández, Lic. Clara Galeano
- Presidente del Comité Científico: Dra. Fátima Ayala de Mendoza
- Coordinadoras Área Médicos: Dra. Claudia Lawes Garabano, Dra. Ana Ferreira de Saguier Dra. Flora Suárez de Achón
- Coordinadoras Área Pediátrica: Dra. Marta Cristina Sanabria, Dra. Susana Sánchez Bernal
- Coordinadoras Área Nutricionistas: Lic. Emilse Queiroz de Albert, Lic. Laura Joy Ramírez
- Coordinadora Área Enfermería: Lic. Emma Rivelli
- Coordinadoras Área Químicos Farmacéuticos: Q.F. Miriam Berino de Maidana
- Miembros: Dra. Mirta Cáceres Patiño, Lic. Alicia Báez de Ayala, Lic. Cinthia Figueredo, Lic. Ofeilia Prats, Lic. Estela Servín, Lic. Andrea Amarilla, Lic. Rocío Arguello Ayala Q. F. Elisa Rabbitto
- Secretaría General: Lic. Aurora Figueredo Grijalba
- Asesores Internacionales: Dr. Mario Perman (Argentina), Dr. Antonio C. Campos (Brasil), Dr. Luis Nin Álvarez (Uruguay), Dr. Remy F. Meier (Suiza), Dr. Ivon Carpentier (Bélgica), Dr. Olle Ljungqvist (Suecia), Dr. Stephen A. McClave (USA), Dra. Kelly A. Tappenden (USA), Dra. Laura Matarese (USA), Dr. Gordon L. Jensen (USA), Dra. Lee Varella (USA), Dr. Gill Hardy (NZ), Dra. Inéz Hardy (NZ), Dra. Marion f. Winkler (USA), Dr. Mi-guel A. Gassull (España).

ÁREAS TEMÁTICAS A DESARROLLAR

- Desnutrición Intrahospitalaria: Causas, consecuencias, estrategias para evitarla o mejorarla
- Evaluación nutricional: ¿Qué método ofrece mayores ventajas?
- Composición corporal en la práctica clínica
- Equipo de terapia nutricional: Ventajas de su constitución. Ventajas del trabajo con protocolos
- Nutrición enteral y parenteral: Nuevos desafíos. Nuevos nutrientes
- Accesos enterales
- ¿Cómo determinar y lograr los objetivos nutricionales en pacientes con nutrición enteral y parenteral?
- Prescripción de la Nutrición Parenteral

- Nutrición y terapia nutricional en el paciente pediátrico y neonatal
- Terapia nutricional en pacientes oncológicos y quirúrgicos
- Terapia nutricional en pacientes críticos, traumatizados y quemados
- Terapia nutricional en pacientes con VIH/SIDA.
- Terapia nutricional en la insuficiencia intestinal y en el intestino corto
- Terapia nutricional en la pancreatitis aguda.
- Nutrición e hígado
- Terapia nutricional en el paciente obeso crítico y en el paciente diabético
- Terapia nutricional domiciliaria
- Inmunonutrición
- Interacciones fármaco-nutrientes en nutrición enteral y parenteral
- Control de Calidad en la elaboración de fórmulas enterales
- Control de Calidad en la elaboración de soluciones parenterales.
- Administración de la nutrición enteral: Complicaciones, prevención y manejo.
- Costo-Efectividad de la terapéutica nutricional enteral y parenteral.
- Prebióticos y Probióticos.
- Alimentos funcionales y alimentos genéticamente modificados
- Nutrición en geriatría
- Síndrome Metabólico. Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias Diagnóstico del riesgo clínico. Enfoque terapéutico.
- Síndrome Metabólico en el niño.
- Trastornos de la Alimentación
- Nutrición en la insuficiencia renal crónica
- Terapia nutricional en enfermedades cardíacas y pulmonares
- Gestión de calidad en los Servicios de Alimentación Hospitalaria
- Nutrición y genética. Nutracéuticos
- Seguridad Alimentaria
- Bioética y nutrición
- Investigación en la nutrición clínica

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

<http://www.felanpeweb.org/congreso>

RNC

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

RNC Revista de Nutrición Clínica es una publicación científica de la *Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP)*.

Las páginas de la revistas están cordialmente abiertas a todos los profesionales para la publicación de trabajos científicos que respondan al área de la especialidad.

Originales

Trabajos de investigación: Los diseños recomendados son de tipo analítico en forma de encuestas transversales, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. Se sugiere que la extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no supere un total de 10.000 palabras. El número de citas bibliográficas adecuado no será mayor a 40 y se aceptarán hasta 8 figuras, tablas o gráficos.

Los trabajos de investigación han de ser originales y presentarán la siguiente estructura: **Título del trabajo:** Los títulos de los trabajos no deberán superar las 12 palabras.

Resumen: conciso y claro, en castellano e inglés. No será superior a 300 palabras ni inferior a 150 palabras. Tres a seis palabras clave deberán ser incluidas al final de la página donde figure el resumen. Deberán usarse términos mencionados en el Medical Subject Headings del Index Medicus.

Introducción: se consignarán las características preliminares del tema, el problema de la investigación y el motivo de su importancia.

Objetivo: se establecerá qué se quiere lograr con el trabajo.

Material y método: se expondrán los criterios de selección del material de estudio, controles y métodos realizados. En general, es deseable el mínimo de abreviaturas, aceptando los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas poco comunes deben ser definidas en el momento de su primera aparición. Se evitarán abreviaturas en el título y en el resumen. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI).

Las drogas deben mencionarse por su nombre genérico. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras deben ser identificados, en paréntesis, por la marca así como por la dirección de sus fabricantes.

Resultados: se consignarán los datos obtenidos del trabajo.

Tablas: Deben ser numeradas en caracteres romanos por orden de aparición en el texto. Serán escritas a doble espacio, y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla.

Figuras: Tanto se trate de gráficos, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres romanos por orden de aparición en el texto. Deben entregarse escaneadas en formato TIFF a 300 dpi de resolución o en una copia fotográfica nítida, blanco y negro (no diapositiva), de un tamaño máximo de 15 por 20 cm.

En el dorso de la figura deberá adherirse una etiqueta en que figuren: número de la figura,

nombre del primer autor y orientación de la misma (mediante una flecha, por ejemplo). Si se reproducen fotografías de pacientes éstos no deben ser identificados.

Las figuras se acompañarán de una leyenda, escrita en hoja incorporada al texto, que debe permitir entenderla sin necesidad de leer el artículo.

Conclusiones y/o Discusión: se formularán las principales relaciones y generalizaciones así también como las excepciones o faltas de correlaciones y se delimitarán los aspectos no resueltos.

Bibliografía: las citas bibliográficas irán resumidas al final del texto, donde constará el número de cita según su orden de aparición (no por orden alfabético de autores). La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean hasta 4 o menos; cuando sean 5 o más deben citarse los tres primeros y añadir después las palabras "et al".

Un estilo similar se empleará para las citas de los libros.

Ejemplos:

Artículo: Broozek J., Chapman C. B., Keys A. *Drastic food restriction: effect on cardiovascular dynamics in normotensive and hipertensive conditions*. JAMA 1948; 137: 569-74.

Libro: Peña, Manuel y Bacallao, Jorge. *La Obesidad en la Pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. OPS. OMS. Publicación Científica N° 576, 2000.

Capítulo de libro: Lean, Michael. *Clinical*

Handbook of Weight Management, Martín Dunitz 1998. London. Cap 2, pág 8.

No deben incluirse en la bibliografía citaciones del estilo de "comunicación personal", "en preparación" o "sometido a publicación". Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto.

Trabajos no publicados: Montero, Julio C. *Obesidad en el Niño*. D&P. En preparación. Atkinson, Richard L. *Symposium Etiologies of obesity*. Presentado en el 22nd Clinical Congress ASPEN 1998.

Casos Clínicos

En la descripción de uno o más casos clínicos que supongan un aporte al conocimiento de la enfermedad, la extensión aconsejable es hasta 3.000 palabras, el número de citas bibliográficas aconsejable no será superior a 20 y se sugiere hasta un máximo de 6 figuras o tablas.

Editoriales

Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta Sección deberán acercar el texto al Comité Científico Editorial quien encomienda a distintos profesionales en los sucesivos ejemplares, la posibilidad de la confección de estos artículos.

Artículos Especiales

Bajo esta tipología se publicarán trabajos de interés particular para la nutrición y que, por sus características, no se adecuen a las tipologías de artículos convencionales de la disciplina. En esta sección se incluyen actualizaciones y la discusión de avances recientes en la especialidad.

Otras secciones

Podrán publicarse informes técnicos de las Secciones y Grupos de trabajo de la Asociación Ar-

gentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AA-NEP) así como el contenido de sus reuniones.

Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos editados son propiedad de RNC Revista de Nutrición Clínica y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin el acuerdo editorial de la revista. Los artículos, escritos en español o en inglés, deben entregarse en diskette, con su impreso correspondiente y en procesador de textos Word. Los componentes serán ordenados en páginas separadas de la siguiente manera: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente, comenzando por la página titular.

Página titular

La página titular deberá contener:

- Título del artículo no mayor a 12 palabras.
- Lista de autores con sus títulos académicos en el mismo orden en el que deben aparecer en la publicación. Debe citarse apellido e inicial del primer nombre.
- Nombre del centro de trabajo y dirección completa del mismo.
- Nombre, dirección, número de teléfono y número de fax del autor al que debe dirigirse la correspondencia.
- Fecha de envío.

Si el trabajo ha sido financiado debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

Responsabilidades Éticas

Permisos para reproducir material ya publicado. Los profesionales que deseen reproducir en la revista material (artículos, textos tablas o figuras) de otras publicaciones deberán solicitar los oportunos permisos al autor como a la editorial que ha publicado dicho material. La Secretaría de Redacción de RNC Revista de Nutrición Clínica declina cualquier respon-

sabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista. En el caso de que el artículo ya haya sido publicado, el autor o los autores, en carta de presentación deben hacerse constar si:

1. Parte de los resultados han sido ya incluidos en otro artículo.
2. Una parte de los pacientes ha sido ya reportada en un trabajo anterior.
3. El texto o parte del texto ha sido ya publicado o está en vías de publicación en actas de congreso, capítulo de libro, etc.
4. Todo o parte del texto ha sido ya publicado en otro idioma.

RNC Revista de Nutrición Clínica acepta material original, pero considera la publicación de material en parte ya publicado si el nuevo texto aporta conclusiones diferentes sobre un tema. El autor debe ser consciente de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un quebranto de la ética científica.

Envío de originales y corrección de pruebas

Los trabajos, tanto en español como en inglés deben ser remitidos al Director de la publicación. Deben entregarse en diskette en procesador de palabras Word o enviarse por correo electrónico. El envío se efectuará nombre de: RNC Revista de Nutrición Clínica, Dra. Marcela Dallieri: gmarin@netverk.com.ar y a rnc@fibertel.com.ar

El Comité Científico se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos en los casos que considere necesarios. Para la edición de los textos la Dirección Editorial se reserva el derecho a la corrección ortográfica, sintáctica o de estilo según las normas de la Academia Argentina de

Letras para el correcto uso del idioma.

Periodicidad de la publicación

Esta revista aparece cuatro veces por año.

Compruebe el contenido de su envío

El material a enviar debe contener: Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, teléfono, fax del au-

tor y correo electrónico, recuento de palabras, fecha de envío; resumen en castellano; resumen en inglés; palabras claves (en castellano e inglés); texto; bibliografía; leyendas de las figuras (en hoja aparte); tablas (en hoja aparte); figuras identificadas (tres unidades); carta de permiso si se reproduce material; consentimiento informado para fotos.

