



Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer Año de Medicina.

Rafael Narváez ¹ .
María F. Ordóñez ² .
Oscar Ochoa ³ .
Gerardo Peña ⁴ .
Rosa Cardozo ⁵ .
Lesbia Meertens ⁶ .
Magaly Ortunio ⁷ .
Harold Guevara ⁸ .

¹Médico Cirujano

²Médico Cirujano

³Médico Cirujano

⁴Médico Cirujano

⁵Especialista en Medicina Familiar. Doctor en Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid-Universidad de Carabobo. Docente Asociado a Dedicación Exclusiva, Dpto. de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Campus de Bárbula, Pabellón 8. rcardozo13@yahoo.com

⁶MSc, Centro de Investigaciones en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. ceinutuc@uc.edu.ve

⁷Especialista en Medicina Familiar y Ocupacional. Docente Asociado a Dedicación Exclusiva Dpto. de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Campus de Bárbula, Pabellón 8 mortunio@gmail.com

⁸Especialista en Medicina Ocupacional. Doctorante en Ciencias Médicas. Docente Asociado a Dedicación Exclusiva Dpto. de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Campus de Bárbula, Pabellón 8 haroldguevararivas@yahoo.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 01 de Febrero del 2011 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan una amenaza frecuente y lesiva para el individuo. Se determinó el riesgo para TCA en estudiantes de medicina, asociándolo a género, índice de masa corporal (IMC) y estrato socioeconómico. 120 estudiantes aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, aplicándoseles el cuestionario de Morales y Casanueva para establecer riesgos de TCA, estratificación social de Méndez Castellanos y evaluación antropométrica por IMC. El promedio de edad fue de $17,9 \pm 1,6$, la mayoría con normopeso, el riesgo alto para Anorexia (AN) fue de 5% y el de Bulimia (BN) de 7,5%, el resto del grupo presentó riesgo moderado para ambos trastornos. En los evaluados, 80% pertenecían a la clase media y media alta correlacionándose con el riesgo medio; en el estrato V presentó riesgo alto para AN y BN. Se recomienda la implementación de programas de ayuda para prevenir la presencia de estas patologías.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de conducta alimentaria, estudiantes universitarios, IMC, Estrato socioeconómico.

FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS EATING DISORDERS

SUMMARY

Disorders of eating behavior (TCA) should be investigated as they are usually harmful to the individual. Identified risk to TCA in medical students, involving gender, index (BMI) BMI and socioeconomic status were investigated. 120 students accepted voluntarily to participate in the study, Morales and Casanueva questionnaire was applied to establish risk of TCA, Méndez Castellanos social stratification table was used to classify participants socially and anthropometric evaluation was made by measuring BMI. The average age was $17.9 \pm 1, 6$, mostly with normal weight, the high risk for anorexia nervosa (AN) was 5% and Bulimia (BN) of 7.5%, the rest of the Group presented a moderate risk for both disorders. 80% belonged to the middle classes, those in layer V presented high risk for AN and BN. It is recommended the implementation of nutritional programs to prevent these pathologies.

KEY WORDS: Eating Disorder, university students, body mass index, socioeconomic strata,

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE MEDICINA.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se han convertido en la actualidad en

una amenaza frecuente y lesiva para el individuo, cuyos efectos pueden ser tanto físicos como psicológicos; por lo tanto la alimentación se ha convertido en un pilar fundamental para el bienestar integral del individuo, ya que sus desórdenes, pueden ser tanto por exceso como por déficit que lo afectaran de manera sustancial en un futuro. Afectan preferentemente a adolescentes del sexo femenino, con una relación entre hombres y mujeres de 1:10. Su incidencia ha aumentado en los últimos 20 años en el mundo occidental, pasando a ser de 0,37 a 6,3 por año y 100.000 habitantes⁽¹⁻³⁾

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso, esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo, la actual clasificación de los TCA incluye: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y otras alteraciones clasificadas como trastorno de la conducta alimentaria no específica (TCANE) ⁽⁴⁾

Detectar a tiempo la presencia de conductas y actitudes que orienten a pensar que existe un TCA, implican beneficio para quienes las manifiestan. Esto permitiría evitar que un grupo de la población desarrolle en un futuro posible TCA, el cual una vez instalado, tiene un proceso que es difícil de manejar para llegar a su total remisión.

Las múltiples líneas de investigación sobre los posibles factores etiopatogénicos en los TCA llevan a la consideración multicausal de estos trastornos; se han considerado factores como: psicosociales⁽⁵⁾, socioculturales⁽⁶⁾, familiares⁽⁷⁾, psíquicos⁽⁸⁾, endocrinos⁽⁹⁾, e incluso hasta genéticos^(1,10). Sin embargo, según Silva⁽¹¹⁾ “existe una escasa relación entre los TAC y el nivel socioeconómico”.

Ahora bien, en la actualidad, los estudiantes universitarios ingresan a las carreras siendo aún adolescentes. Este es un periodo de la vida caracterizado por una gran cantidad de modificaciones tanto a nivel físico, psíquico, emocional y social, es una época crucial para el proceso de maduración, además de ser una etapa de mucha contradicción: deseo de afecto y rechazo; de independencia y necesidad de protección; rechazo de la institución y deseo de estructura. Estas grandes contradicciones que se reflejan en la adolescencia tienen repercusión sobre los hábitos alimentarios de cada individuo, adoptando conductas como la omisión de comidas, el consumo de grandes cantidades calóricas, ingesta de alimentos poco variados, entre otros ⁽¹²⁾. Sobre todo, estudiantes universitarios suelen expresar preocupación por la imagen corporal, la forma del cuerpo, el tamaño corporal, y control de peso⁽¹³⁾

Señalan estos autores, que el comportamiento del adolescente está influenciado por factores externos como lo son la familia, los amigos, los medios de comunicación, valores culturales y experiencias, al igual que factores internos como el desarrollo psico-social, conocimiento, necesidades fisiológicas y salud; todo ello regido por la necesidad de elegir su propia identidad, aunque sea a costa de rechazar la alimentación familiar y seleccionar otros tipos de dieta ya sea como acto de rebeldía pudiendo desarrollar como consecuencia algún tipo de desorden alimentario que puede conducir a un estado de malnutrición que finalmente puede asociarse a enfermedades crónicas en la vida adulta.

Hoy en día los trastornos alimentarios constituyen un problema de salud pública, tanto por su gravedad como por su prevalencia. Silva⁽¹¹⁾ afirma que en EEUU los TCA afectan a un estimado de cinco millones de mujeres cada año, igualmente un incremento considerable en Europa Occidental, mientras que en países sudamericanos se cuenta con poca información. Por otro lado, Keel et al⁽¹⁴⁾ aseguran que del 1 al 15% de todas las personas en edad universitaria tienen síntomas bulímicos. Estos trastornos se dan principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes⁽¹⁵⁾, de clase social media-alta⁽¹⁶⁾, con una prevalencia en las bulímicas que va desde 1,1 a 4,2% y entre 0,3 y 3,28 para la AN⁽¹⁵⁾, y el diagnóstico de la AB por lo general se da después de los 18 años, mientras que la AN coincide con la menarquía y los 15 años.⁽¹¹⁾

Es de considerar que gran parte de los casos permanecen como subclínicos ya que existen individuos que presentan actitudes y comportamientos de riesgo, pero no reúnen los criterios necesarios para ser clasificados como patológicos, en esta zona de transición se encuentra el grupo de riesgo⁽⁷⁾.

Peláez et al⁽¹⁷⁾ estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra representativa de 1.545 alumnos de ambos sexos de 12 a 21 años matriculados en colegios, institutos y universidades de la Comunidad Autónoma de Madrid. procedimiento aleatorio trietápico. La tasa de prevalencia global de TCA fue del 3,43%. En mujeres, la tasa de prevalencia fue del 5,34% (0,33% AN; 2,29% BN). En varones, fue del 0,64% (0,00% AN; 0,16% BN).

Por su parte en México, un estudio realizado por Lora y Saucedo⁽¹⁸⁾ en mujeres de 25 a 45 años de edad, encontró que 79% reportó insatisfacción, de las cuales 70% quería adelgazar, pese a casi la mitad se encontraban en normopeso, mientras que 43% de las satisfechas tenían bajo peso. Posteriormente, Álvarez, et al⁽¹⁹⁾, hicieron una investigación en mujeres de entre 34 y 46 años de edad; concluyen que la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción se asociaron con más motivación para adelgazar, atracón y sentimientos negativos posteriores, pero sólo estos últimos correlacionaron con un mayor peso corporal.

En este mismo año, Fandiño et al⁽²⁰⁾, realizaron estudios sobre los factores que afectan la alimentación en una muestra de estudiantes universitarios de Cali; se les aplicó un cuestionario sobre comportamiento alimentario. Reportaron que 39,7% de los estudiantes tenían altas probabilidades de desarrollar algún trastorno alimentario con una relación hombre-mujer 2:1, evidenciando la asociación de factores como género femenino y deseo de perder peso. Otros autores establecen esta relación 2:1 en sus resultados^(21,22), o similares para ambos géneros⁽²³⁾

En Venezuela, Rivero y Vivas⁽²⁴⁾, examinaron la presencia de conductas y actitudes de trastornos de alimentación y la susceptibilidad a factores socio culturales en estudiantes universitarios. En su publicación, mostraron resultados comparativos entre los años 1995, 1997 y 2004. Observaron que en 1995, de 170 mujeres, 10 (5,88%) estaban en riesgo mientras que en el año 1997, aumentó a 8,33% de las mujeres y 0,46% de los hombres, podían tener tendencia a padecer de algún trastorno. Por último, para el 2004, reportaron 8,84% de las

mujeres y 4,94% de los hombres con dicha predisposición. La conclusión fue que las personas en riesgo para trastornos de la alimentación eran las que tenían mayor influencia de factores socioculturales.

La creciente prevalencia de estos desordenes alimentarios, las dificultades para un tratamiento exitoso y la escasez de datos que permitan conocer la situación actual de dichas afecciones en Venezuela nos hace pensar en la siguiente interrogante ¿Cual es el riesgo que tienen de padecer estos trastornos los estudiantes que ingresan a la escuela de medicina de la Universidad de Carabobo en el año 2009? Para determinar este riesgo fueron distribuidas las personas evaluadas por edad y sexo, estrato socio-económico, diagnóstico antropométrico, así como también la identificación de los factores de riesgo asociados a estos trastornos alimentarios (AN) y (BN)

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación fue de tipo descriptiva explicativa de campo, con un diseño no experimental, de corte transversal ya que se recolectaron los datos directamente de los sujetos estudiados sin manipular las variables y en una sola toma ⁽²⁵⁾.

La población estuvo constituida por 120 estudiantes de un total de 495 estudiantes inscritos en el 1er año de la escuela de medicina Universidad de Carabobo, sede Valencia Periodo 2009, según datos aportados por la Dirección de Asuntos Estudiantiles⁽²⁶⁾.

La muestra fue de tipo no probabilística, 120 estudiantes del primer año de Medicina de ambos géneros con edades comprendidas entre 15 y 18 años de edad, aceptaron de forma voluntaria a participar en dicho estudio lo cual fue expresado mediante un consentimiento informado y amparados en la ley orgánica de protección al menor y el adolescente (LOPNA).

Procedimiento:

1. Se aplicó un cuestionario para la recolección de los datos personales y se utilizó el método de Graffar modificado para Venezuela por Méndez - Castellanos⁽²⁷⁾, para establecer estrato socio - económico, donde se estudiaron las siguientes variables: Profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuentes de ingresos y condiciones en que vive la persona que está siendo evaluada.

- Estrato (I) 4,5,6
- Estrato (II) 7,8,9
- Estrato (III) 10,11,12
- Estrato (IV) 13,14,15,16
- Estrato (V) 17,18,19,20

1. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado y adaptado de Evers⁽²⁸⁾ con la

finalidad de detectar riesgos para AN y BN. Dicho instrumento se redujo a solo tres respuestas posibles en la escala:

Nunca: 1 Pts. Algunas veces: 2 Pts. Siempre: 3 Pts.

AN: 0-7 Pts: Sin riesgo, 8 – 14Pts: Riesgo Medio, 15 – 21Pts: Alto Riesgo

BN: 0-10 Pts: Sin Riesgo, 11 – 20Pts: Riesgo Medio, 21 – 26Pts: Alto Riesgo

2. Finalmente se realizó una evaluación antropométrica a los estudiantes, quienes para la determinación del peso, fueron pesados sin zapatos en una balanza marca DETECTO perfectamente calibrada con una precisión de 100 gr siguiendo la técnica descrita por Gibson; y medidos con el tallímetro de la balanza. Los resultados fueron expresados peso en Kg y talla en cm (12). Con ambas medidas se calculo el IMC según la fórmula realizando el diagnostico nutricional antropométrico según referencia de la OMS. Déficit $< 18.5 \text{ kg/m}^2$; Normal $18,5 - 24.9 \text{ kg/ m}^2$; Sobrepeso $25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$; Obesidad $\geq 30 \text{ kg/ m}^2$ (13,14).

Solo 84 estudiantes acudieron a la toma de medidas antropométricas.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS®, versión 16.0 para Windows, se procedió a presentar la información en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se calcularon medidas de tendencia central previa prueba de normalidad (media) y de dispersión (desviación estándar) de las variables cuantitativas. Para establecer la posible asociación entre las variables cualitativas se usó el χ^2 o prueba exacta de Fisher cuando fue necesaria, además de la prueba Z para la comparación de proporciones, con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$)

RESULTADOS

La muestra del estudio quedo constituida por 120 sujetos, 74 (61.7%) correspondieron al género femenino y 46 (38.3%) al masculino, con promedio general de $17, 9 \pm 1,6$ años de edad, y 74.2% tenían edades entre 15 y 18 años. De ellos, solo 84 se presentaron para realizarles las medidas antropométricas.

En el Cuadro N° 1 se presentan los resultados de riesgo alto y moderado para sufrir AN y BN, según la edad, peso e IMC. Igualmente, la distribución de la muestra según las conductas alimentarias de riesgo para AN se puede observar en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 1: Distribución de las Variables Numéricas según Riesgo para trastornos de Alimentación.

Variables	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa	
	R. Medio X \pm DS	R. Alto X \pm DS	R. Medio X \pm DS	R. Alto X \pm DS
Edad (años)	17,9 \pm 1,6	18,1 \pm 1,3	17,9 \pm 1,6	17,2 \pm 1,7
Peso (Kg)	62,6 \pm 13,9	62,6 \pm 13,6	62,2 \pm 13,2	78,3 \pm 26,3
IMC (Kg/cm ²)	22,5 \pm 3,6	22,3 \pm 3,3	22,4 \pm 3,4	29,6 \pm 0,2

Fuente: Instrumentos aplicados.

Cuadro N° 2: Distribución de la muestra según la Conducta Alimentaria de Riesgo para Anorexia Nerviosa.

Conducta Alimentaria	Nunca		Algunas Veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Preparo los alimentos pero no los consumo	68	(57,6)	43	(36,4)	28	(15,9)
Me atterraza tener sobre peso	35	(29,2)	57	(47,5)	28	(23,3)
Corto mis alimentos en pedacitos	37	(31,1)	65	(54,6)	17	(14,3)
Otros preferían que comiera mas	69	(57,5)	41	(34,2)	10	(8,3)
Me induzco el vomito después de comer	115	(96,6)	3	(2,5)	1	(0,8)
Quiero ser delgado	35	(29,2)	47	(39,2)	38	(34,7)
Realizo ejercicios extenuantes para gastar energía	63	(55,3)	46	(40,4)	5	(4,4)

Fuente: Instrumentos aplicados.

En cuanto a las características de riesgo para BN la mayoría no consume ni laxantes, ni diuréticos y son extrovertidos como se observa en el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3: Distribución de la muestra según la Conducta Alimentaria de Riesgo para Bulimia Nerviosa.

CONDUCTA ALIMENTARIA	n	%
Usa laxantes		
Si	11	(9,5)
No	105	(90,5)
Usa diuréticos		
Si	5	(4,3)
No	111	(95,7)
Has perdido peso en los últimos meses		
Moderado	18	(15,8)
Leve	50	(43,9)
Ausente	46	(40,4)
Tu eres		
Introvertido	29	(25,9)
Extrovertido	83	(74,1)
Tu apetito es		
Normal	79	(68,7)
Mucho	31	(27,0)
Poco	5	(4,3)
Tus ciclos menstruales son regulares		
Si	49	(68,1)
No	23	(31,9)
Consumes grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo		
Si	41	(35,7)
No	74	(64,3)
Se preocupa por su figura y su peso corporal		
Si	93	(80,2)
No	23	(19,8)
Hace ejercicio de forma excesiva		
Si	7	(6,0)
No	109	(94,0)
Hace periodos de dietas o ayunos		
Si	28	(24,1)
No	88	(75,9)

En el cuadro N° 4 se muestra el riesgo para TCA según los estratos socioeconómicos de los evaluados. Hubo predominio del estrato II en los encuestados. No se encontró asociación en las variables al aplicar la Prueba exacta de Fischer.

Cuadro N° 4: Distribución del Estrato Socioeconómico según Riesgo para TCA

Estrato socio económico	Anorexia Nerviosa		Bulimia nerviosa		Total
	R. Medio	R. Alto	R. Medio	R. Alto	
I	17 (94,4%)	1 (5,6%)	18 (100%)	-	18 (15%)
II	64 (97,0%)	2 (3%)	64 (97,0%)	2 (3%)	66 (55%)
III	28 (90,3%)	3 (9,7%)	29 (93,5%)	2 (6,5%)	31 (25,8)
V	5 (100%)	-	-	5 (100%)	5 (4,2)
Total	114 (95%)	6 (5%)	111 (92,5%)	9 (7,5%)	120 (100%)

Fuente: Instrumentos aplicados.

Al distribuir los encuestados por estado nutricional y riesgo para TCA se obtuvo que la mayoría de los estudiantes presentaban un estado nutricional normal (Cuadro N° 5). Se encontró relación estadísticamente significativa entre el peso y ambas patologías ($Z=6$; $p<0,01$) En relación al género se observó un predominio del femenino en riesgo alto para AN mientras que los que presentaron riesgo alto para BN fueron en su mayoría masculinos.

Cuadro N° 5: Distribución del Estado Nutricional según Riesgo para TCA

Estado nutricional	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa	
	R. Medio	R. Alto	R. Medio	R. Alto
Déficit	7 (8,33%)	-	7(8,33%)	-
Normal	63 (75%)	-	59(70,2%)	4(4,76%)
Sobrepeso / obesidad	12 (14,28%)	2 (2,38%)	13 (15,47%)	1(1,19%)
Total	84 (100%)		84 (100%)	

Fuente: Instrumentos aplicados.

DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de contradicciones en numerosos aspectos que se reflejan en la conducta del individuo lo que también tiene repercusión sobre los hábitos alimentarios que pueden llevarlos adoptar conductas inadecuadas en relación a la alimentación, pudiendo desarrollar algún tipo de desorden alimentario que conducen a estados de malnutrición⁽²⁹⁾. La población estudiantil que ingresa a la universidad presenta características sociodemográficas que permiten suponer la presencia de factores de riesgo para sufrir TCA; entre ellos la edad, situaciones de estrés, depresión, ansiedad y estrato socioeconómico frecuentes en este periodo de la vida que pudieran explicar la prevalencia de estos trastornos, al punto de no encontrar en esta muestra, un grupo libre de riesgo para TCA.

En este estudio se observó que 8,33% de los evaluados mostraron déficit nutricional los cuales presentaban riesgo moderado para TCA; posiblemente estos estudiantes tenían conductas alimentarias que favorecerían este déficit nutricional, como también pudiera estar presentes en el 3,57% de estudiantes con sobrepeso/obesidad, que resultaron con riesgo alto para TCA. La frecuencia porcentual de riesgo alto para la AN fue de 2,38% y la de BN 5,95, cifra superior al sumar ambos trastornos cuando se compara a otros reportes como los de Aguinaga et al⁽¹⁾, Pritts y Susman,⁽²⁾ Sigman⁽³⁾ y Quintero et al⁽³⁰⁾ con un máximo de 6,3% para todos los TCA.

En este estudio el rango de edad del grupo fue similar a otros estudios publicados^(12,15). La mayor parte de las investigaciones de conducta alimentaria se realiza en adolescentes ya que es uno de los grupos de riesgo y donde la aparición de los trastornos alimentarios ocurren con mayor frecuencia, por ser la adolescencia una etapa crítica desde el punto de vista biológico y psicológico⁽³¹⁾.

En relación al género y riesgo para trastornos de alimentación, investigaciones previas reportan que la mujer es más susceptible a los TCA^(20,24,32,33) relacionada con el ideal de belleza divulgado por los medios de comunicación. Por su parte en el estudio de Ríos, et al⁽³⁴⁾, se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, reportando un 18% de conductas características de anorexia y bulimia nerviosa en las niñas y 4 % en los varones. Sin embargo, Campos et al⁽³³⁾ señalan que los síntomas relacionados TCA han aumentado en varones durante los últimos años. Cabe señalar que el temor a subir de peso y ser obeso fueron características que alcanzaron la mayor frecuencia en esta investigación las cuales son razones que motivan conductas alimentarias de riesgo para TCA. Los problemas con el comportamiento alimentario de las mujeres está más relacionados con el propósito de perder peso mientras que en los varones con volverse más musculosos. En este estudio la frecuencia de riesgo alto para BN fue mayor en el género masculino y para ambos trastornos fue atribuido a estos cambios de actitud en el hombre actual.

Aun cuando en este estudio no hubo asociación entre estratos socioeconómicos y TCA, los estudiantes que presentaron riesgo alto para TCA pertenecían al estrato II y III, que era lo esperado en el nivel socioeconómico, para la muestra en estudio según datos de la investigación de Cardozo et al ⁽³⁵⁾ en el año 2008. Estudios previos como el de Fandiño et al⁽²⁰⁾, reportan que los TCA ocurren predominantemente en clase media alta en el sexo

femenino ya que a este nivel es donde se presenta mayor presión social hacia el ideal estético femenino deseado tendiente a la delgadez. Síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria, están altamente asociados a *factores socioculturales* promovidos por la “cultura de la delgadez” en la que se sobrevalora la esbeltez ya que esta es signo de belleza, poder y éxito tanto profesional como social, señala Saucedo et al⁽³⁶⁾

Se concluye que el grupo estudiantil universitario evaluado presento riesgo alto y moderado para TCA, posiblemente asociados a la presencia de factores socioculturales entre otros, por lo cual se recomienda la implementación de programas de ayuda para prevenir la presencia de estas patologías en los estudiantes de Medicina, y que se siga esta línea de investigación con muestras más representativas, y en otras carreras.

REFERENCIAS

1. Aguinaga M, Fernández LJ, Varo JR. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. Eating Disorders. An Sist Sanit Navar. 2000; 23:279-92.
2. Pritts SD y Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. Am Fam Physician. 2003; 67:297-304..
3. Sigman GS. Eating disorders in children and adolescents. Pediatr Clin N Am. 2003; 50:1139-77.
4. Arrufat F et al. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Departamento de Calaluya. España. Abril 2009 Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Consulta: 12/7/2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado00/autoria.html#
5. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. Aust Fam Physician 2007; 36:614-9.
6. Toro J, Salamero M y Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand; 89(3):11994; 47-151.
7. Edmunds H y Hill AJ. Dieting And The Family Context Validez De Un Instrumento Multidimensional Para Medir Factores De Riesgo Asociados A Trastornos De La Conducta. Of Eating In Young Adolescents Children. Int J Eat Disord; 1999; 25: 435-440.
8. Díaz M y Carrasco PJ. La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa. En Sáiz Ruiz,J. y García-Camba M.E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona:Masson. 2002. p. 93-106
9. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. 3th reimpresión. Barcelona, España: Editorial Ariel. 2008.
10. Klump LK, Kaye HW y Strober M. The evolving genetic foundations of eating disorders.

Psychiatr Clin North Am; 2001; 24 (2): 215-225.

11. Silva C. Trastornos Alimentarios. México: Editorial Pax México 2007. p.32
12. González A, Kohn MR y Clarke SD. Eating disorders in adolescents. Aust Fam Physician. 2007; 36:614-9
13. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. Comprehensive Psychiatry 2006;47:123-6
14. Keel K, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL y Crow SJ. Predictive Validity of Bulimia Nervosa as a Diagnosis. Category. Am. J. Psychiatry. 2000; 157(1):136-138.
15. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2th ed. In: American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. 1st edition. Washington (DC): American Psychiatric Association.
16. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside B, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH and Kaye WH. Obsessionality and pathological Eating Behavior. Am J. Psychiatry. 2000; 157(11): 1799-1805.
17. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ and Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). Journal of Psychosomatic Research, 2007; 62(6), 681-690.
18. Lora I and Saucedo TJ. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. Salud Mental; 2006; 29(1): 60-67..
19. Alvarez G, Nieto ML, Mancilla JM, Vázquez R, Ocampo MT. Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. Psicología y Salud; 2007; 17(2): 251-260..
20. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux CP. and Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica 2007; 38(4).
21. Al-Sendi AM, Shetty P and Mussaiger AO. Body weight perception among Bahraini adolescent. Child Care Health, 2004; 30, 369-76.
22. Lowry L, Galuska DA, Fulton JE, Burgeson CR. and Kann L. Weight management goals and use of exercise for weight control among U.S. high school students, 1991-2001. Journal of Adolescent Health 2005; 36, 320-26.
23. Bas M, Asci H, Karabudak E and Kiziltan G. Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. Adolescence, 2004; 39, 593-99.
24. Rivero L and Vivas E. Conducta y actitudes sugestivas de riesgos de padecer trastornos alimentarios en estudiantes universitarios venezolanos. Revista de la facultad de

medicina. 2006; Volumen 29. n.2. Caracas.

25. Arias F. Proyecto de Investigación Introducción Científica 4ta edición. Editorial Episteme. Caracas Venezuela. 2002
26. Dirección de Asuntos Estudiantiles Universidad de Carabobo, sede Valencia. Febrero 2009.
27. Méndez C y Méndez M. Mapa de Estratificación Social y biología Humana. Método Graffar Modificado. Arch Ve Puer Ped; 1986; 49(3-4):93-105
28. Morales M y Casanueva E. Nutrología Médica, México D.F Médica Panamericana, 71-84. 1995.
29. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB and Arroyo P. Nutrición del adolescente. Nutriología médica. México, D.F. Médica Panamericana, jun. p.71-84. 1995
30. Quintero-Parraga E, Perez-Montiel AC, Montiel-Nava C, Pirela D, Acosta MF, Pineda N. Eating behavior disorders. Prevalence and clinical features in adolescents in the city of Maracaibo, Zulia, Venezuela. Invest Clin.; 2003; 44:179-193. Gibson R. Principals of Nutritional Assessment. Oxford University Press. New York. Oxford. 1990
31. Behar R, Alviña M, González T and 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. Rev. chil. nutr; 2007; 34(3):240-249, sept. Campos A, Diaz LA, Rueda GE, Martínez JA, Amaya W y Campillo HA. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario COFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. Univ Psychol; 2006; 5(2), 295-304.
32. Ríos AM, Machado T, Risquez F, Ortega M. Detección de actitudes sugestivas de anorexia nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años en el área metropolitana de Caracas (comunicación personal)
33. Cardozo, R., Guevara, H., Ortinío, M., Loaiza, L. Características Sociodemográficas y Motivación en Estudiantes del Segundo Año de Medicina. Rev. Portalesmedicos.com 2008 vol IV(21):469.
34. Saucedo T. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2003.