

Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes

Corina Benjet,¹ Enrique Méndez,^{1,2} Guilherme Borges,¹ María Elena Medina-Mora¹

Artículo original

SUMMARY

Objetivos

The objective of this article is to estimate the prevalence of DSM-IV anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder in the general adolescent population of the Mexico City Metropolitan Area. A further objective is to describe socio-demographic and clinical characteristics of youth who meet criteria for these disorders, the proportion with impairment, psychiatric comorbidity and suicidal behavior, as well as to estimate service utilization.

Methods

The data come from the Mexican Adolescent Mental Health Survey, a probabilistic multi-stage survey representative of adolescents between 12 and 17 years of age, residents of the Mexico City Metropolitan Area. Trained interviewers administered face-to-face the World Mental Health computerized adolescent version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI-A) to 3005 adolescents in their homes. The response rate was 71%.

Results

The lifetime prevalence of anorexia, bulimia and binge-eating disorder in the Mexico City adolescent population is 0.5%, 1.0% and 1.4%, respectively. Between 83% and 100% report any impairment and all of those with anorexia and almost half of those with bulimia and binge-eating disorder report serious impairment. However, only 14% to 24% of those with a 12-month eating disorder have sought treatment despite the associated impairment. There is greater prevalence of comorbid psychiatric disorders, suicidal behavior and psychosocial adversities in those with an eating disorder than in those without such a disorder.

Conclusions

These results clearly demonstrate a treatment gap for these disorders in our adolescent population. They highlight the importance of programs for the prevention of risky eating behaviors, early detection focusing on vulnerable groups such as those who have suffered adversity like sexual abuse, and the reduction of treatment seeking and utilization barriers.

Key words: Anorexia, bulimia, binge-eating, epidemiology, adolescence.

RESUMEN

Objetivos

El presente trabajo tiene el objetivo de estimar la prevalencia de anorexia nervosa, bulimia nervosa y el trastorno por atracones en la población general de adolescentes del Distrito Federal. Asimismo se pretende proporcionar una descripción de las características socio-demográficas y clínicas de los jóvenes que cumplen criterios diagnósticos según el DSM-IV para estos trastornos, la proporción de discapacidad, comorbilidad psiquiátrica y conducta suicida para cada trastorno y estimar la utilización de servicios.

Material y métodos

Los datos provienen de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, una encuesta con diseño probabilístico y multietápico representativa de adolescentes entre los 12 y 17 años, residentes del Distrito Federal y área conurbada. Se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares utilizando como instrumento diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A), aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados. La tasa de respuesta fue de 71%.

Resultados

La prevalencia alguna vez de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan. Hay mayor prevalencia de trastornos comórbidos, conducta suicida y adversidades psicosociales en jóvenes con trastornos alimentarios que en aquellos sin ellos.

Conclusiones

Los hallazgos muestran una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento para estos trastornos en nuestra población adolescente. Señalan la importancia de programas para la prevención de conductas alimentarias riesgosas, la detección temprana con un enfoque en grupos vulnerables (por ejemplo quienes han sufrido alguna adversidad como abuso sexual), y la reducción de barreras para la búsqueda y utilización de servicios.

Palabras claves: Anorexia, bulimia, atracón, epidemiología, adolescencia.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, UNAM.

Correspondencia: Corina Benjet. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México DF. Teléfono: 4160-5332. E-mail: cbenjet@imp.edu.mx

Recibido: 16 de diciembre de 2011. Aceptado: 4 de abril de 2012.

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados en la comunidad y en las escuelas sugieren que las conductas alimentarias riesgosas como someterse a dietas, preocuparse por la delgadez o la provocación de vómitos son comunes, particularmente en los adolescentes.¹⁻³ Además hay indicios de que estas conductas están en aumento ya que se ha detectado entre jóvenes estudiantes del Distrito Federal un incremento de las conductas alimentarias de riesgo entre 1997 y 2003.⁴ Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nervosa (en la cual hay un rechazo de mantener el peso corporal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración de la imagen corporal) y la bulimia nervosa (en la cual hay atracones recurrentes y conductas compensatorias inapropiadas) parecen ser relativamente infrecuentes. Las estimaciones internacionales consideran que su frecuencia oscila entre 0.5% y 3.5% de la población general.⁵⁻⁸ A pesar de ser infrecuentes estos trastornos tienen un impacto importante en la salud pública por su interferencia en el funcionamiento cotidiano, su comorbilidad psiquiátrica, las consecuencias sumamente nocivas para la salud física (tales como complicaciones gastrointestinales, endocrinológicas, dermatológicas, cardiovasculares y pulmonares) y su elevado riesgo de mortalidad.⁶⁻¹²

En una revisión de la bibliografía sobre trastornos alimentarios en México se concluye que no se conoce la magnitud del problema por escasez de estudios representativos de la población.¹³ La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, una encuesta representativa de la población adulta nacional estima una prevalencia de vida de 2.5% para la bulimia y no encontró casos de anorexia.¹⁴ En la población adolescente escolar se ha estimado 2.8% de mujeres y 0.9% de varones como posibles casos de algún trastorno alimentario aunque no provean diagnósticos.³ Debido a que la adolescencia es la etapa en la que se inician estos trastornos, es necesario contar con datos fidedignos en la población adolescente para guiar la planeación de servicios y las políticas públicas de salud.

Debido a la gran proporción de trastornos alimentarios que se clasifican como TANES (trastornos alimentarios no especificados), se pretende incluir un nuevo trastorno de conducta alimentaria en el DSM-V denominado trastorno por atracón, el cual fue previamente descrito en el apéndice del DSM-IV.^{15,16} El trastorno por atracones se caracteriza por episodios recurrentes de atracones en los que no existe conducta compensatoria típica de la bulimia como el vómito y no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia o la bulimia. Un atracón se caracteriza por comer cantidades grandes de comida en un periodo discreto acompañado de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Los episodios de atracones deberían de estar asociados con tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse demasiado lleno, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir

vergüenza por todo lo que se come; sentir disgusto con uno mismo, culpabilidad o depresión después de los atracones y un marcado malestar por tal conducta. Según los criterios señalados en el apéndice del DSM-IV los atracones deberían de ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante seis meses, aunque para el DSM-V la propuesta actual es una vez a la semana durante tres meses. En un reporte reciente de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que utiliza los criterios propuestos en el apéndice del DSM-IV se estima que 1.6% de los adultos mexicanos ha cumplido criterios para el trastorno de atracón alguna vez en su vida.¹⁷ Hasta ahora no hay datos epidemiológicos en México para estimar la prevalencia del trastorno por atracón en la población general de adolescentes.

Por ende, el objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones en la población general de adolescentes entre 12 y 17 años de edad del Distrito Federal y área conurbada. Los objetivos adicionales incluyen la descripción de las características socio-demográficas y clínicas de los jóvenes que cumplan criterios para estos trastornos de la conducta alimentaria así como estimar la utilización de los servicios asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La muestra proviene de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente.^{18,19} Los participantes son 3005 adolescentes seleccionados con un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para que sean representativos de la población de entre 12 a 17 años de edad, residentes de hogares fijos del Distrito Federal y 16 municipios conurbados (DFMC).

Como marco de muestreo se utilizó la conformación del DFMC, con datos poblacionales del XII Censo General de Población y Vivienda, que realizó el INEGI en el año 2000, con los que se integró a las 16 Delegaciones del Distrito Federal y a los 16 principales Municipios del Estado de México conurbados al Distrito Federal. En la primera etapa de muestreo se seleccionaron 200 AGEB (área geoestadística básica), 100 para las Delegaciones del Distrito Federal y 100 para los Municipios conurbados, con probabilidad proporcional al tamaño según el número de viviendas en cada AGEB de acuerdo al censo.

En la segunda etapa de muestreo se seleccionaron cuatro manzanas en cada una de las AGEB seleccionadas. Dentro de cada manzana se realizó un procedimiento para "censar" todas las viviendas de las manzanas seleccionadas para detectar los hogares con adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, que son los que pertenecen a la población de interés.

En la tercera y última etapa de muestreo, dentro de cada hogar con adolescentes se seleccionó a uno de ellos de manera aleatoria (utilizando tablas de números aleatorios).

Los jóvenes elegibles eran aquellos de entre 12 y 17 años de edad, que hablaran español, vivieran, comieran y durmieran normalmente en el hogar. La tasa de respuesta fue de 71%.

Instrumento

Se realizó el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, otros trastornos comórbidos y la conducta suicida con la versión computarizada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (WMH-CIDI-A versión adolescente) diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental y con una adecuada validez.^{20,21} Es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en los hogares de los participantes de manera personal (i.e., cara a cara) por entrevistadores legos entrenados en el uso adecuado de la misma. La WMH-CIDI-A proporciona diagnósticos según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), para 17 diagnósticos principales. Para los trastornos de la conducta alimentaria, además de incluir la anorexia nervosa y la bulimia nervosa se incluyó el trastorno por atracones incluido únicamente en el apéndice del DSM-IV y propuesto para su inclusión en el DSM-V. Para diagnosticar el trastorno por atracones se utilizaron los criterios publicados en el apéndice del DSM-IV.¹⁵ Los criterios incluyen episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por comer en un periodo discreto de tiempo (como dos horas) una cantidad de comida que es más grande de lo que otras personas comerían en el mismo periodo de tiempo bajo las mismas circunstancias y con una sensación de falta de control durante el episodio. Los episodios de atracones están asociados con tres o más de las siguientes conductas: comer más rápidamente de lo normal, hacerlo hasta sentirse incomodo, ingerir cantidades grandes cuando uno no tiene hambre, hacerlo a solas por sentir vergüenza de la cantidad que uno come y sentir depresión o culpa después de un atracón. Además, los atracones deben estar acompañados de una alteración marcada y ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante seis meses. Los atracones no están acompañados del uso inapropiado de conductas compensatorias y tampoco ocurren exclusivamente durante el curso de la anorexia o la bulimia. La edad de inicio de los trastornos se basa en el auto-reporte retrospectivo.

Procedimientos

El trabajo de campo se llevó a cabo en el 2005 por encuestadores legos con experiencia previa en recolección sistemática de datos después de una semana inicial de capacitación en el manejo del instrumento, más dos días de pruebas en campo, así como supervisión continua *in situ* a lo largo de todo el trabajo de campo. Los encuestadores dieron una explicación verbal y por escrito del estudio tanto a los adolescentes como a sus padres. Se aplicó la entrevista únicamente

a los adolescentes cuyos padres/madres o tutores firmaron un consentimiento informado. Se obtuvo también el consentimiento de los adolescentes. Las entrevistas se realizaron únicamente cuando había un adulto en el hogar, no obstante se intentó realizar la entrevista en privado. La duración promedio de las entrevistas fue de dos horas y media. A todas las familias participantes se les dejó una tarjeta con la información de cuatro instituciones que proporcionan atención para la salud mental. El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz aprobó todos los procedimientos de reclutamiento, consentimiento informado y trabajo de campo.

Análisis

Debido a que el diseño de la muestra fue multietápico y estratificado, los datos se ponderaron para ajustarse de acuerdo con la distribución por sexo y edad del censo del año 2000. En este trabajo se presentan las proporciones o prevalencias ponderadas de los trastornos entre todos y por sexo. Como resultado de este complejo diseño muestral y la generación de ponderadores, los errores estándar de las prevalencias se obtuvieron por medio del método de linealización de Taylor al utilizar el paquete estadístico SUDAAN.²² Las diferencias de género en las prevalencias se probaron utilizando la prueba de Wald χ^2 . Las diferencias entre los participantes con trastornos alimentarios y aquellos sin ellos se probaron utilizando la prueba de χ^2 en caso de variables categóricas y la prueba t para las variables continuas (con varianzas iguales o desiguales las pruebas en general arrojan los mismos resultados). La significancia estadística se basó en la probabilidad menor a 0.05, prueba de dos colas.

RESULTADOS

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria "alguna vez en la vida" y "en los últimos doce meses" se presenta en el cuadro 1. La anorexia es el menos frecuente: 0.5% de los adolescentes cumplen los criterios para alguna vez en la vida, mientras que 1.0% cumplen criterios para bulimia y 1.4% para el trastorno por atracones. Este patrón es similar para los últimos 12 meses. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo ni para anorexia ni para bulimia. Sin embargo, el trastorno por atracones es más frecuente en mujeres que en hombres para ambas estimaciones, la de toda la vida y la de 12 meses.

Las características socio-demográficas y clínicas de los jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria se muestran en el cuadro 2. Hay una mayor proporción de mujeres entre aquellos con bulimia y atracones que entre aquellos sin ningún trastorno alimentario. Una mayor proporción de jóvenes con anorexia y bulimia tienen responsabilidades adultas. En cuanto al nivel socio-económi-

Cuadro 1. Prevalencia "alguna vez" y "últimos meses" de los trastornos alimentarios en total y por sexo

	Total			Hombres		Mujeres		Wald Ji	
	n*	%	ES	%	ES	%	ES	Cuadrado	p
Alguna vez en la vida									
Aorexia	12	0.5	0.1	0.5	0.2	0.4	0.2	0.0	0.943
Bulimia	32	1.0	0.1	0.6	0.3	1.4	0.3	2.7	0.112
Atracones	45	1.4	0.2	0.7	0.2	2.1	0.3	17.3	0.000
Últimos 12 meses									
Aorexia	4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.7	0.408
Bulimia	21	0.7	0.2	0.4	0.2	0.9	0.3	2.7	0.112
Atracones	23	0.7	0.1	0.3	0.1	1.1	0.2	17.1	0.000

*n= sin ponderar.

co (nivel educativo de los padres e ingreso familiar), no hay un patrón consistente que diferencie entre los jóvenes con trastornos alimentarios y aquellos que no los presentan. La mayoría de los jóvenes con trastornos alimentarios reporta discapacidad. Aquellos que cumplen los criterios para anorexia están más discapacitados que los jóvenes con bulimia o trastornos por atracones. Mientras 100% de aquellos con anorexia reportan cualquier discapacidad y discapacidad grave, un poco más del 80% de aquellos con bulimia y atracones reportan cualquier discapacidad y un poco menos de la mitad discapacidad grave. A pesar de la discapacidad asociada a los trastornos de la conducta

alimentaria, la mayoría de los jóvenes que cumplen criterios para algún trastorno de conducta alimentaria no recibe servicios para tratar su patología. Únicamente 17.3%, 24.3% y 13.7% de los adolescentes con anorexia, bulimia y trastorno por atracones en los últimos doce meses, respectivamente, ha recibido tratamiento en este mismo periodo de tiempo. Una mayor proporción de aquellos con bulimia lo ha recibido.

El grado de comorbilidad psiquiátrica "alguna vez en la vida" para cada trastorno alimentario, en comparación con jóvenes que no los tienen, se observa en el cuadro 3. La mayoría de los adolescentes con trastornos alimentarios

Cuadro 2. Características sociodemográficas y clínicas según el trastorno

	Anorexia		Bulimia		Atracones		Sin trastorno alimenticio	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
Sexo								
Hombres	51.0	15.2	30.50	11.80	24.90	6.70***	50.4	1.1
Mujeres	49.0	15.2	69.50	11.80	75.10	6.70***	49.6	1.1
Edad (media)	15.3	0.6	15.20	0.40	14.80	0.30	14.5	0.0
Responsabilidad adulta								
Si	29.4	14.9*	26.70	7.30*	20.10	4.60	11.2	0.6
No	70.6	14.9*	73.30	7.30*	79.90	4.60	88.8	0.6
Nivel educativo de los padres								
Universidad	00.0	0.0	13.30	6.30	14.70	4.90	13.3	0.7
Preparatoria/Bachillerato	37.6	17.0	19.10	7.10	19.30	4.30	22.7	1.0
Secundaria	19.2	11.6	24.20	7.80	27.00	7.50	38.4	1.4
Ninguno/primaria	43.1	15.4	43.50	9.50	39.10	7.70	25.6	0.7
Ingreso familia								
Tertil más alto	35.6	12.9	39.20	7.00	33.50	12.40	32.1	0.8
Tertil medio	14.3	9.7	32.40	9.90	37.10	11.40	31.0	0.9
Tertil más bajo	50.1	15.1	28.40	9.60	29.40	6.80	36.9	1.2
Discapacidad								
Cualquier discapacidad	100.0	0.0	82.60	10.80	86.20	99.00	NP	NP
Discapacidad grave	100.0	0.0	42.33	7.91	49.94	13.75	NP	NP
Tratamiento	17.3	11.2	24.30	10.80**	13.70	4.70	8.8	0.7

*p<0.05 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

**p<0.01 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

***p<0.001 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

NP=No procede ya que la discapacidad se refiere a discapacidad generada por un trastorno alimentario y estos son individuos sin trastorno alimentario.

Cuadro 3. Proporción de adolescentes con y sin trastornos alimentarios que presentan trastornos comorbidos alguna vez en la vida

	Anorexia		Bulimia		Atracones		Sin trastorno alimenticio	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
Trastorno de pánico	23.3	18.4***	11.3	6.7***	5.6	3.3	2.1	0.2
Ansiedad generalizada	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	3.5	1.0	0.1
Agorafobia sin pánico	6.1	6.5	18.9	6.9**	16.1	7.1**	5.4	0.5
Fobia social	30.7	11.8	35.0	9.5***	42.7	6.5***	13.6	0.7
Fobia específica	87.2	4.4***	74.5	8.7***	47.5	8.8**	26.9	0.7
Ansiedad por separación	23.9	14.1*	21.8	10.2**	22.6	5.6***	8.1	0.5
Estrés posttraumático	23.3	18.4***	0.0	0.0	7.9	4.7**	1.6	0.3
Cualquier trastorno de ansiedad	87.2	4.4***	88.8	7.0***	70.6	6.6***	39.5	0.9
Depresión mayor	38.2	18.0***	5.7	5.9	25.8	8.2***	7.4	0.6
Distimia	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.7	0.8	0.2
Bipolar I y II	17.2	5.6***	17.8	7.1***	12.7	4.1***	2.6	0.3
Cualquier trastorno afectivo	55.4	15.2***	23.5	9.4*	38.5	8.2***	10.0	0.5
Trastorno negativista desafiante	8.7	8.3	46.2	8.7***	19.0	6.7**	7.9	0.6
Trastorno disocial	13.1	9.3	14.0	8.0**	16.1	8.1***	3.8	0.4
TDA/H	7.4	7.8	3.3	3.3	9.9	4.3**	2.3	0.4
Cualquier trastorno impulsivo	20.5	12.4	55.8	9.9***	29.1	9.3***	11.8	0.6
Abuso de alcohol	8.7	8.3	8.8	5.0***	1.7	1.6**	3.7	0.5
Abuso de alcohol con dependencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.2
Abuso de drogas	8.7	8.3*	0.0	0.0	1.7	1.6	1.6	0.3
Abuso de drogas con dependencia	0.0	0.0	3.6	3.5***	0.0	0.0	0.3	0.1
Cualquier trastorno por sustancias	8.7	8.3	12.4	6.1*	1.7	1.6	4.7	0.5
Cualquier trastorno comórbido	94.6	5.5***	94.9	3.7***	86.8	5.3***	47.4	0.8

*p<0.05 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

**p<0.01 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

***p<0.001 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

cumplen criterios para algún otro trastorno adicional "alguna vez en su vida" desde 86.8% en aquellos con el trastorno por atracones, 94.6% en aquellos con anorexia, hasta 94.9% en aquellos con bulimia. Para todos los trastornos de la conducta alimentaria los trastornos comórbidos más frecuentes son los de ansiedad. Sin embargo el patrón de comorbilidad es diferente para cada trastorno alimentario. Para aquellos que cumplen criterios para la anorexia, hay una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y de ánimo; para aquellos con bulimia y con trastorno por atracones hay una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y de ánimo pero también de trastornos impulsivos y, para la bulimia, también de trastornos por uso de sustancias.

El cuadro 4 muestra la prevalencia de la ideación suicida, el plan de suicidio y el intento de suicidio entre aquellos jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria y aquellos que no los presentan. La ideación suicida se presenta en casi una tercera parte de quienes sufren de anorexia, hasta 40% de los que presentan bulimia, en comparación con 11% de aquellos sin trastornos alimentarios. Las estimaciones para aquellos con planes de suicidio son consistentes entre los tres trastornos entre 13.5 y 14.9% y mucho mayores a la estimación para aquellos sin trastornos de la conducta alimentaria. El intento de suicidio es más elevado en aquellos con bulimia (16.8%) y el trastorno por atracones (20.2%) comparado con los que no presentan un trastorno alimentario (3.0%).

Cuadro 4. Proporción de adolescentes con y sin trastornos alimentarios que muestran conducta suicida alguna vez

	Anorexia		Bulimia		Atracones		Sin trastorno alimentario	
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE
Ideación suicida	28.2	15.3*	40.2	11.5***	34.9	6.7***	10.8	0.5
Plan de suicidio	19.5	13.5**	14.9	6.9***	15.3	3.3***	3.5	0.5
Intento de suicidio	9.8	10.1	16.8	4.4***	20.2	5.4***	3.0	0.4

*p<0.05 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

**p<0.01 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

***p<0.001 para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

Cuadro 5. Proporción de adolescentes con y sin trastornos alimentarios que sufrieron adversidades

	Anorexia		Bulimia		Atracones		Sin trastorno alimenticio	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
I. Maltrato								
Negligencia	14.1	10.0	15.5	6.7*	5.2	3.0	5.6	0.4
Maltrato físico	39.4	18.3**	37.8	9.3***	22.1	6.0	13.3	0.6
Abuso sexual	0.0	0.0	10.7	5.9***	10.3	5.9***	1.5	0.2
II. Pérdida								
Fallecimiento de padre o madre	0.0	0.0	9.2	5.6	4.4	3.2	5.6	0.4
Divorcio	19.6	16.4	23.1	5.9	27.0	5.8*	13.4	0.6
Pérdida parental por otro motivo	15.7	10.6	15.1	7.3	5.8	3.8	13.8	0.6
III. Psicopatología parental								
Trastorno mental	28.2	13.3	25.6	4.5*	18.1	6.4	11.4	0.6
Trastorno por uso de sustancias	14.8	10.7	1.9	1.8	17.5	6.4***	5.2	0.4
Violencia intrafamiliar	52.2	14.7**	39.0	5.3**	40.6	9.3**	18.8	0.9
Conducta criminal	8.7	8.3	18.1	8.9**	2.5	2.4	6.2	0.5
IV. Otra adversidad								
Adversidad económica	9.8	7.2	19.0	8.1	26.9	6.2	24.6	0.7
Enfermedad física grave del joven	5.4	5.5	18.7	11.4**	10.3	5.5	6.7	0.5
Cualquier adversidad	89.5	7.3	88.2	3.3*	82.4	5.5*	67.2	0.8
Promedio del número de adversidades	2.1	0.4*	2.3	0.3***	1.9	0.4**	1.3	0.03

* $p < 0.05$ para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

** $p < 0.01$ para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

*** $p < 0.001$ para la diferencia entre aquellos con el trastorno y aquellos sin ningún trastorno alimentario.

Las adversidades crónicas que han vivido los jóvenes con trastornos alimentarios, en comparación con jóvenes sin ellos, se presentan en el cuadro 5. Los jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria tienen una mayor prevalencia de cualquier adversidad y un mayor número de adversidades vividas. Las adversidades que demuestran consistentemente una mayor prevalencia entre individuos con trastornos alimentarios son el maltrato físico y sexual y la violencia intrafamiliar.

DISCUSIÓN

Las estimaciones de la prevalencia de anorexia, bulimia y trastorno por atracones en adolescentes de la población general en el Distrito Federal y área conurbada son similares a las observadas en adolescentes de otros países de cultura occidental.^{8,9} Estos hallazgos muestran que los trastornos de la conducta alimentaria generan discapacidad grave en aquellos que los sufren. La mayoría ha padecido algún otro trastorno psiquiátrico comórbido y tiene una elevada tasa de conducta suicida. Sin embargo la mayoría no recibe tratamiento para tales trastornos.

En este estudio únicamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos para el trastorno por atracones, pero no para la anorexia y la bulimia, con una mayor proporción de mujeres en comparación con varones que cumplen criterios para el trastorno por atracones. La proporción de mujeres a hombres con trastornos alimentarios en estudios comunitarios⁸ tiende a ser menor que la que se encuentra en población clínica, lo que posiblemente

es un reflejo del mayor uso de los servicios por mujeres con esta problemática. Por otro lado, es posible que la baja prevalencia de estos trastornos en la población general no permita alcanzar una suficiente potencia estadística como para establecer estas diferencias, o por lo menos esto ocurre en el presente estudio.

El grado de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos entre los jóvenes con trastornos alimentarios es notorio. Nuestras estimaciones para la prevalencia de algún trastorno comórbido son similares pero más elevadas que entre los adolescentes de otras poblaciones. Por ejemplo, Swanson et al.⁸ estiman que 55%, 88% y 84% de jóvenes con anorexia, bulimia y trastorno por atracones, respectivamente, ha sufrido algún trastorno psiquiátrico comórbido en comparación con nuestra estimación de 87% de aquellos con anorexia y 95% de aquellos con bulimia o trastorno por atracones. El mayor grado de comorbilidad en nuestra población se ve reflejado en el mayor grado de discapacidad que reportan nuestros adolescentes con trastornos por conducta alimentaria.

Numerosos estudios han encontrado un riesgo elevado de conducta suicida en personas con anorexia y bulimia.^{23,24} Una investigación con estudiantes mexicanas encontró que las conductas alimentarias riesgosas presentan un riesgo dos veces mayor de realizar un intento de suicidio.²³ Una revisión de la bibliografía en inglés sugiere que los individuos con anorexia tienen mayores tasas de suicidio consumado que los individuos con bulimia, pero para los intentos de suicidio los resultados son mixtos aunque sugieren mayores tasas de intentos en individuos con bulimia que

con anorexia.²⁴ Los autores explican que posiblemente los resultados mixtos se deben al hecho de combinar anoréxicos purgativos y no purgativos y que los primeros son más similares a los bulímicos quienes realizan intentos para regular las emociones mientras que los anoréxicos no purgativos tienen mayor deseo de morir y están en peores condiciones físicas y por ende tienen mayor probabilidad de morir. En el estudio actual observamos que todos aquellos con trastornos alimentarios, independientemente del tipo de trastorno muestran tasas de ideación y planeación suicida más elevadas que aquellos sin ellos. Sin embargo, únicamente para la bulimia y el trastorno por atracones hay tasas más elevadas para un intento de suicidio. Posiblemente el rasgo de impulsividad asociado a la bulimia y al trastorno por atracones pueda explicar el mayor intento de suicidio cuando las tasas de ideación son similares.^{25,26}

Nuestros hallazgos son consistentes con otras investigaciones que muestran una historia elevada de adversidades en individuos con trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio reciente ha encontrado incluso una interacción entre un polimorfismo del gen transportador de serotonina y la adversidad, sobre la sintomatología alimentaria, particularmente en lo concerniente al abuso sexual.²⁷ Los autores argumentan que la adversidad en la infancia aumenta la susceptibilidad a la disregulación serotoninérgica como consecuencia del estrés, lo que lleva al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en aquellas personas vulnerables por tener un alelo corto en el genotipo 5-HTTLPR.²⁷

El presente estudio tiene varias limitaciones que deben ser consideradas. Primero, se sacrifica la precisión de diagnóstico con entrevistadores legos capacitados en vez de clínicos. Sin embargo permite la captura de una muestra amplia en la población general, lo que es una fortaleza de este estudio y algo importante particularmente cuando se trata de trastornos con baja prevalencia. La baja prevalencia de estos trastornos lleva a otra limitación: la poca potencia estadística para realizar análisis más complejos. Por último, la información sobre el peso y la estatura para realizar el diagnóstico proviene de un autorreporte y podría, por ende, estar sesgada. Este sesgo probablemente no afectó al diagnóstico de anorexia ya que las personas con este trastorno tienden a sobreestimar su peso y en este caso la estimación sería más conservadora. A pesar de estas limitaciones este trabajo proporciona datos valiosos para identificar las necesidades de tratamiento de los adolescentes en la población general, los que no acuden a pedir ayuda.

En conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria en la población general de adolescentes del Distrito Federal generan un alto grado de discapacidad, se presentan casi siempre en conjunto con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, se acompañan de conducta suicida y muestran una historia de adversidades sociales en la infancia. Debido a que el trastorno por atracones muestra niveles similares de discapacidad, comorbilidad y conducta suicida que los

otros trastornos de la conducta alimentaria, su inclusión en el DSM-V se justifica. Los hallazgos muestran claramente una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento, así como la importancia de una mayor prevención de las conductas alimentarias riesgosas, la detección temprana con un enfoque en grupos vulnerables (por ejemplo niños/as que hayan sufrido alguna adversidad como el maltrato físico o el abuso sexual) y una reducción de las barreras para la búsqueda y la utilización de los servicios asistenciales.

AGRADECIMIENTOS

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente se llevó a cabo gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Secretaría de Educación (No. CONACYT-SEP-SSEDF-2003-CO1-22), con un apoyo adicional para los análisis secundarios (No. CONACYT-CB-2006-01-60678). Esta encuesta se realizó en conjunto con la Iniciativa de Salud Mental Mundial (WMH) de la Organización Mundial de la Salud. Agradecemos al personal de la WMH por su asistencia con instrumentación, trabajo de campo y análisis de datos y a Clara Fleiz, Estela Rojas, Alejandro Hernández, Sandra Morales y Masha Rueda por su participación en la supervisión del trabajo de campo.

REFERENCIAS

1. Barriguete-Melendez AJ, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Angel Cordova-Villalobos J et al. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Publica Mex* 2009;51:S638-S644.
2. Toro J, Gomez-Peresmitre G, Sentis J, Valles A et al. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2006;41(7):556-565.
3. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C et al. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin* 2000;52:140-147.
4. Unikel-Santoncini C, Bojorquez-Chapela I, Villatoro-Velazquez J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin* 2006;58(1):15-27.
5. Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M et al. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord*. 2007;40:S15-S21.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-358.
7. Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43(14):1125-1132.
8. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-723.
9. Marques L, Alegria M, Becker AE, Chen C-n et al. Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2011;44(5):412-420.
10. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-443.

11. Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA et al. The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;38:143-146.
12. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC et al. Increased Mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1342-1346.
13. Unikel C, Bojorquez I. A review of eating disorders research in Mexico. *Int J Psychol* 2007;42(1):59-68.
14. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Cuarta edición. Washington DC: 1994.
16. American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. K 05 Binge Eating Disorder*. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=372> Fecha de consulta 8 ago 2011.
17. Swanson SA, Saito N, Tancredi D, Borges G et al. Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. *J Psychiatr Res* 2012;46:31-37.
18. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(4):386-395.
19. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Mendez E et al. Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in Mexico City adolescents. *Salud Mental* 2009;32(2):155-163.
20. Merikangas KR, Avenevoli S, Costello EJ, Koretz D et al. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(4):367-379.
21. Kessler RC, Avenevoli S, Green J, Gruber MJ et al. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI Diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(4):386-399.
22. Institute RT. *Sudaan release 8.0.1*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2002.
23. Unikel C, Gomez-Peresmitre G, Gonzalez-Forteza C. Suicidal behaviour, risky eating behaviours and psychosocial correlates in Mexican female students. *Eur Eat Disord Rev* 2006;14(6):414-421.
24. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006;26:769-782.
25. Claes L, Mitchell JE, Vandereycken W. Out of control? Inhibition processes in eating disorders from a personality and cognitive perspective. *Int J Eat Disord* 2011;
26. Lacey JH. Self-damaging and addictive behavior in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry* 1993;163:109-194.
27. Akkermann K, Kaasik K, Kiive E, Nordquist N et al. The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *J Psychiatr Res* 2012;46(1):38-43.

Artículo sin conflicto de intereses

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

- 1. A**
- 2. D**
- 3. A**
- 4. C**
- 5. C**
- 6. A**
- 7. B**
- 8. D**
- 9. C**
- 10. B**
- 11. A**
- 12. B**