

Artículo original

Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra

Dres. Luisa B. Bay*, Cecile Rausch Herscovici, Ph.D.**, Irina Kovalskys***, Enrique Berner***, Liliana Orellana, M.S.# y Lic. Andrea Bergesio##

RESUMEN

Introducción. Los trastornos alimentarios (TA) de los adolescentes son frecuentes; conocer su prevalencia favorece la planificación sanitaria.

Objetivos. 1) Evaluar la prevalencia de TA en mujeres y varones argentinos de 10-19 años; 2) identificar factores de riesgo y socioculturales asociados.

Población, material y métodos. Entre 1998 y 2001 se realizó un estudio de corte transversal en dos etapas [de pesquisa con Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) y diagnóstica, con Eating Disorders Examination (EDE-12)] en una muestra nacional de 1.231 mujeres y 740 varones seleccionados al azar; se excluyeron pacientes con TA. Pediatras especialmente entrenados relevaron la población.

Resultados. El EDE-Q identificó 19,2% sospechosos de padecer TA [24% de las mujeres y 12% de los varones ($p=0,001$)]. Los factores de riesgo identificados fueron: presencia de crisis vitales, antecedentes de problemas alimentarios, de madre obesa y de familiar dietante. Solamente 42% ($n=159$) de los sospechosos volvió para ser evaluado en la segunda etapa. Un 6,94% de la muestra total reunió criterios diagnósticos según el DSM-IV: 6,59% tenía trastorno alimentario compulsivo (TAC); 0,3% TA no específico distinto de TAC; 0,05% presentó bulimia nerviosa. Un 26,4% de la muestra total tenía sobrepeso u obesidad.

Conclusiones. Se encontró baja frecuencia de TA completos, el trastorno del comer compulsivo fue el más frecuente. Las mujeres con exceso de peso mostraron preocupación exagerada por el peso y el aspecto corporal. Se encontraron como factores de riesgo asociados con TA el antecedente de una crisis vital, una historia personal de dificultades alimentarias, tener un familiar dietante o tener una

madre obesa. La prevalencia de TA no resultó diferente en distintas regiones del país ni tampoco en zona rural o urbana.

Palabras clave: alteraciones alimentarias, prevalencia, adolescentes, relevamiento epidemiológico.

SUMMARY

Introduction. Eating disorders (ED) are frequent during adolescence; knowledge of their prevalence is helpful for health planning.

Objectives. 1) To assess the prevalence of ED in Argentina in males and females aged 10-19; 2) Identify associated sociocultural and risk factors.

Population, material and methods. A cross-sectional, two-stage study [screening with Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), and diagnosis with Eating Disorder Examination (EDE-12)] was carried out from 1998-2001. Participants were a national sample of 1231 females and 740 males randomly selected after excluding ED patients. Specially trained pediatricians surveyed the population.

Results. The EDE-Q identified 19.2% cases of suspected ED [24% females and 12% males, ($p=0.001$)]. Identified risk factors were: presence of life crises; history of eating problems, of obese mother, and dieting behavior in a direct relative. Only 42% ($n=159$) of the suspected cases returned for the diagnostic interview of the second stage. 6.94% of the total sample met DSM IV diagnostic criteria: 6.59% had binge eating disorder (BED); 0.3% had ED not otherwise specified; and 0.005% had bulimia nervosa. A 26.4% of the total sample was overweight or obese.

Conclusion. Complete ED are infrequent, binge eating disorder was the most prevalent. Overweight women showed an exaggerated concern with body weight and body shape. Risk factors found to be

* Servicio de Nutrición. Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

** Universidad del Salvador y Centro de Terapias Sistémicas.

*** Servicio de Adolescencia Hospital General de Agudos Cosme Argerich.

Instituto del Cálculo. Facultad de Ciencias Exactas. Universidad de Buenos Aires y School of Public Health, Harvard University.

Instituto del Cálculo. Facultad de Ciencias Exactas. Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. Luisa Bay.

luisabay@arnet.com.ar

Aclaración de intereses:

El Laboratorio Roche colaboró con el financiamiento para la investigación.

Pediatras coordinadores: Córdoba: Dr. Atilio Olivetta; Santa Fe: Dr. Orlando Alvarez, San Juan: Dra. Mercedes Muñoz; Salta y Tucumán: Dra. María G. Pacheco; Jujuy: Dr. Roberto Aranzamendi; Tandil: Dr. Jorge Cabana; La Plata: Dra. Luisa Segal y Mendoza: Dres. Lía Colombi y Raúl Furlani.

Nómina de pediatras que participaron: Dres. Alabart N., Alaico C., Alao M., Álvarez M., Amansi E., Antonuccio M., Aquino Moringo J., Aranzamendi R., Araujo M., Azconade Aguilar M., Balassa de Besone E., Balbona G., Barrionuevo Colombres N., Barron M., Benítez Pérez E., Berghtein I., Biuras V., Blazco M., Bogni G., Bollini M., Boo W., Bravo de Cortez C., Carbone M., Carmona G., Carrizo Marron A., Casamiquela G., Casavalle P., Castello P., Castro J., Cavana J., Cintioni J., Clariá B., Convertini G., Cook S., Crisafulli A., Chorni M., Dejer M., De León, Di Giuseppe C., Domínguez M., Dusse P., Eiras M., Elisio S., Fabio de Pujol S., Fain H., Fajalde O., Farfan O., Fernández C., Ferrera F., Ferrolia F., Fiszman M., Fucks S., Furlani C., Gallardo S., Gallegos C., Gattica E., Giménez López A., Glaria E., Gleich S., González N., Greco M., Guerrero N., Gurevich R., Pacheco M., Jewtuszyk M., Kobayashi T., Kohen S., Labarello S., Lamuerda L., Lastra M., López C., Lozano C., Maina N., Marquina A., Martin S., Masini S., Melamed I., Millan D., Miranda D., Monteros A., Mores J., Muela J., Muñoz M., Musumeci J., Nadal S., Neme R., Nespereira M., Nessler R., Olivetta A., Orazi V., Ormaechea N., Oro E., Palagoni R., Palazzi A., Palla M., Paz M., Pazzelli E., Pedace S., Peccol P., Peñalva M., Perez Tambini H., Perochena J., Pianelli P., Piñeiro J., Pisfresmo G., Pompa de Todone I., Prusso J., Quiroga P., Quiros P., Ramasco Padilla A., Redi C., Regnando M., Reta G., Rivero N., Rodríguez M., Rojas M., Rovira J., Rozenhuter E., Rua A., Sáez M., Saure O., Scoliola E., Schamun M., Schuartz J., Segal L., Seno L., Setton D., Sica M., Solivellias M., Soria A., Souza M., Sprang M., Tanuz M., Tarchinale I., Tonelli L., Torres M., Varone G., Vázquez L., Vazquez M., Vega de Guerrero M., Veglia C., Vilar M., Von Saldern F., Wolff R., Yanez L., Zeljeznak M., Zurlo de Mirotti S.

associated to ED were: life crises, a personal history of eating difficulties, a dieting immediate relative, and having an obese mother. The prevalence of ED was not associated to any region of the country nor to living in rural or urban areas, binge eating disorder was the most prevalent.

Key words: eating abnormalities, prevalence, adolescents, screening.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación en los adolescentes, son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud y calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso la muerte y generalmente se acompañan de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas. Se ha sugerido que el reconocimiento temprano de individuos en riesgo y una intervención precoz pueden prevenir el desarrollo de un cuadro completo, por lo que la responsabilidad del pediatra de atención primaria está en la pesquisa y en la identificación de pacientes con factores de riesgo para actuar preventivamente antes de que el trastorno sea franco.¹

Las entidades actualmente reconocidas son: 1) anorexia nerviosa, que se caracteriza por una negativa del paciente a mantener un peso mínimo normal; 2) bulimia nerviosa caracterizada por episodios repetidos de atracones alimentarios seguidos de conductas compensadoras inadecuadas; 3) trastornos alimentarios no especificados (TANE) que se refieren a los casos que presentan síntomas de TA que no se corresponden con los criterios diagnósticos tradicionales completos de anorexia nerviosa o de bulimia. Esta entidad es más frecuente que las dos primeras y en algunos casos se trata de enfermedades autolimitadas.²

Para la planificación de actividades preventivas de trastornos alimentarios, de planes de educación para la población y programas formativos para el personal de salud es necesario disponer de información local sobre la prevalencia de estos trastornos y de factores de riesgo asociados a ellos. Sin embargo, no existen datos nacionales al respecto. En los medios de difusión locales se dan a conocer cifras alarmantes,³ mayores que las de estadísticas internacionales, que al tener una difusión masiva, lejos de ejercer una acción preventiva eficaz, pueden generar

pánico. En estudios realizados en el extranjero se informa que las mujeres padecen el 90-95% de los trastornos alimentarios y que la prevalencia de todos los trastornos reconocidos en conjunto alcanza al 5% de las adolescentes y mujeres jóvenes y 0,5% de los varones.⁴ Algunos expertos refieren aumento de la incidencia de trastornos alimentarios en prepúberes, por lo que la preocupación y responsabilidad del pediatra para la prevención y detección es también mayor.¹

Según el Censo Nacional Argentino del año 2001, la población de mujeres de 10 a 19 años en Argentina es de 3.310.101. Si la prevalencia de los trastornos alimentarios coincide con la del extranjero podría haber aproximadamente 166.144 adolescentes afectadas. El número total de varones de la misma edad es de 3.409.836, por lo que podría haber entre ellos 16.500 jóvenes afectados.

La información epidemiológica con la que se cuenta hasta ahora en el país indica que para una población de mujeres de 18 a 25 años ingresantes a la Universidad de Buenos Aires, hay una tendencia a desarrollar algún grado de disturbio alimentario en una proporción aproximada de 1 cada 7.⁵

Con el propósito de averiguar con qué frecuencia se enfrenta el pediatra en su actividad cotidiana de consultorio a niños con trastornos alimentarios, se llevó a cabo un estudio epidemiológico a nivel nacional, coordinado en el ámbito de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), con la participación de pediatras de todo el país que asisten a adolescentes en el consultorio, en niveles público y privado.

OBJETIVOS

- Evaluar la prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra nacional de varones y mujeres de 10-19 años, que concurren a la consulta pediátrica por razones diferentes a un TA.
- Evaluar la eventual asociación de estos trastornos con algunos factores socioculturales, como lugar de residencia, nivel de instrucción de los pacientes y de los padres, presencia de crisis vitales, antecedentes familiares de trastornos alimentarios o de conducta dietante.
- Detectar factores de riesgo que pudieran sugerir hipótesis causales que permitan orientar investigaciones ulteriores, así

- como orientar programas de prevención y atención acordes a la realidad nacional.
- d. Comparar la frecuencia en el diagnóstico de trastornos alimentarios a través de un cuestionario autoadministrado con el de una entrevista personal realizada por un experto. La bibliografía indica que los cuestionarios autoadministrados pueden sobrestimar la prevalencia de los trastornos, a diferencia de la entrevista personal.^{6,7}

Los pediatras participantes se entrenaron en la detección y diagnóstico de los trastornos alimentarios empleando instrumentos adecuados y de uso internacional, lo que potenció su ulterior intervención como agentes de salud.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal sobre una muestra de adolescentes de todo el país. Debido a los limitados recursos disponibles para la investigación, a que los trastornos alimentarios son una preocupación para el pediatra que atiende prepúberes y adolescentes y a que los instrumentos utilizados deben ser aplicados por un agente de salud, se utilizó el siguiente diseño para el estudio: reclutar pediatras interesados/voluntarios de todas las regiones del país, que trabajaran tanto en el ámbito privado como en hospitales públicos. Cada pediatra debía seleccionar una muestra aleatoria entre los adolescentes concurrentes a la consulta por motivos diferentes a la patología de la conducta alimentaria.

El tamaño de muestra se calculó para varones y mujeres separadamente. La prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no especificados sumados, según estudios en otras regiones, varía entre 4,2 y 5% en la población femenina y alrededor de 0,5% en los varones.⁴ El cálculo del tamaño de muestra se realizó bajo el supuesto de muestra aleatoria simple. Para estimar la prevalencia de trastornos alimentarios en la población de mujeres de 10 a 19 años con un intervalo de confianza de amplitud $\pm 1\%$ fueron necesarias 1.822 mujeres, mientras que para estimar la prevalencia en varones con un intervalo de confianza de $\pm 0,4\%$ era necesaria una muestra de 1.194 sujetos.

Se decidió que cada pediatra tomara entre 10 y 40 encuestas, según el tiempo que dedicaría a la investigación y el número de niños que atendía. Inicialmente se estimó

que participarían aproximadamente 160 pediatras en el estudio. La distribución geográfica de los médicos participantes se calculó sobre la base del porcentaje de habitantes de 10-19 años de la población de todo el país en cada región geográfica según el censo nacional de 1991 (último disponible cuando comenzó el estudio). A fin de que en la muestra estuvieran representados los sectores fundamentales de la atención médica, el 50% de los pediatras correspondían al sector público y el otro 50% al sector privado de obra social.

Se instruyó a cada pediatra para reclutar un máximo de 40 participantes entre los niños concurrentes a su consultorio, 24 mujeres y 16 varones. Se solicitó que se mantuvieran las proporciones de sexo en el caso de no alcanzarse el número propuesto de 40 encuestas. Los pacientes eran seleccionados al azar entre los que estaban previamente citados o concurrían espontáneamente a la consulta y tenían la edad y sexo propuestos para ingresar al estudio. El pediatra invitaba a participar al paciente y él o sus padres firmaron el consentimiento informado.

Se convocó a los pediatras interesados en participar, a través de llamados en Congresos de Pediatría, cursos, correo informativo y cartas a los directores de filiales de la SAP. Los criterios de selección fueron: a) tener residencia de pediatría o título de pediatra otorgado por la SAP; b) estar interesado en el tema de la investigación, c) atender a un número de pacientes suficiente para cumplir con el número de cuestionarios propuestos; esto era decidido por cada pediatra una vez que estaba informado sobre los requerimientos del trabajo; d) región del país.

El trabajo fue coordinado desde la sede central de la SAP y participaron 151 pediatras de diferentes regiones; 9 de ellos actuaron coordinando el trabajo de los pediatras participantes en su área geográfica de referencia.

Se realizaron reuniones en la sede central de la SAP y en algunas de las regiones. En ellas se hizo una actualización sobre el diagnóstico de trastornos alimentarios y se realizó el entrenamiento para el empleo de los instrumentos a utilizar en el estudio; también se entregó el material de trabajo. Los pediatras participantes aclararon personalmente cualquier cuestión referente al estudio o a los instrumentos y durante el desarrollo de la investigación fueron contactados

periódicamente a través de correo postal, correo electrónico o telefónicamente para seguir el curso del trabajo. El análisis estadístico de las diferentes variables se realizó con métodos acordes al tipo de variable y a los parámetros que se deseaban comparar entre diversas poblaciones. Las variables categóricas se analizaron utilizando la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Para la comparación de variables numéricas en dos grupos independientes se usó la prueba t de Student o de rangos de Mann-Whitney.

Material e instrumentos del estudio

- Hoja de consentimiento de participación en el estudio.
- Ficha con los datos personales y sociofamiliares de cada paciente. Los indicadores demográficos evaluados fueron: datos de salud, socioeconómicos, educacionales y antecedentes de obesidad o trastorno alimentario del paciente y la familia (véase el anexo en páginas electrónicas).
- Cuestionario "Eating Disorder Examination Questionnaire"⁸ (EDE-Q), de autoadministración, que consta de 36 preguntas, agrupadas en 5 subescalas que se refieren a preocupación por la alimentación, preocupación por el peso, preocupación por el cuerpo, restricción alimentaria y bulimia. Esta última ha variado a lo largo del tiempo, habiéndose suprimido en algunos estudios.⁹ Este cuestionario brinda un puntaje para cada una de las preguntas, lo que resulta en un puntaje promedio para cada paciente en las subescalas y un puntaje global. Fue autoadministrado en los mayores de 13 años, excepto en aquellos que el pediatra evaluara con dificultades de comprensión. Para ellos y en los menores de esa edad el cuestionario fue administrado por el pediatra.
- Cuestionario "Eating Disorders Examination"¹⁰ (EDE-12) completado en una entrevista diagnóstica por el pediatra.*
Luego de aceptar participar en el estudio

y de firmar el consentimiento informado, los jóvenes completaron la ficha con datos personales y familiares y el cuestionario EDE-Q. Los pediatras evaluaron el EDE-Q; la sospecha diagnóstica de TA se tuvo cuando el puntaje global o de alguna de las subescalas era mayor de dos desviaciones estándar de la media^{9,11} o con respuestas positivas a las preguntas del cuestionario que marcan criterios de diagnóstico positivos para trastornos alimentarios. Aquellos casos sospechosos de TA que deberían continuar a la siguiente etapa, fueron citados para una entrevista semiestructurada con el pediatra, en la que utilizó como instrumento de evaluación el EDE-12. La puntuación de este último instrumento se realizó de forma centralizada. El diagnóstico definitivo de anorexia nerviosa, bulimia y trastorno alimentario no especificado (TANE), de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV,² surge de esta entrevista semiestructurada. Se ha establecido la confiabilidad interencuestador del instrumento.^{10,12} La consistencia interna de las subescalas muestra un grado satisfactorio y su validez ha sido avalada por varios estudios.¹³

Procesamiento de los datos

Los pediatras enviaron a la SAP las hojas del consentimiento informado firmado, la ficha demográfica, el EDE-Q evaluado y el EDE-12 de aquellos casos en los que se completó esta evaluación, para su puntuación centralizada.

Se analizaron los datos ingresados en una

TABLA 1. Prevalencia de sospechosos de trastorno alimentario por edad

Edad	Sospechosos
10	19 (13%)
11	35 (15%)
12	30 (12%)
13	49 (19%)
14	67 (26%)
15	56 (24%)
16	52 (22%)
17	28 (16%)
18	18 (17%)
19	26 (32%)
Total	380

n= 1.971

* En una comunicación personal, el Dr. Ch. Fairburn autorizó el empleo de los instrumentos de su autoría (EDE-Q y EDE-12) elegidos para este estudio, así como su traducción. La versión en castellano se validó en una muestra de 10 pacientes con diagnóstico clínico de TA y se realizaron los ajustes pertinentes.

base de datos diseñada para el estudio en el Programa CSS, que permite el análisis estadístico directo de las variables dependientes e independientes consideradas.

Análisis de los datos

- Se evaluó la nueva prevalencia de sospecha de TA según el EDE-Q.
- Se evaluó la nueva prevalencia de cada uno de los trastornos alimentarios según la definición operativa del EDE-12, sobre los casos que realizaron la entrevista de confirmación diagnóstica.
- Se compararon cada una de las variables independientes elegidas entre los grupos con sospecha de TA y sin ella y en los casos confirmados.
- Se evaluaron cuáles son los factores asociados a los casos que, sin tener diagnóstico confirmado de TA, resultaron sospechosos según la definición antedicha.

RESULTADOS

Se estudiaron en total 1.971 jóvenes, (1.231 mujeres y 740 varones). La edad media fue de $14,16 \pm 2,51$ en las mujeres y de $14,12 \pm 2,44$ en los hombres. El 68% de los casos vivían en zona urbana, el 26% en Capital Federal y sólo un 6% en zonas rurales. Si bien el relevamiento de casos se realizó al azar, se planificó una distribución pareja entre el sector público y el sector privado; 41,3% de los casos provenían del hospital, 39,7% de obras sociales y 19,9% de consultorios privados.

Prevalencia de exceso de peso en la población estudiada

Como valor referencia se utilizaron las tablas de Rolland Cachera de índice de masa corporal (IMC) y el valor de corte de los percentilos 90 y 95 para sobrepeso y obesi-

dad, respectivamente; la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad fue del 26,4%. El 12,9% tenía sobrepeso (253) y el 13,5% (265), obesidad. La distribución (Figura 1) muestra una curva de Gauss desplazada hacia la derecha, donde el 65,4% de los niños están por encima del percentilo 50 de IMC y sólo 1,6% (32) están por debajo del percentilo 5.

Prevalencia de sospecha de TA

En el análisis del cuestionario EDE-Q observamos que 1.591 casos (80,8%) tenían resultados normales, mientras que 380 (19,2%) eran sospechosos de tener TA. La relación fue de 3,36 casos femeninos por cada caso masculino. Entre las mujeres se observó una prevalencia de sospecha del 24% contra 12% de casos sospechosos entre los varones ($p=0,001$). La distribución por edad mostró una concentración entre los 14 y 15 años, con un pico de prevalencia a los 19 (Tabla 1).

Los únicos factores de riesgo encontrados en los sospechosos de TA fueron mayor presencia de crisis vitales, de antecedentes de problemas alimentarios, de madre obesa y de familiar dietante (Tabla 2).

Prevalencia de casos nuevos de trastornos alimentarios

Entre los casos analizados con EDE 12 (159), en 81,8% ($n=130$) se confirmó trastorno compulsivo del comer (TCC), en 3,8% ($n=6$), trastorno no específico y en 0,6% ($n=1$) bulimia. En 13,8% ($n=22$) de los casos no se comprobó TA a pesar de haber sido sospechosos.

De acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior, entre los 1.971 casos estudiados se confirmó diagnóstico de TA en el 6,95% (130). Se distribuyeron de la siguiente forma: 6,6% de TCC, 0,05% de bulimia y 0,3% de TANE. En el 58% de los casos sospechosos no se pudo confirmar o descartar el diagnóstico porque no se cumplió con la entrevista semiestructurada y el EDE-12.

Análisis de las subescalas del EDE-Q

En las subescalas del cuestionario EDE-Q se observa que el 14,1% de los niños superó el valor de corte de preocupación por la alimentación; el 11,8% el de preocupación por el peso, el 9,2% el de preocupación por el aspecto corporal, 4,1% el de restricción alimentaria y 0,5% el de la escala de bulimia (Tabla 3). Los valores de todas las subescalas fueron significativa-

Tabla 2. Prevalencia de sospechosos de trastorno alimentario y no sospechosos según datos demográficos significativos

	Sospechosos		No sospechoso		N	p*
	SÍ	NO	SI	NO		
Crisis vital	25%	17%	75%	83%	1953	0,001
Probl. alimentario	44%	18%	56%	82%	1970	0,001
Madre obesa	26%	18%	74%	82%	1951	0,001
Familiar dietante	25%	17%	75%	83%	1693	0,001

* χ^2

mente más altos en las mujeres que en los varones (Tabla 4) y aumentaron significativamente con la edad en aquellas, excepto la de preocupación por la imagen corporal. En los varones no se observaron diferencias entre los puntajes de los menores en comparación con los mayores. Los puntajes de todas las subescalas de los casos considerados sospechosos de trastornos alimentarios fueron significativamente más altos que los de la población general.

El análisis individual de las respuestas a las preguntas del EDE-Q permite realizar un acercamiento a las preocupaciones de este grupo de adolescentes en relación con la alimentación, la figura o el cuerpo. El 25,7% de los encuestados refirió deseos de tener "la panza chata, 81% de ellos eran mujeres. El 13,3% (86% de mujeres) refirió miedo a aumentar de peso, el 15,3% (82,6% de mujeres) dijo haberse sentido gordo/a y el 17,9% (78% de mujeres) manifestó deseos de perder peso. En un 10,5% de los casos (70% de mujeres) el cuerpo influyó en la autovaloración y en el 9,2% (73,3% de mujeres) es el peso el que tenía esta influencia. Las preguntas que evaluaron restricción alimentaria y preocupación por la alimentación, también arrojaron valores significativamente más elevados en las mujeres.

Se observa que un mayor número de respuestas con puntaje elevado en los casos que tenían entre 14 y 15 años, dato que coincide con la edad de mayor prevalencia de casos sospechosos.

Relación con el IMC: Se encontró una relación directa entre el IMC y el puntaje obtenido en cada subescala independientemente de la presencia o no de TA. Como puede observarse en la Figura 2, en todas las

subescalas el promedio de los puntajes aumentó a medida que lo hizo el IMC.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que, cuando los trastornos alimentarios son definidos en forma rigurosa y evaluados por medio de una metodología apropiada, la prevalencia de la Argentina es comparable a la de otras poblaciones de América y de Europa Occidental. Sin embargo, y probablemente vinculado con la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, el trastorno del comer compulsivo fue más frecuente. En la muestra total, las preocupaciones acerca del peso y el aspecto corporal fueron muy comunes, especialmente entre las mujeres, quienes mayoritariamente se sienten excedidas de peso y conforme tienen más edad intentan perder peso, hacen dieta con más frecuencia y tienen más conducta de comer compulsivo.

Este estudio confirma que ser mujer, tener sobrepeso y tener más edad, están asociados a problemas alimentarios.

Los factores de riesgo que encontramos asociados con TA fueron: antecedente de una crisis vital, una historia personal de dificultades alimentarias, tener un familiar dietante o tener una madre obesa. La prevalencia de TA no resultó diferente en distintas regiones del país ni tampoco en zona rural o urbana.

DISCUSIÓN

Los trastornos alimentarios comienzan generalmente en la adolescencia; sin embargo, los estudios epidemiológicos existentes se han realizado primordialmente sobre población adulta. En el mundo hay pocos estudios epidemiológicos nacionales en adolescentes y lo que conocemos acerca de ellos suele prove-

Tabla 3. Frecuencia de casos con escalas consideradas patológicas (EDE-Q)

	Sospechoso	No sospechoso
Restricción alimentaria	81 (4%)	1.890 (96%)
Preoc. por aspecto corporal	181 (9%)	1.790 (90%)
Preoc. por alimentación	277 (14%)	1.694 (86%)
Preoc. por peso	233 (12%)	1.738 (88%)
Bulimia	10 (0,5%)	1.691 (99%)

N= 1.971

Tabla 4. Relación en toda la población entre los valores promedios de la subescala entre mujeres y varones (EDE-Q)

	Mujeres x ±DE	Varones x ± DE	P
Restricción alimentaria	0,8 ± 0,9	0,4 ± 0,6	0,001
Preoc. por aspecto corporal	1,4 ± 1,3	0,7 ± 0,9	0,001
Preoc. por alimentación	0,7 ± 0,9	0,7 ± 0,9	0,001
Preoc. por peso	1,3 ± 1,3	0,7 ± 0,9	0,001
Bulimia	0,3 ± 0,5	0,3 ± 0,4	0,001

N mujeres= 1.232 N varones= 740

nir de las muestras de consultorios o colegios y no de muestras poblacionales^{3,4,18}

Si bien hay varios estudios acerca de alteraciones del patrón alimentario en culturas tan diversas como Arabia Saudita,¹⁴ Sudáfrica¹⁵ y Polonia,¹⁶ las publicaciones que no están en idioma inglés tienden a ser excluidas de las reseñas y los estudios realizados en Latinoamérica, España y Rusia suelen tener una presencia menor.¹⁷

Realizar un estudio de todo el país tomando una muestra al azar de la población resulta impensable por las diferentes dificultades para implementar estudios de este tipo, comenzando por el alto costo. La opción de tomar datos en escuelas tiene dos problemas básicos: en primer término, para que la muestra sea representativa, habría que tomar muestras en escuelas de diferentes características de todo el país, puesto que estudios aislados en colegios dan información de lo que sucede en el colegio estudiado y no son datos extrapolables al resto de la población. En segundo término y tal vez aún más importante el alto índice de deserción escolar puede condicionar un sesgo importante hacia las clases sociales más altas en las que la deserción es menor.

Con el objeto de obtener información para los pediatras acerca de la posibilidad que tienen de recibir en sus consultorios pacientes con TA y cuáles son los que presentan mayor riesgo de padecerlo, se planificó este estudio en el consultorio de pediatras de todo el país, abarcando los ámbitos privados, de la seguridad social y de la salud pública estatal. El interés y la colaboración de los pediatras participantes hicieron posible la recolección de los datos. Hubo dificultades en la recitación de los pacientes sospe-

chosos, especialmente del sector público, por lo que el estudio no se completó como fue planeado. Tan sólo 41% de los sospechosos pudieron tener un diagnóstico definitivo al ser evaluados en la entrevista semiestructurada con el segundo cuestionario EDE-12.

La proporcionalidad entre población y número de encuestas en cada región no se mantuvo estrictamente porque algunos de los pediatras no pudieron completar la totalidad de los casos propuestos por diferentes razones, mientras que otros sí lo hicieron; esto dificulta hacer una estimación de prevalencia nacional y por regiones. A pesar de estos problemas, este es el primer estudio sobre el tema que abarca todo el país.

Las conclusiones de este trabajo no son extrapolables a la población nacional, sino a pacientes que concurren al consultorio del pediatra. También recordamos que esta muestra abarca sólo a pacientes que aceptaron participar en la encuesta, que concurren a consultorios de pediatras argentinos y que, a su vez, estuvieron interesados en participar en la investigación.

Los instrumentos utilizados para este estudio se confeccionaron con especial atención a detectar el comer compulsivo en sus diversas manifestaciones. Es posible que al comparar datos epidemiológicos de otros estudios que emplearon otros instrumentos, esta característica haya contribuido a una detección mayor de esta conducta en la población estudiada.¹⁸ En la primera etapa se utilizó un cuestionario de autoadministración

FIGURA 1. Distribución del total de la población estudiada según percentilos de índice de masa corporal

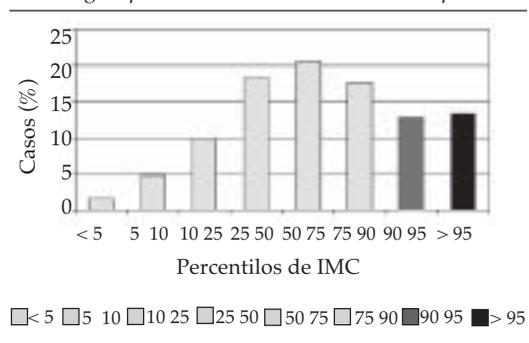
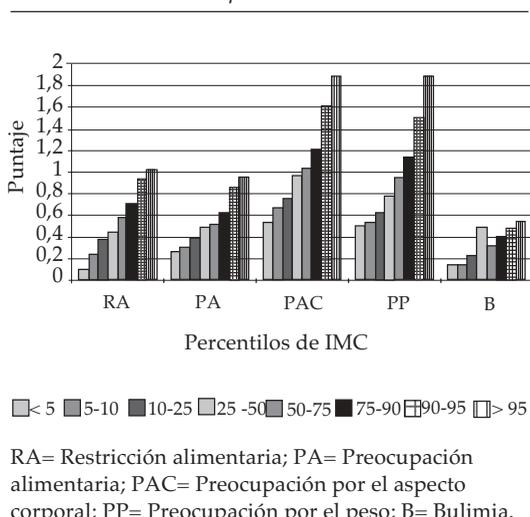


FIGURA 2. Puntaje de las subescalas según percentilo de Índice de Masa Corporal (IMC)



RA= Restricción alimentaria; PA= Preocupación alimentaria; PAC= Preocupación por el aspecto corporal; PP= Preocupación por el peso; B= Bulimia.

(EDE-Q)⁸ que tiene la ventaja de ser de fácil administración, sirve para evaluar grandes grupos, no requiere entrenamiento del entrevistador y se completa en poco tiempo. Para la etapa de diagnóstico se realizó una entrevista individual (EDE-12),¹² que no solamente insume más tiempo en su administración, sino que además requiere entrevistadores entrenados y conocedores de TA. Estos instrumentos evalúan los rasgos principales del TA de dos maneras: midiendo la frecuencia de conductas clave (compulsión alimentaria y purga) y a través de subescalas que generan medidas de conductas presentes en los casos de trastornos alimentarios. El primer cuestionario evalúa aspectos bien definidos de las conductas de purga (por ejemplo, vómito) pero, en cambio, no es tan apropiado para evaluar compulsión alimentaria, restricción alimentaria o reglas alimenticias que, por ser conceptos más ambiguos, requieren una evaluación personalizada.¹⁹ La entrevista es especialmente apropiada para evaluar dos aspectos conductuales básicos de los trastornos alimentarios y computar su frecuencia: comer en exceso y el empleo de métodos extremos de control de peso. Debido a que cada uno de estos instrumentos tiene distintas áreas de fortaleza, se recomienda utilizar ambos tanto para estudios de prevalencia como de evolución.

La consigna que recibieron los pediatras encuestadores fue de seleccionar al azar los participantes entre aquellos pacientes que ellos presumieran sin TA. Por lo tanto, este estudio no es estrictamente de prevalencia ni tampoco de incidencia, sino que mide prevalencia de casos nuevos.

El 26,4% de la población estudiada tenía sobrepeso u obesidad. Si bien algunos países latinoamericanos informan tasas de sobrepeso y obesidad similares a las de EE.UU.,^{20,21} estos valores son significativamente más altos que los publicados en el estudio internacional de Cole y colaboradores, quienes para los seis países con diferentes características socioeconómicas estudiados, informaron una prevalencia de 5 a 12% de sobrepeso y 0,1 a 4% de obesidad.²² Es posible que estas cifras se vinculen al hecho de que América Latina está atravesando un proceso de transición nutricional caracterizado por un significativo incremento de obesidad como fenómeno de malnutrición en las clases de menores

recursos.^{23,24} Además, un reciente estudio de OMS/OPS revela una tendencia de aumento de la obesidad en países emergentes, especialmente en zonas urbanas,²⁵ como es el caso de la población estudiada. En la primera etapa de la pesquisa (EDE-Q), la mitad del total de casos sospechosos tenía un IMC por encima del percentilo 90 y el 78% de sospechosos de TA eran mujeres.

Con el cuestionario autoadministrado se detectó un 19,2% de los casos (n= 380) como sospechosos de tener un TA. Debido a la existencia de referencias de la sobrestimación de diagnósticos que suele haber a través de cuestionarios autoadministrados,^{6,26,27} hubiera sido relevante la evaluación completa de la población sospechosa; lamentablemente no se pudo tener con todos ellos una entrevista personal, como se había planificado: sólo se hizo en 159 (41%). En esos 159 casos detectados como sospechosos que concurren a la segunda entrevista se confirmó el diagnóstico en 139 (81,8%), pero debido al alto porcentaje de deserción no es prudente extrapolar esta cifra a toda la población de sospechosos. Si consideramos ese 41% que regresó para la entrevista diagnóstica, diremos que el 6,95% del total (1.971) tenía un TA, el 6,6% presentaba un trastorno del comer compulsivo, el 0,35% tenía un TA no especificado y el 0,05%, bulimia nerviosa. No se halló ningún caso de anorexia nerviosa, sólo 0,7% de los casos de sospechosos tenían bajo peso (debajo del percentilo 10), por lo que la restricción y bajo peso fue una asociación absolutamente excepcional en esta muestra. Debe tenerse en cuenta que los pacientes con anorexia nerviosa difícilmente concurren a la consulta médica, niegan la enfermedad, refieren sentirse siempre bien y tienen pocas enfermedades intercurrentes.^{1,3,4} No se detectó empleo de los métodos de purga y la presencia de restricción alimentaria fue mínima, sólo el 4,1% de la población total refirió que restringía la alimentación para cambiar su peso o su cuerpo.

En las últimas dos décadas, los progresos del campo epidemiológico se han visto reflejados en el área de los trastornos alimentarios. Antes de realizar los estudios epidemiológicos con una primera etapa de detección selectiva y una posterior de entrevista diagnóstica se informaban cifras de prevalencia alarmantes. Con esta mejor metodología, los

estudios indican para mujeres jóvenes una prevalencia de 0,28% para anorexia nerviosa y para bulimia nerviosa, 1% en mujeres y 0,1% en varones.^{28,29} En este estudio se encontraron cifras significativamente menores de bulimia nerviosa y ningún caso de anorexia nerviosa. Probablemente ello se relacione con que el 59% del grupo que presentaba datos de sospecha en el primer cuestionario no concurreó a la entrevista diagnóstica, lo que coincide con hallazgos de otros estudios.³⁰ Aun así, los datos recabados son consistentes con los principales estudios epidemiológicos realizados en Norteamérica que informan una prevalencia baja de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa,^{31,32} con la mayor incidencia de anorexia nerviosa entre las mujeres de 10 a 19 años, en tanto que la mayor incidencia de bulimia nerviosa abarca a las mujeres desde los 20 años hasta la adultez joven. Tal vez esto explique la mayor agregación de nuestra muestra a los 19 años.

Otro estudio informa que el trastorno del comer compulsivo en su forma completa y subclínica tiene una prevalencia de 2,6%.³³ Esta población supera el doble de esa cifra (6,6%). Es posible que esto se relacione con los instrumentos utilizados en este estudio, que son especialmente apropiados para detectar esta patología. La mitad de los casos con compulsiones alimentarias tenía un IMC superior al percentilo 90. Esta asociación entre exceso de peso y comer compulsivo, que surgió del cuestionario autoadministrado, no permite hacer un diagnóstico diferencial acertado entre el paciente con trastorno del comer compulsivo y obesos con malos hábitos alimentarios. Se podría pensar que el sobrepeso condiciona los síntomas de TA o que es una consecuencia de éstos; para aclararlo es necesaria una entrevista diagnóstica y no es suficiente el cuestionario. Se ha encontrado que los niños y adolescentes con obesidad y trastorno del comer compulsivo tienen diferencias clínicas con los obesos, especialmente en lo que se refiere a su autoestima y su conducta alimentaria, por lo que deben identificarse para ofrecer el enfoque terapéutico adecuado.³⁴

En el total de la muestra, 14,1% tenía un puntaje que superaba la media + 2DE de la población de referencia^{11,13} en la escala que mide preocupación por la alimentación; 11,8% lo superaba en la escala que mide

preocupación por el peso y 9,2%, en la de preocupación por el aspecto corporal. Hay evidencia de que una elevada preocupación por el peso y el aspecto corporal son muy frecuentes entre las mujeres adolescentes y preadolescentes con sobrepeso u obesidad y que ello lleva con frecuencia a la conducta dietante.²¹ La conducta dietante ha sido identificada como un factor de riesgo específico para las patologías de la conducta alimentaria; se ha visto que las adolescentes con conducta dietante patológica tienen 7 veces más riesgo de desarrollar un TA.³⁵ Su detección permite actuar preventivamente.

Otros estudios muestran que entre 13% y 20% de las mujeres adolescentes obtienen puntajes clínicamente significativos para estas 3 subescalas y que 4% refiere vómitos autoinducidos, 1% abuso de laxantes, 0,4% uso de diuréticos, así como 8% de compulsión alimentaria.³⁶ El uso de estos métodos de purga (vómitos, laxantes y diuréticos) fue poco referido en este grupo. Es posible que hubiera un subregistro, porque la encuesta inicial fue autoadministrada por escrito y sin anonimato. Es sabido que es más fácil recabar esta información en una entrevista personal y a veces se requiere más de una entrevista que permita establecer un vínculo de confianza para que el paciente lo refiera.

La prevalencia de sobrepeso para ambos sexos es semejante pero, al igual que en otros estudios, son las mujeres quienes más refieren el malestar con su peso y cuerpo. Esto se corresponde con la mayor presión cultural que pesa sobre la mujer con respecto a un peso y aspecto corporal alejado de la realidad. De hecho, varios estudios poblacionales han informado una asociación positiva entre peso y conductas bulímicas.³⁷⁻³⁹ Como en otros estudios, se encontró que haber tenido antecedentes de problemas alimentarios, madre obesa o algún familiar dietante son factores de riesgo para el desarrollo de TA; aquí se agrega el antecedente de crisis vital asociado a sospecha de TA.^{40,41}

Hubo dificultades en la recitación de los pacientes sospechosos, especialmente del sector público, por lo que el estudio no se completó tal como fue planeado. Tan sólo 41% de los sospechosos pudieron evaluarse en la entrevista semiestructurada con la segunda prueba EDE-12. Tampoco se mantuvo estrictamente la proporcionalidad entre población y

número de encuestas en cada región, porque algunos de los pediatras por diferentes razones no pudieron completar la totalidad de los casos propuestos. Esto dificulta hacer una estimación de prevalencia nacional. A pesar de los problemas mencionados, estos datos son los primeros que abarcan niños y jóvenes de todo el país en un corte transversal. Las conclusiones de este trabajo no son extrapolables en el ámbito nacional. En el sentido estricto, esta es una muestra representativa de pacientes que concurren a consultorios de pediatras argentinos y que aceptaron participar en una investigación de este tipo.

La preocupación por el peso y por el aspecto corporal es tan común entre las mujeres adolescentes y púberes, que puede considerarse normativa. Sin embargo, es probable que nuestras cifras hayan subestimado la prevalencia y gravedad de los síntomas propios de los trastornos alimentarios si se tiene en cuenta que éstos son desproporcionadamente frecuentes entre quienes eligen no participar en relevamientos de este tipo.⁴² En esta muestra, aunque el sobrepeso tuvo igual prevalencia entre los adolescentes de ambos sexos, son mayoritariamente las mujeres quienes se perciben como con sobrepeso y conforme tienen más edad, intentan perder peso, hacen más dieta y tienen mayor frecuencia de conducta de compulsión alimentaria. Este estudio confirma que en la adolescencia, ser mujer, tener sobrepeso y tener más edad se asocian a TA.⁴³ La asociación del IMC alto con el comer compulsivo que muestra este estudio, no solamente señala a la obesidad como factor de riesgo para desarrollo de TA, sino también que la obesidad en ocasiones puede aparecer como consecuencia del TA.

Seguir los criterios diagnósticos estrictos puede excluir a personas con TA en su fase inicial o subclínica. Por ello, es esencial diagnosticar los trastornos alimentarios adolescentes no sólo aplicando un criterio formal, sino detectando tempranamente al paciente que tiene prácticas de control de peso malsanas o muestra un pensamiento obsesivo acerca de la comida, el peso o el aspecto corporal.¹ También es necesario identificar y tratar a los adolescentes que tienen actitudes y conductas significativamente anormales y con consecuencias adversas para la salud, como rumia, regurgitación, escupir y comer nocturno.¹

Debido a que los trastornos de alimentación completos son relativamente poco frecuentes, su impacto sobre la salud pública suele no valorarse debidamente. Se debe recordar que prevención implica intervenir en los sujetos que presentan factores de riesgo o síntomas leves y que su eficacia no sólo depende de conocer los factores de riesgo sino que éstos sean modificables. La obesidad informada en este estudio plantea un alerta en las intervenciones preventivas porque implica no solamente atender a las vicisitudes de esta enfermedad crónica, sino también tener en cuenta que es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una preocupación exagerada por el peso y para la instalación de conductas malsanas de control de peso.^{44,45} Este estudio pone de relieve la importancia de incluir una anamnesis alimentaria en la consulta del pediatra. Conviene investigar la conducta alimentaria y cuando el médico sugiere bajar de peso a un niño o adolescente sería conveniente incluir la discusión de las prácticas saludables y malsanas de regulación de peso, así como estar atento a la posible aparición de síntomas bulímicos. Además, es importante no favorecer a través de comentarios casuales y no intencionados, la instalación de una preocupación innecesaria por el peso o el aspecto corporal.

Las intervenciones preventivas se deben dirigir a los padres, a los pares y a los medios de comunicación, puesto que hay evidencia de que desempeñan un papel significativo en el desarrollo de los trastornos alimentarios.⁴³

Agradecimientos

Los autores queremos expresar nuestra gratitud al Doctor Horacio Lejarraga por la colaboración prestada en el diseño del trabajo.

A los pediatras de todo el país que dedicaron su tiempo y esfuerzo a esta tarea. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Rome ES, Ammerman S, Rosen D, Kéller RJ, Lock J, Mammel KA, et al. Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics* 2003; 111:98-108.
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales. 4ª edición. USA: AEP, 1994.
3. Herscovici C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós, 1990:38.
4. Kreipe R, Dukarm C. Trastornos alimentarios de

- adolescentes y niños mayores. *Pediatr Rev* 1999; 12:410-421.
5. Zonis de Zukerfeld R y col. Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires. *Rev Clin Psicopatol* 1997;6 [s/d].
 6. Passi VA, Bryson SW, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview. *Int Eat Disord* 2003; 33:45-54.
 7. Tanofsky-Kraff M, Morgan CM, Yanovski SZ, Marmarosh C, Wilfley DE, Yanovski JA. Comparison of assessment of children's eating-disordered behaviors by interview and questionnaire. *Int J Eat Disord* 2003; 33:213-224.
 8. Fairburn CG, Beglin SJ. The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994; 16:363-370.
 9. Fairburn C, Wilson G. *Binge eating, nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993:327.
 10. Cooper Z, Fairburn CG. The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1987; 6:1-8.
 11. Carter JC, Stewart DA, Fairburn CG. Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Beba Res Ther* 2001; 39:625-632.
 12. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatr* 1989; 154:807-812.
 13. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. En: Fairburn CG, Wilson TG. *Binge eating, nature, assessment and treatment*. Londres: Guilford Press, 1993:317-360.
 14. Al-Subaie AS. Some correlates of dieting behavior in Saudi schoolgirls. *Int J Eat Disord* 2000; 28:242-246, Italia.
 15. Wassenaar D, le Grange D, Winship J, et al. The prevalence of eating disorder pathology in a cross-ethnic population of female students in South Africa. *Eur Eat Disord Rev* 2000; 8:225-236.
 16. Wlodarczyk-Bisaga K, Dolan B. A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish school girls. *Psychol Med* 1996; 26:1021-1032.
 17. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psych Clin North Am* 2001; 24:201-214.
 18. Engelsen BK, Laberg JC. A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDE, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nord J Psychiatr* 2001; 55:129-35.
 19. Black CM, Wilson GT. Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *Int J Eat Disord* 1996; 20:43-50.
 20. Field AE. The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1993; 32:1246-52.
 21. Martorell R, Khan K, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *Int J Obes* 2000; 24:959-967.
 22. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240.
 23. Peña M, Bacallao J. Obesidad en la pobreza un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 2000.
 24. Kovalskys I, Bay L, Rausch Herscovici C, Berner E. Prevalencia de obesidad en la consulta pediátrica en Argentina (*Arch. argent. pediatr* en prensa).
 25. Obesity Trends in Latin America: Transiting from under-to-overweight. *J Nutr* 2001; 131:893S-899S.
 26. Tanofsky-Kraff M, Morgan CM, Yanovski SZ, Marmarosh C, Wilfley DE, Yanovski JA. Comparison of assessments of children's eating-disordered behaviors by interview and questionnaire. *Int J Eat Disord* 2003; 33:213-224.
 27. Passi VA, Bryson SW, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord* 2003; 33:45-54.
 28. van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW. *Epidemiology. Neurobiology in the treatment of eating disorders*. New York: Chichester, Wiley, 1998:97-126.
 29. Flament MF, Ledoux S, Jeammet P, et al. A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorders in adolescence. En: Steinhausen HC (ed) *Eating Disorders in Adolescence*. Berlin: Walter de Gruyter, 1995:21-36.
 30. Beglin SJ, Fairburn CG. Women who choose not to participate in surveys on eating disorders. *Int J Eat Disord* 1992; 12:113-116.
 31. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatr* 1995; 152:1052-1058.
 32. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the General Practice Research Database. *Br J Psych* 1996; 169:705-712.
 33. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Solomon EE, et al. Subthreshold binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000; 27:270-278.
 34. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003; 33:78-84.
 35. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of eating disorder: population base cohort over 3 years. *BMJ* 1999; 318:765-768.
 36. Carter JC. Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behav Res Ther* 2001; 39(5): 625-32.
 37. Fombonne E. *Eating disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms*. En: Rutter M, Smith DJ (eds). *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. New York: Chichester, Wiley & Sons, 1995:616-685.
 38. Halvarsson K, Lunner K, Sjoden PO. Assessment of eating behaviours and attitudes to eating, dieting and body-image in pre-adolescent Swedish girls: A one-year follow-up. *Acta Paediatr* 2000; 89:996-1000.
 39. Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, et al. Early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 1987; 62:114-118.
 40. Lilenfeld LR, Kaye WH. Genetic studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds). *Neurobiology in*

- the Treatment of Eating Disorders. New York: Chichester, Wiley, 1998:169-194.
41. Murphy F, Troop NA, Treasure JL. Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *Br J Clin Psychol* 39:193-203, 2000.
 42. Beglin SJ, Fairburn CG. Women who choose not to participate in surveys on eating disorders. *Int J Eat Disord* 1992; 12:113-116.
 43. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB. Colditzg Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001; 107:54-60.
 44. Shisslak CM, Crago M, McKnight KM, Estes LS, Gray N, Parnaby OG. Potential risk factors associated with weight control behaviors among elementary and middle school girls. *J Psychosom Res* 1998; 44:301-313.
 45. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, et al. Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:754-760.

(...)

*Ya solo es necesario
dejar en el manjar
caer la crema
como una rosa espesa,
y al fuego
lentamente
entregar el tesoro
hasta que en el caldillo
se calienten
las esencias de Chile,
y a la mesa
lleguen recién casados
los sabores
del mar y de la tierra
para que en ese plato
tú conozcas el cielo.*

PABLO NERUDA
ODA AL CALDILLO DE CONGRIO