

te al trabajo con niños campesinos e indígenas. Esto, unido a la realización de evaluaciones médicas periódicas y al trabajo interdisciplinario entre profesionales de la educación, las ciencias sociales y la salud, puede facilitar la generación de un adecuado sistema de salud pública rural, lo cual permitiría mejorar los índices de desarrollo tanto en el área de la salud como en el de la educación no sólo de Chile sino de otros países de Latinoamérica que aún no aprueban estas medidas.

Rolando H Díaz, D en C de la Educ,⁽¹⁾
 rolyrdf@hotmail.com, rolyrdf@gmail.com
 Sonia Osses Bustingorry, D en Educ,⁽¹⁾
 Sergio Muñoz Navarro, PhD en Bioestadística,⁽²⁾
 Ana María Alarcón Muñoz, D en Antrop,⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.
⁽²⁾ Departamento de Salud Pública,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.

Referencias

1. Lakin M, Gasperini L. La educación básica en las áreas rurales: situación, problemática y perspectivas. In: FAO, UNESCO, IPE, ed. Educación para el desarrollo rural: hacia nuevas respuestas de política. Roma, Italia: UNESCO, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2004:81-192.
2. PNUD. Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Nueva York, EUA: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.
3. UNESCO. Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Situación educativa. Informe regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la educación para todos en el marco del proyecto regional de educación (EPT/PRELAC) -2007. Santiago, Chile: Salesianos Impresores, 2008.
4. Bravo-Valdivieso L, Milicic-Müller N, Cuadro A, Mejía L, Eslava J. Trastornos del aprendizaje: investigaciones psicológicas y psicopedagógicas en diversos países de Sudamérica. Ciencias Psicológicas 2009;3:203-18.
5. Gomes-Neto JB, Hanushek EA, Leite RH, FrotaBezzera RC. Health and schooling: evidence and policy implications for developing countries. Economics of Education Review 1997;16(3):271-282.

6. Puma M, Bell S, Cook R, Heid C. Head Start Impact Study. Final Report. EUA, Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.

Síndrome de edorexia: evaluación y diagnóstico

Señor editor: Desde una perspectiva multidisciplinaria, la obesidad se entiende como una consecuencia de un apetito desproporcionado y descontrolado que conlleva a una sobrealimentación y la posterior acumulación de grasa; por tanto, la incapacidad de control de estos impulsos puede determinar el exceso alimentario y la propia obesidad.

En estudios piloto se ha analizado la influencia de factores psicológicos sobre la obesidad. En concordancia con Demos, Heatherton y Kelley,¹ se puede entender la obesidad como un problema de control de estímulos. De esta forma, López Morales y Garcés de los Fayos² concluyen cómo el apetito excesivo debido al déficit de control es la verdadera causa de la obesidad. Además, estos autores definen este problema como edorexia (procedente de dos palabras latinas, *edo* y *orexis*, que significan comer y apetito). Sin embargo, para mejorar el diagnóstico del síndrome de edorexia es necesario definir los aspectos clínicos relevantes. Para ello, se presenta el inventario de edorexia compuesto de 47 ítems tipo *test* de cuatro opciones de respuesta cada uno. Siguiendo la línea de trabajo de Dosil, Díaz, Viñolas y Díaz,³ se pretende proporcionar un instrumento de evaluación para la prevención y detención de este síndrome en poblaciones de riesgo como los deportistas, entre otras.

Este inventario tiene dos escalas que permiten una orientación clínica al diagnóstico del síndrome de edorexia. La primera evalúa las alteraciones psicosociales y la segunda los componentes del síndrome. Cabe destacar la necesidad de una evaluación psicológica que

acompañe a este inventario para el diagnóstico y diferenciación según los tipos (cuadro I).

Siguiendo los epígrafes anteriores, parece apropiado realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos de la conducta alimentaria para completar los criterios diagnósticos.

- En relación con la anorexia nerviosa. En el síndrome de edorexia también se puede presentar miedo a engordar; se puede emplear el deporte para contrarrestar la obesidad y se realizan restricciones calóricas; sin embargo, estas restricciones son relativas y los individuos son conscientes de su estado físico.
- En relación con la bulimia nerviosa. En ambos casos se produce una sobrealimentación con episodios de ingesta compulsiva, sin embargo, la diferencia se encuentra en el volumen y frecuencia de los episodios. Los individuos con síndrome de edorexia no tienen episodios de atracón, sino un consumo excesivo constante caracterizado por un picoteo (sin llegar a ser un atracón) o una ingesta excesiva de raciones. Por otro lado, no se producen purgas.
- En relación con otros trastornos de la conducta alimentaria destacan el *trastorno por atracón*, que no es padecido por los individuos con síndrome de edorexia; la *hiperfagia* que es de origen fisiológico, en comparación con el síndrome de la edorexia tiene origen psicológico, y la *ortorexia*, que restringe los alimentos por la calidad de los mismos, mientras que los individuos con síndrome de edorexia tienen restricciones con el objetivo de evitar la obesidad y controlar la ingesta excesiva de alimentos. Por último, no se produce ningún ritual o patrón de comportamiento en la elaboración o en la presentación de los alimentos, tal y como ocurre en la ortorexia.

Cuadro I
Criterios diagnósticos del síndrome de edorexia

- A. Presenta episodios edoréxicos recurrentes caracterizados por impulsos incontrolables, definidos como la pérdida de control del consumo y/o evitación de los alimentos.
- a. El consumo de alimentos se caracteriza por una ingesta constante fuera de las horas habituales de la comida y/o un volumen excesivo de alimentos, teniendo como referencia las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos.
 - b. Evitación de los alimentos para impedir la pérdida de control en el consumo de alimentos, obesidad y sus complicaciones.
-
- B. Se compone de alguno de los siguientes componentes:
- a. Cuidado extremo de los hábitos para impedir las consecuencias aversas o permitirse excesos, provocando un aumento de la ingesta o malestar psicológico (evitación).
 - b. Normalización del volumen de la ingesta y/o necesidad psicológica de consumir alimentos puede estar acompañada de respuestas ansiosas en la disminución del volumen de los mismos (dependencia).
 - c. Consumo de alimentos con la finalidad de restablecer los niveles óptimos de satisfacción o de recompensa (déficit de bienestar psicológico).
 - d. Asociación de emociones positivas y/o negativas con las conductas alimentarias o la obesidad (componente emocional).
-
- C. Los episodios edoréxicos provocan una interferencia en la salud física y/o áreas personal, social y laboral del individuo.

Tipo de gravedad:

Leve, no presenta alteraciones psicosociales; *moderada*, presenta alteraciones psicosociales; y *grave*, presenta alteraciones psicosociales y los cuatro componentes.

Número y dimensiones predominantes: evitación, dependencia, déficit de bienestar psicológico y componente emocional

En conclusión, este manuscrito proporciona recursos para el diagnóstico del síndrome de edorexia y puede influir en futuros estudios e intervenciones sobre la obesidad, uno de los principales problemas sanitarios de España.

José Luis López-Morales,⁽¹⁾

jose.luis.lopez2@um.es

Enrique J Garcés de los Fayos Ruiz.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de Murcia. España.

Referencias

1. Demos KE, Heatherton TF, Kelley WM. Individual differences in nucleus accumbens activity to food and sexual images predict weight gain and sexual behavior. *J Neurosci* 2012;32:5549-5552.
2. López-Morales JL, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2012;12(1):139-142.
3. Dosiil J, Díaz I, Viñolas A, Díaz O. Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, Ceare y CTD). *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2012;12(1):163-166.

Producción científica de decanos de medicina y salud de universidades centroamericanas

Señor editor: En los últimos años se ha estado discutiendo acerca de la importancia de fomentar la investigación científica en salud, así como en salud pública, desde el pregrado.¹ Además se ha reflexionado sobre la necesidad de que los docentes que instruyan investigación tengan formación en la materia así como producción científica que pueda verse reflejada en bases de datos bibliográficas de importancia como Scopus, Science Citation Index o Medline.² Sin embargo, en muchas ocasiones se puede plantear la pregunta sobre si aquellos que están al frente de las instituciones que forman futuros investigadores en salud, en particular los decanos, deberían o no tener también una apropiada formación en investigación, sobre todo

producción científica en salud, que al momento de alcanzar dichos cargos administrativos les permita tener una perspectiva diferente sobre la importancia de la investigación.

Por esa razón quisimos explorar cuál es el nivel de producción científica de los actuales decanos de facultades de medicina y salud de 32 universidades centroamericanas (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), de acuerdo con la revisión en la base de datos Scopus. Al igual que en otros estudios similares,³ se utilizó una combinación de nombres y apellidos de los decanos con su respectivo país; los casos de homonimia fueron tratados individualmente.⁴ Se evaluó, además, el número de artículos publicados en distintos periodos respecto del momento de la búsqueda, la publicación de artículos originales, el número de citas de las publicaciones y el índice h.⁵ En aquellos casos donde no se registraron artículos en asociación con el país e institución actual de afiliación, se revisó si existía producción científica previa vinculada con otros lugares (por ejemplo, durante su formación de pre y/o posgrado).

De los 32 decanos, encontramos que menos de la cuarta parte (7/32) había publicado un artículo al menos una vez en su vida y sólo cuatro habían publicado al menos un artículo en los últimos dos años. De igual forma, sólo seis habían recibido al menos una cita de sus trabajos publicados y sólo cuatro contaban con el índice h (rango de 0 a 19). Los detalles de las frecuencias de publicación y las medidas de resumen del número de publicaciones, citas y el índice h se muestran en el cuadro I.

Al correlacionar (mediante la prueba de rho de Spearman) la producción científica de por vida (número de artículos) de los decanos evaluados y la producción científica reportada de sus respectivas universidades (de acuerdo con el informe Scimago Institutions Rankings para Iberoamérica, 2013),⁶ se