



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**RIESGO DE DESARROLLO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN
FEMINAS DE 11 A 14 AÑOS DE TRES CENTROS ESCOLARES DE LA
CIUDAD DE BABAHOYO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA**

AUTORA:

María Auxiliadora Quincha Faytong

TUTOR:

Onay Adonys Mercader Camejo

Samborondón, Diciembre de 2013

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, MSC. ONAY MERCADER CAMEJO en calidad de TUTOR de la estudiante de la escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad Enrique Ortega Moreira de Ciencias Médicas, MARA AUXILIADORA QUINCHA FAYTONG, he leído y revisado el trabajo de titulación “RIESGO DE DESARROLLO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN FÉMINAS DE 11 A 14 AÑOS DE TRES CENTROS ESCOLARES DE LA CIUDAD DE BABAHOYO y considero que cumple los requisitos señalados en los lineamientos académicos y metodológicos que exige la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES), por lo tanto, autorizo a la estudiante para que presente su investigación ante un jurado y le califiquen para obtener el título de Licenciada en Nutrición y Dietética.

Atentamente,

MSc. Onay Mercader Camejo

Docente TC 4 Facultad de Ciencias Médicas UEES

TUTOR

DEDICATORIA

Como gesto de agradecimiento, quisiera principalmente dedicar este trabajo a mis padres, quienes permanentemente me apoyaron y alentaron para lograr las metas y objetivos propuestos, estando siempre a mi lado dándome fuerzas para seguir adelante.

De igual manera a los docentes que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome sus conocimientos para mi correcta formación académica. Sobre todo a mi tutor, el MSc Onay Mercader quien me guió en todo momento en la realización de este proyecto.

RECONOCIMIENTO

Mi gratitud antes que nada hacia Dios por haberme permitido y ayudado llegar hacia el final de mi meta.

Agradezco a los colegios que me abrieron sus puertas e hicieron posible la realización de este trabajo entre los que debo mencionar: Unidad Educativa María Andrea, Unidad Educativa Federico Froebel, Unidad Educativa Padre Marcos Benetazzo.

Agradezco de forma sincera la colaboración a todas aquellas personas, docentes, familiares y amigos que de una u otra forma colaboraron con su granito de arena para el logro de este trabajo de grado.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
Antecedentes.....	3
Descripción del problema.....	5
Justificación y delimitación.....	6
Objetivos: generales y específicos.....	8
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	9
Marco teórico.....	9
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	45
Formulación de la hipótesis.....	45
Diseño de la investigación.....	45
Población y muestra.....	45
Instrumentos y procedimientos de la investigación.....	46
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	80
...	

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
Tabla 1: Factores psicológicos predisponentes.....	22
Tabla 2: Factores familiares-interpersonales predisponentes....	22
Tabla 3: Factores socioculturales predisponentes.....	23
Tabla 4: Factores biológicos predisponentes.....	23
Tabla 5: Factores precipitantes.....	24
Tabla 6: Factores de mantenimiento ó perpetuantes.....	25
Tabla 7: Criterios diagnóstico según DSM-IV de anorexia.....	25
Tabla 8: Criterios diagnóstico según DMS-IV de bulimia.....	27
Tabla 9: Aspectos diferenciadores entre anorexia y bulimia	

nerviosa.....	30
Tabla 10: Diagnóstico diferencial entre distintos tipos de anorexia y bulimia nerviosa.....	32
Tabla 11. Operacionalización de las variables.....	50
Tabla 12: Distribución de la muestra por grado académico.....	52
Tabla 13: Clasificación nutricional según el índice de masa corporal.....	53
Tabla 14: Clasificación nutricional en base al consumo calórico.	55
Tabla 15: Riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.....	57

INDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PAGINA
Gráfico 1: Distribución porcentual de las adolescentes, según la clasificación nutricional y el curso de estudio.....	54
Gráfico 2: Distribución porcentual de las estudiantes respecto a la clasificación de la ingesta de energía para los tres cursos estudiados.....	56
Gráfico 3. Distribución porcentual de los resultados del Test EAT-26 en las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica.....	58
Gráfico 4: Percepción de la imagen corporal de las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica.....	59
Gráfico 5: Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 8vo año de básica.....	60
Gráfico 6: Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 9no año de básica.....	61

Gráfico 7: Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 10mo año de básica.....	62
Gráfico 8: Frecuencia del ciclo menstrual de las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica.....	63
Gráfico 9: Presencia del período menstrual en los últimos 3 meses en 8vo, 9no y 10m de básica.....	64
Gráfico 10: Pérdida excesiva de cabello en los últimos 3 meses en 8vo, 9no y 10mo año de básica.....	65
Gráfico 11: Resultados de test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del Consumo calórico actual de octavo año de básica.....	66
Gráfico 12: Resultados del test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del Consumo calórico actual de noveno año de básica.....	67
Gráfico 13: Resultados del test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del Consumo calórico actual de décimo año de básica.....	68
Gráfico 14: Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 8vo de básica.....	69
Gráfico 15: Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 9no de básica.....	70
Gráfico 16: Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 10mo de básica.....	71

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es identificar el riesgo de desarrollo de Bulimia y Anorexia Nerviosa en una muestra de mujeres preadolescentes ó adolescentes de 11 a 14 años, de tres colegios particulares ubicados en la ciudad de Babahoyo, por medio de la identificación de comportamientos alimentarios y conductuales anómalas; y analizar la relación de estos comportamientos con variables antropométricas como peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC).

La encuesta de hábitos alimentarios y conductas emocionales de riesgo fue medido mediante el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 el cual consta de 26 ítems y tiene por objetivo identificar los síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78, utilizando el punto de corte 20 puntos o más para identificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar un trastorno. Este test ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los trastornos alimenticios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez

La evaluación antropométrica indicó que el 53% (n=79) de las alumnas se encuentra en un IMC normal seguido del 31% (n=45) que representa un bajo peso para la talla. La prevalencia del riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) fue 44% (n=65), siendo las alumnas de décimo año de básica aquellas que mayor riesgo tienen con un 71% (n=37). El consumo de alimentos fue deficiente para la mayor parte de la población habiendo un 61% (n=90) de alumnas que tienen una ingesta calórica menor al requerimiento diario.

El estudio de las conductas alimentarias de riesgo es fundamental para realizar programas de prevención, enfocados en la población de riesgo y así evitar la aparición de enfermedades más graves como anorexia y bulimia nerviosa.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo, ingesta calórica.

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado con el propósito de estudiar si existe o no riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa así como los factores asociados a las conductas emocionales y hábitos alimentarios de riesgo que presentan las alumnas de octavo, noveno y décimo año de básica de los colegios particulares María Andrea, Federico Froebel, y Padre Marcos Benetazzo de la ciudad de Babahoyo, en el mes de mayo del año 2013.

Los trastornos de la alimentación, no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar. No son un problema nuevo, lo que sí es novedoso es la magnitud con la que se han presentado en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido respecto a los conceptos de salud y el ideal estético. En Perú, 800000 jóvenes en etapa colegial sufren de éstos trastornos. En Colombia 2 de cada 100 adolescentes padece de anorexia, y en Bogotá específicamente, el 10% de las adolescentes sufren de anorexia ó bulimia. Mientras que en Argentina, 1 de cada 100 mujeres ha desarrollado anorexia nerviosa (Uribe, 2007).

La presencia de conductas alimentarias de riesgo, que cada vez son más frecuentes en los adolescentes, pueden dar lugar a la anorexia y la bulimia nerviosa, patologías cuya incidencia ha ido en aumento. En los estudios epidemiológicos se ha detectado los factores frecuentemente implicados en el desarrollo de los trastornos de la alimentación la edad, el

sexo femenino, el sobrepeso, la percepción negativa de la figura corporal, baja autoestima, entre otros (Roth, 2009).

Las adolescentes en un rango de edad de entre 14 a 18 años son el grupo más propenso a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, a pesar de que este rango se ha ampliado con los años (Brown, 2006). La mayoría de los estudios han sido dirigidos hacia esa población, dejando a un lado los estudios en los extremos del rango inferior en donde se presentan las conductas emocionales de riesgo (Brown, 2006). Es por esto la relevancia de este estudio, el cual se enfoca en identificar conductas de riesgo en un grupo de edad de 11 a 14 años, el cual no es comúnmente estudiado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Antecedentes:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías que como su nombre lo indica, se relacionan con las formas de interacción de la persona hacia la comida y tienen distintos grados de afectación que van desde insatisfacción leve con la propia imagen corporal a trastornos de la alimentación graves como la anorexia y bulimia nerviosa (Lenoir, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Anorexia Nerviosa como un trastorno en el cual se presenta una pérdida deliberada de masa corporal, caracterizada por autoinanición e intenso temor a ganar peso. La define incluso como una negación a comer con el único objetivo de no aumentar de peso, es decir, un deseo irracional de estar delgado y una alteración del control de la ingesta (OMS, 2004).

La Bulimia Nerviosa, según la OMS (2004) es una enfermedad en donde existen episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos junto a una preocupación casi obsesiva por el peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida, tales como la inducción del vómito, uso de laxantes y diuréticos.

La anorexia y la bulimia se asocian con sentimientos y comportamientos relacionados con el miedo a padecer obesidad. Son

varios los autores que plantean como características comunes de los sujetos que padecen estos desordenes la distorsión de la imagen corporal, insatisfacción con la forma física del cuerpo, temor a la comida ya que la relacionan a su capacidad de generar sobrepeso, ansiedad después de comer y miedo intenso de mantener un peso corporal saludable (Becerra, 2008), (Morell, 2006), (Roth, 2009).

Los desórdenes alimenticios son enfermedades silenciosas que en la mayoría de los casos no se pueden detectar a simple vista, por eso puede resultar difícil saber si una persona los padece.

Estos trastornos no son una enfermedad típica de la actualidad, ya que se han presentado desde hace muchos años, incluso siglos atrás. Tal es el caso de la Edad Media, en el cual, la mayoría de las santas medievales eran consideradas anoréxicas, ya que afirmaban alimentarse sólo de la hostia consagrada, fenómeno que se bautizó con el nombre de “Santa Anorexia” (Gómez, 2001).

Goldberg (2002) refiere que desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia, ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. Un ejemplo histórico fue Santa Catalina de Siena.

El afán de alcanzar la imagen ideal provoca que algunas mujeres se sometan a dietas estrictas y posteriormente a adoptar medidas compensatorias inadecuadas para bajar de peso. En las últimas décadas, según un estudio realizado por el Doctor Carlos Gabriel Ramila (2004) docente de la Universidad Francisco Marroquín en la ciudad de Guatemala la moda, el entretenimiento y las industrias publicitarias han bombardeado a la sociedad con una imagen femenina característica. El ideal actual de belleza se centra en la delgadez, es decir el estar delgado

es sinónimo de felicidad y éxito. Ésta tendencia a obsesionarse por la delgadez y tener una figura corporal “perfecta” ha llevado incluso a la muerte.

Muy conocido es el caso de la modelo francesa Isabelle Caro, quien formó parte de una campaña publicitaria en Milán en contra de la anorexia, en la cual se mostraba una imagen desnuda y un cuerpo totalmente emaciado. Falleció a los 28 años, víctima de la anorexia que no sólo le dio la fama, sino también la muerte.

Entonces cabe preguntar ¿Por qué una persona sería capaz de literalmente “morir de hambre”? Entre las razones podríamos encontrar: influencias externas, el culto al cuerpo o la presión social. Estos argumentos son válidos, pero esta es una enfermedad psicológica que va mucho más allá. Es por esto que surge la importancia de detectar precozmente los factores de riesgo que llevan al desarrollo de la misma.

Descripción del problema:

La anorexia y la bulimia nerviosa son los trastornos alimentarios de mayor prevalencia en la sociedad, afectando fundamentalmente a la población femenina mayor de 14 años, de las cuales las mujeres adultas, de entre 14 y 18 años, representan en la actualidad el 1% y el 4.8% de los casos de anorexia y bulimia, respectivamente (OMS, 2004).

Alrededor del 95% de los casos conocidos de Anorexia y Bulimia se presentan en mujeres, a pesar de no ser patologías exclusivas de este género (Olazarán, 2008). En los Estados Unidos, el Centro de Información y Referencia sobre Desordenes de la Alimentación, cree que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desordenes alimentarios (90 % mujeres y 10 % hombres); mientras que el Centro de

Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones. El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que entre los afectados por éstos trastornos, 1 de cada 10 muere y aproximadamente de 2 a 3 de ellas se recuperan (Lang, 2000).

Los datos epidemiológicos en México registran 20 mil casos anuales afectando a más de 2 millones de mexicanos, según un estudio publicado por Pedro Mendoza-Chadid (2007). En Ecuador el Ministerio de Salud no tiene estadísticas sobre la prevalencia de bulimia y anorexia nerviosa, sin embargo, un estudio en la Ciudad de Quito no publicado, con 4267 estudiantes arrojó una prevalencia de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria de 20.9% y 9.6%, en mujeres y hombres, respectivamente.

Los docentes de colegios en Babahoyo han planteado la necesidad de hacer campañas de prevención de anorexia y bulimia nerviosa en las estudiantes mayores de 11 años, sin embargo, no se ha identificado la prevalencia y los riesgos de desarrollar estas enfermedades para justificar la inclusión de temas preventivos en los programas docentes. Por tales motivos los colegios particulares de la Ciudad de Babahoyo han sugerido la necesidad de estudiar los riesgos de padecer anorexia y bulimia en las mujeres mayores a 11 años para actuar oportunamente a través de diferentes programas educativos en sus estudiantes.

Justificación y delimitación del problema

La mayoría de los desórdenes alimenticios se manifiestan con mayor frecuencia en las adolescentes, quienes generalmente mantienen en secreto el desorden hasta el momento en que las consecuencias físicas son evidentes, por eso puede resultar difícil diagnosticar clínicamente si una persona los padece. Contrario a lo que se cree, los

desórdenes alimenticios no clasifican como enfermedad moderna, éstos se han dado durante siglos. Son varios los autores que coinciden que la adolescencia es la etapa de mayor riesgo psicológico y nutricional de aparición de los trastornos de conducta alimentaria, justificando el fenómeno por la inconformidad de los cambios corporales que se evidencian (Coronado, 2007).

Núñez (2007) encontró que aproximadamente un 40% de las jóvenes de 15 años se consideran gordas en su imagen corporal y un porcentaje similar no están a gusto con su propio cuerpo. Esto conduce a que un porcentaje muy elevado de la población adolescente de mujeres intenten adelgazar o se someten a dietas restrictivas durante todo el año, lo que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades por encima de la cifra de féminas que posiblemente ya padezcan los trastornos de conducta alimentaria.

En cuanto a la edad en que se inician estos trastornos, últimos estudios demuestran que se han multiplicado las niñas que entran a este "infierno" desde los 11 años. Estas jovencitas generalmente pertenecen a un estrato social medio-alto y alto, aunque ahora la afectación se está extendiendo a mujeres de todas las clases y edades. Algunos investigadores admiten que incluso niños varones están desarrollando trastornos de la alimentación en edades cada vez menores; las niñas entre los 5 y 6 años, y los varones entre los 8 y los 9. En algunas muestras hasta el 6% de las jóvenes que están terminando educación secundaria tienen más de un síntoma de anorexia nerviosa. Las mujeres que se desempeñan en profesiones que requieren delgadez (bailarinas, modelos) son más propensas a desarrollar el padecimiento (Mendoza-Chadid. 2007).

La moda y el culto al cuerpo al que incitan las revistas y pasarelas de moda influyen en que las chicas quieran ser como sus ídolos. Un

porcentaje de las adolescentes que padecen esta enfermedad se ven influidas por la moda. Se comparan con sus ídolos no sólo "para ser como ellas" sino que las imágenes que están saliendo son utilizadas para convencer a las familias "yo no estoy tan delgada como ellas", tal como manifiesta Elia Roca (2009).

La importancia de este estudio radica en el análisis y detección de la presencia de los factores de riesgo antes de que las adolescentes lleguen a desarrollar uno de éstos trastornos, siendo uno o varios de los factores, aquel que las podría condicionar a la mortalidad. La prevención implica la identificación precoz de esta enfermedad, incluso cuando aún no cumple con todos los criterios diagnósticos. Los antecedentes personales de la paciente, sus hábitos alimentarios, los rasgos de su personalidad y la percepción de su imagen corporal, ayudarán a alertar con la finalidad de realizar una mejor planeación de los programas de prevención y manejo de los mismos.

Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

- Identificar el riesgo de desarrollo de Bulimia y Anorexia Nerviosa en féminas de 11 a 14 años de tres colegios particulares de la ciudad de Babahoyo.

Objetivos específicos:

- Valorar el estado nutricional de las estudiantes de 11 a 14 años de edad mediante el indicador antropométrico Índice de masa corporal.
- Evaluar la ingesta calórica en las estudiantes de 11 a 14 años de edad.
- Identificar conductas emocionales de riesgo de desarrollar anorexia y bulimia nerviosa.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

La definición de salud, según la OMS (2004) no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades, debido a que la enfermedad en si es una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar, o sea la salud.

La salud en una persona o en una familia, es poder desarrollar sus capacidades y participar de las tareas comunes de estudio, trabajo, vida afectiva, relaciones de amistad (Serra, 2006), o sea gozar de bienestar físico, mental y social.

La salud mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tenemos, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, brindar confianza y apoyo a los seres humanos con nuestra tolerancia y comprensión mutua (Morell, 2006).

Afirmando los planteamientos de Miguel Verdugo (2002), hasta hace muy pocos años la medicina tradicional defendía una separación radical entre cuerpo y mente. Se entendía que las enfermedades físicas eran causadas por agentes externos al cuerpo o por anomalías del organismo y los problemas psicológicos eran algo distinto, que se comprendía muy poco. Actualmente las cosas han cambiado mucho, hoy sabemos que el individuo es un conjunto único y global y no se puede separar en partes distintas. Las enfermedades físicas causan dolor, y fuertes reajustes en la vida del individuo, de modo que producen estrés y por tanto, ansiedad, depresión, etc.

Para Pablo Rivero (2009), la enfermedad mental incluye aquellas enfermedades del cerebro que producen alteraciones en el pensamiento,

la percepción, las emociones y la conducta. Al enfermar el cerebro se alteran sus funciones y los síntomas se expresan por un cambio en:

- El afecto
- La conducta
- El lenguaje
- La comunicación y las relaciones
- Las ideas y la forma de pensar y percibir el mundo

Francisco García-Calabrés (2010), clasifica a las principales enfermedades mentales en:

- Psicosis: Enfermedades donde el paciente en algún momento pierde completamente el contacto con la realidad; esquizofrenia.
- Neurosis: son más comunes pero de menor gravedad; ansiedad, fobias, histeria.
- Trastornos orgánicos: alzheimer ó demencias.
- Trastornos por consumo de drogas o alcohol.
- Trastornos del humor y el estado de ánimo: depresiones
- Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (2011) la herramienta de diagnóstico de enfermedades mentales que más se emplea es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), con el objetivo de ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales.

La OMS define a la adolescencia como el grupo poblacional comprendido entre los 10 y 19 años de edad. El inicio de la adolescencia se da junto con la pubertad, es decir el momento en el cual inicia el

desarrollo o maduración de los órganos sexuales. El adolescente se convierte en adulto cuando se torna independiente de su grupo familiar, tanto económica como emocionalmente. (OMS, 2004).

La característica principal de los trastornos alimentarios es una alteración grave de la conducta alimentaria. Christopher Fairburn (2003) en un artículo escrito para la revista *The Lancet*, define a la conducta alimentaria como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que van a ser comidos, la preparación a usar para su cocción y la cantidad que será ingerida. Distintos son los factores que intervienen en la conducta alimentaria, ellos son: mecanismo fisiológico de apetito y saciedad, alteraciones del apetito, aspectos familiares y aspectos socioculturales.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de tipo mental, en las que interceden distintos elementos como el miedo excesivo a engordar, alteración en la percepción de la imagen corporal y del peso, pensamientos obsesivos hacia la comida. La presencia de estos elementos conlleva a una grave modificación de la conducta alimentaria, ocasionando problemas nutricionales severos, los cuales pueden poner en riesgo la vida de la persona que los padece (Barriguete, 2008).

Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otras alteraciones menos especificadas denominadas "Trastornos de la conducta alimentaria no especificados" ó sus siglas TCANE (Behar 2008).

Cuando la persona presenta varias características patológicas, pero no se dan todas, se dice que la persona tiene un síndrome parcial, conocido como Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado TCANE. Este incluye cuadros clínicos muy similares a la anorexia y bulimia nerviosa, pero le hace falta ciertos criterios para poder

considerarse como anorexia ó bulimia, según lo investigado por Claudia Unikel (2010) para el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en México.

La OMS ha clasificado el Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado como un trastorno mental y de comportamiento, y está incluido en los manuales de salud mental.

Criterios diagnósticos para TCANE, según DSM-IV (2009):

1. Se cumple todos los criterios para Anorexia Nerviosa, excepto:
 - Irregularidad en la menstruación, es decir, hay la presencia del ciclo menstrual.
 - Peso normal: el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.

2. Se cumple todos los criterios para Bulimia Nerviosa, excepto:
 - Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana ó durante menos de 3 meses
 - Empleo de conductas compensatorias inapropiadas por individuos de peso corporal normal después de haber ingerido cantidades pequeñas de comida.
 - Masticar y expulsar grandes cantidades de alimentos sin tragarlo.
 - Episodios recurrentes de atracones ó ingesta voraz de alimentos en ausencia del uso de conductas compensatorias inapropiadas.
 - Episodios recurrentes de atracones se asocian con 3 ó más de los siguientes:

- Comer mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimento aún cuando no se sienten hambre.
- Comer a solas debido a la vergüenza de la cantidad ingerida.
- Sentirse deprimido, angustiado, culpable ó a disgusto consigo mismo, después de comer.
- No presenta conductas compensatorias.

La palabra anorexia proviene de la raíz griega “exia”, que significa inapetencia, y el prefijo latín “ano”, que significa pérdida, teniendo como significado la pérdida del apetito. La Anorexia Nerviosa es un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el propio enfermo. Este trastorno fue descrito por primera vez en 1874 por Williams Gull y es característico de la adolescencia y del género femenino. En cuanto a clase social, generalmente afecta a la clase media. Entre los signos que caracterizan a enfermedad se describen: un notable rechazo a la comida, peso corporal entre un 15% y 25% por debajo de lo normal, un miedo exagerado a engordar, vómitos y purgas autoprovocadas, consumo de fármacos, ejercicio excesivo (Van Way, 2005).

A todo esto hay que añadir una distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por el miedo intenso ante la gordura o la flacidez de las partes corporales, de modo que la persona se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal (Nardone, 2004).

Pedro Ruiz (2010) acota que “ésta pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de alimentos

que engordan”. Si estas personas sufren la enfermedad antes de la pubertad, pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento. Además se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, e incluso ésta se detiene y cesa el crecimiento. En las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, en los varones persisten los genitales infantiles. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía (comienzo de la menstruación) es tardía.

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque Barriguete (2008) sugiere la existencia de casos a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar, la separación de los padres, la pérdida de un ser querido, etc. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (Barriguete, 2008).

Por lo general, se estima que son jóvenes con un nivel intelectual alto, astutas, perfeccionistas y que cuidan mucho su imagen personal. Este perfil, según aseguraron los doctores María Olazarán y José Oria (2008), psiquiatra y nutricionista del Hospital de Navarra respectivamente, se repite en las personas que padecen esta enfermedad, tal como reflexiona Oria: “Son chicas bastante atractivas, que se preocupan muchísimo por los demás y también un poco mentirosas, se engañan a ellas mismas, padres, novio. Toda su vida ha sido un engaño”.

La palabra bulimia se deriva del griego “bous” (buey) y “limos” (hambre) que significa literalmente “hambriento como un buey”. Según Winston (2008), este patrón fue descrito ya desde la antigua Roma, y es interesante conocer que en esa cultura la incidencia fue mayor y gozaba de aceptación social. La bulimia nerviosa corresponde a un patrón alimentario desordenado que es conocido como “atracción y purga”. La persona come en exceso, con frecuencia cantidades impresionantes, y después se purga induciendo el vómito. Algunas personas alternan periodos de comida excesiva con otros de dieta extrema o ayuno. La principal característica de la alimentación excesiva es la falta de control, la víctima cree que no puede dejar de comer (Winston, 2008).

La persona que padece de bulimia se caracteriza por tener una preocupación constante por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo (Rava, 2004).

Por lo tanto, la persona intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de varios días de ayuno, consumo de fármacos (supresores del apetito, diuréticos), según Tomás Silber (2004).

La persona presenta un pánico intenso a engordar, y se propone a conseguir de manera estricta un nivel de peso corporal muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años (Ruiz, 2010).

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. A pesar de que las tasas de prevalencia varían, se considera que la bulimia nerviosa afecta al 1% de la población, siendo la mayoría mujeres. Los hombres son menos propensos a padecer de esta enfermedad, estimándose que ocurre en un 0,2%. La edad en la que se manifiesta es algo mayor a la de la anorexia, situándose entre los doce y treinta y cinco años, y siendo la edad de máxima prevalencia los veinticuatro años, con una mayor representación en clases sociales altas (Brown, 2006).

Análisis histórico de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la alimentación, no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar. No son un problema nuevo, lo que sí es novedoso es la magnitud con la que se han presentado en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido respecto a los conceptos de salud y el ideal estético.

La Anorexia y Bulimia Nerviosa son trastornos descritos desde la antigüedad, incluso desde los principios de la civilización occidental (Nardone, 2004).

- Soranos, años 93-138: describe la amenorrea en la mujer y la pérdida de apetito en la mujer.
- Galeno, año 155: describe un cuadro de emaciación (adelgazamiento extremo) en el cual el paciente es incapaz de

comer. También describió la “kynos orexia” ó hambre canina, sinónimo de la bulimia.

- En la civilización romana: la ingesta masiva de banquetes y la conducta de purgarse posterior a una comida copiosa consistían un ritual socialmente aceptado en cenas, agasajos y fiestas.

Aunque la Anorexia comenzó a conocerse en la década de los años 60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, generalmente mujeres, que repudiaban los placeres sexuales (Matzkin, 2001).

Marta Martin (2010), confirma la existencia de relatos de casos bien documentados de anorexia nerviosa que se encuentran en la literatura donde se describe a los primeros santos cristianos, este es el caso de mujeres santas, en la Edad Media, que ahora han sido consideradas sospechosas de padecer un trastorno alimentario. Conductas tales como el extendido ayuno, los peculiares hábitos alimentarios y la resistencia en contra de toda forma de tratamiento, son elementos de las vidas de estas santas que se pueden encontrar en las actuales descripciones de la anorexia nerviosa.

Los atracones, característica particular de las personas que padecen bulimia, han sido practicados desde hace miles de años. En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva, seguida de uno o dos días de comilonas. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

La conducta alimentaria relacionada con el atracón de grandes banquetes y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir

comiendo, se remonta a la época de la antigua Roma (Silber, 2004; Ruiz, 2010).

En la actualidad, la Bulimia Nerviosa tiene mayor incidencia que la Anorexia Nerviosa: el 75% de las pacientes con trastornos alimentarios sufre de Bulimia, mientras que el 25% restante padece Anorexia (Martin, 2010).

Epidemiología de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Hoy en día, los trastornos de la conducta alimentaria tales como Anorexia y Bulimia constituyen un auténtico problema social, ya que tienen una importancia enorme en los países de occidente industrializados y su frecuencia parece estar aumentando en los países en vías de desarrollo. Estas enfermedades han pasado de ser enfermedades ocultas a ocupar lugar en revistas, periódicos, documentales de televisión, etc.

Los trastornos de la conducta alimentaria se pueden dar tanto en hombres como en mujeres, de las que un 90-95% son mujeres, siendo la tasa de incidencia mucho mayor en las féminas. 2 de cada 1000 mujeres padecen de anorexia en alguna etapa de su vida, mientras que en los hombres las cifras indican que 2 de cada 10 mil padecen de dicho trastorno (Diez, 2005).

Las cifras más recientes sobre el impacto de las TCA fueron publicados por la OMS en el 2004, en un estudio denominado "Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones de política". El presente estudio realizó encuestas a estudiantes de 72 países y muestra que la proporción de mujeres jóvenes que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla es más elevada que la de los jóvenes y aumenta significativamente con la edad (OMS, 2004).

Están preocupadas por su peso:

- A los 11 años: 22-44% de las niñas
- A los 13 años: 30-40% de las niñas
- A los 15 años: 37-61% de las niñas

Aunque la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios es baja, las consecuencias de los trastornos alimenticios son graves. Aproximadamente de 25 a 33% de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa desarrolla un trastorno crónico.

La anorexia nerviosa ocurre en 0.5 a 1% y la bulimia nerviosa en 0.9 a 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes. La anorexia nerviosa es la tercera condición crónica más común entre niñas adolescentes en los Estados Unidos, de 5 a 15% de ellas están utilizando métodos no saludables para el control dietético tales como vómito autoinducido, laxantes y diuréticos (Mataix, 2009).

El número de casos en hombres es muy reducido, es por esta razón que hay pocos estudios sobre ellos. La diferencia de la proporción entre hombres y mujeres se piensa que se da principalmente por la gran presión que ejerce la sociedad en general. Por ejemplo, en nuestra sociedad el modelo femenino está representado por mujeres muy delgadas, mientras que los modelos masculinos se lo simboliza con una imagen musculosa. A pesar de existir poca información acerca de la anorexia nerviosa en los hombres, se ha confirmado que aquellos que la padecen tienden a contraerla a edad más temprana que las mujeres (Gómez, 2001).

Itziar Díez (2005) menciona que la edad de aparición de Anorexia Nerviosa va desde la adolescencia hasta la cuarta década de vida, la edad en la que se encuentra en su máxima prevalencia es de los 14 a los 18 años de edad, en tanto que la aparición de la Bulimia Nerviosa es alrededor del período de transición de la adolescencia a la adultez

temprana. Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan cada vez a edades más tempranas, ya que en la última década se han presenciado casos de edades más tempranas de inicio como de 8 a 10 años.

Estudios de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, como el realizado por el doctor Alfonso Urzúa (2011) en Chile, indica que entre el 1% y 2% de las adolescentes padecen Anorexia Nerviosa, los porcentajes para los casos de Bulimia Nerviosa son mayores, al ser ésta más común que la anorexia, presentándose cifras que van desde un 2% a un 4%. Se ha reportó que 1 de cada 2 adolescentes de entre 15 y 16 años cree que su peso es elevado.

Respecto al perfil socio demográfico, la distribución se da con mayor frecuencia en mujeres de la clase social media-alta que viven en un núcleo urbano y con profesiones o actividades en las que se exigen unas medidas corporales determinadas como son modelos de alta costura, gimnastas, bailarinas de ballet, diseñadoras de moda, etc. Siendo éstas las más afectadas, aunque en las últimas décadas ha ido propagándose por las diferentes escalas sociales (Hidalgo, 2008).

La OMS indica que todas estas cifras están basadas principalmente en estudios realizados en países desarrollados y no aplican a países de bajos ingresos, debido a que sufren escasez de alimentos y hambruna.

En resumen, se puede decir que la población con mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria como Anorexia y Bulimia son adolescentes del sexo femenino y perteneciente a clases medias altas, de ambientes urbanos, de países industrializados desarrollados occidentales.

Factores etiológicos

Hoy en día, el origen de los trastornos de la conducta alimentaria no se conoce con precisión. Aunque los trastornos alimentarios pueden comenzar con preocupaciones por la comida y el peso, estos problemas involucran más factores que intervienen en la génesis, evolución y mantenimiento de los mismos.

Las manifestaciones de la conducta alimentaria se presentan como uno de los problemas más complejos de entender en cuanto a su manifestación y origen. Ciertas investigaciones señalan que no existen datos que revelen los factores o causas responsables de los trastornos alimentarios, aunque la investigación clínica indicaría que está ligado a aspectos culturales y psicológicos.

A pesar de no haber sido determinada con exactitud su causa, los investigadores sostienen que intervienen factores psicológicos, familiares-interpersonales, socio-culturales y biológicos (NEDA, 2010).

La Anorexia y Bulimia nerviosa son trastornos de etiología multifactorial, en los cuales se encuentran implicados factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento ó perpetuantes.

Factores predisponentes:

Dentro de los factores predisponentes podemos mencionar (Bazan, 2006):

- Individuales: éstos comprenden las alteraciones cognitivas en pensamiento y los trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo

- Familiares: en este aspecto debe considerarse tanto la estructura y dinámica familiar, como los aspectos genéticos. El modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas pacientes se caracteriza por la sobreprotección, conflictos externos, conflictos entre los padres que involucren a los hijos, entre otros.
- Socioculturales: éstos varían de una cultura a otra y a lo largo del tiempo, sin embargo nuestra cultura, la oriental, tiene una alta influencia fundamentalmente por la valoración de lo estético y el culto a la imagen corporal.

Tabla 1: Factores psicológicos predisponentes

FACTORES PSICOLÓGICOS PREDISONENTES	
Baja autoestima	Depresión
Sentimientos de insuficiencia	Ansiedad
Falta de control de su vida	Enojo
Inseguridad, timidez, baja autoestima	Conductas obsesivas y perfeccionismo

Fuente: Patricio Ruiz (2005) Trastornos del comportamiento alimentario

Tabla 2: Factores familiares-interpersonales predisponentes

FACTORES FAMILIARES-INTERPERSONALES PREDISONENTES	
Relaciones familiares problemáticas	Crianza inapropiada
Problemas personales	Familiares con trastornos alimentarios.
Antecedentes de abuso sexual, físico o psicológico	Familiares con adicciones ya sea por consumo de alcohol ó drogas.
Haber recibido burlas respecto al peso corporal	Maltrato ó abuso familiar.
Madres obesas o que dan mucha importancia a la imagen corporal	Familia sobreprotectora

Fuente: María Hidalgo (2008) Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y buli

Tabla 3: Factores socio-culturales predisponentes

FACTORES SOCIO-CULTURALES PREDISponentES	
Presión cultural y social por la delgadez y el cuerpo perfecto	Deportes de alta exigencia física y competitividad
Definición de belleza que incluye sólo a mujeres con figuras muy delgadas	Influencia de los medio de comunicación y la publicidad que imponen a la delgadez como el ideal y como sinónimo de éxito social y personal.
Culto a la delgadez	

Fuente: Patricio Ruiz (2005) Trastornos del comportamiento alimentario

Tabla 4: Factores biológicos predisponentes

FACTORES BIOLÓGICOS PREDISponentES	
Edad (entre 13-20 años)	Sexo: femenino
Antecedentes de sobrepeso u obesidad	Genética: estudios han demostrado que cierto polimorfismo del gen receptor 5-HT2A indica una susceptibilidad para la presentación de anorexia nerviosa restrictiva y no para la purgativa.
Historia familiar ó antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria	Desbalance de los neurotransmisores, encontrándose alterada la regulación del hambre, el apetito y la saciedad.

Fuente: Paloma Gómez (2001) Anorexia nerviosa: la prevención en familia

Factores precipitantes:

Con respecto a los factores precipitantes, está demostrado que no hay ningún precipitante único y también en muchos casos tampoco se puede identificar un precipitante particular. Sin embargo se cree que el principal factor es la dieta restrictiva, en muchos casos se puede

identificar una reacción depresiva. En ocasiones se inicia luego de situaciones de cambio a nivel familiar, social, escolar, enfermedades o acontecimientos vitales estresantes (Doyen et cols, 2004).

Tabla 5: Factores precipitantes

FACTORES PRECIPITANTES	
Separaciones ó pérdidas familiares	Crisis amorosas o contactos sexuales
Insatisfacción con el peso y figura corporal	Actitudes y comportamientos alimentarios restrictivos e inadecuados
Actividad física de gran exigencia	Cambios corporales propios de la pubertad
Incremento de peso	Accidente ó traumatismo desfigurador

Fuente: María Hidalgo (2008) Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia bulimia

Factores de mantenimiento ó perpetuantes:

Dentro de los factores perpetuantes debe considerarse como fundamental las alteraciones psicológicas consecutivas de la desnutrición, las cuales conllevan a la aparición de alteraciones obsesivas compulsivas en relación a la comida, irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de capacidad de concentración, depresión, introversión, lo cual se conoce como síndrome de inanición (Ruiz, 2005).

Tabla 6: Factores de mantenimiento ó perpetuantes

FACTORES DE MANTENIMIENTO Ó PERPETUANTES	
Restricción dietética e inanición	La purga

Refuerzo social de conseguir disminuir de peso	Actividad física excesiva
Aislamiento e interacciones sociales alteradas	Reducción de relaciones sociales
Falta de una adecuada respuesta familiar y social	Crisis familiar por causa o no de la enfermedad

Fuente: Paloma Gómez (2001) Anorexia nerviosa: la prevención en familia

Diagnóstico

Dado que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no tienen conciencia de la enfermedad, o tienden a negarlo y ocultar sus síntomas y conductas, resulta difícil detectar a simple vista si padece una de estas enfermedades (Weissberg, 2004). El diagnóstico clínico de la anorexia y bulimia nerviosa se basa en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV). Estos criterios se mencionan en las siguientes tablas.

Tabla 7: Criterios diagnósticos según DSM-IV de Anorexia Nerviosa

CRITERIOS DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV	
Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Peso corporal inferior al 85% del peso esperado ó un IMC menor a 17,5.	Miedo intenso a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso, incluso estando el individuo por debajo del peso normal.
Distorsión de la imagen corporal, exagerando su importancia en la	Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y

autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.	estatura.
Amenorrea en las mujeres, es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos.	Pérdida de interés y potencia sexual en los varones.

Fuente: Katia Weissberg (2004) Guía de trastornos alimenticios.

A estos criterios pueden agregarse los siguientes (Madruga, 2009):

- Pérdida de peso auto inducido por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física.
- Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual.

Tabla 8: Criterios diagnósticos según DSM-IV de Bulimia Nerviosa

CRITERIOS DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV	
Presencia de episodios recurrentes de atracones ó ingesta compulsiva en	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio,

períodos cortos de tiempo, acompañado de sensación de pérdida de control y preocupación.	al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
Miedo intenso a engordar, con objetivos de peso siempre inferior al peso óptimo, habiendo o no antecedentes de anorexia.	<p>Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Purgativas: vómitos auto inducidos, laxantes, diuréticos, enemas, uso de fármacos. • No purgativas: ayuno, ejercicio físico excesivo y extenuante.

Fuente: Michael First (2009) DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Las características que identifican a un atracón según Diana Madruga (2009) son:

- Ingesta de gran cantidad de comida en un corto período de tiempo, como por ejemplo en un período de 2 horas, una suma de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Falta de control sobre la alimentación durante el episodio. Se tiene la sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) es una herramienta que nos ayuda a detectar de manera precoz la presencia de conductas de riesgo que podrían llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa. Este test elaborado por David Garner y Paul Garfinkel en 1979, ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los trastornos alimenticios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (Urzúa, 2010).

Los ítems de la prueba se agrupan en 3 factores: el factor 1 es Dieta, y se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado. El factor 2 es Bulimia y refleja la preocupación por la comida. El factor 3 es Control Oral el cual se relaciona con el autocontrol en comer, la presión de otros al comer, los cambios de humor debido a la preocupación por la comida y ser perfeccionistas (Behar, 2007).

La escala de puntuación oscila de 0 – 78 puntos, en donde mayor puntaje implica mayor riesgo. El obtener un puntaje igual o mayor a 20 se asocia con la presencia de actitudes y conductas de riesgo de un desorden alimenticio (Behar, 2007).

María Elena Téllez (2010), menciona que la prevención implica la identificación precoz de esta enfermedad, incluso cuando aún no cumple con todos los criterios diagnósticos. Los antecedentes personales de la paciente, sus hábitos alimentarios, los rasgos de su personalidad y la percepción de su imagen corporal, ayudarán a alertar. Se producen importantes cambios en el comportamiento alimentario, los cuales, desde un principio ayudan a sospechar la presencia de esta enfermedad. Se podrían destacar los siguientes:

- Disminución de la ingesta alimentaria, tanto cuantitativa como cualitativamente. Aseguran no tener apetito y disminuyen

fundamentalmente la ingesta de grasas e hidratos de carbono y mantienen constante la de proteínas. Pueden llegar a valores tan bajos de ingesta como 200kcal/día que les puede llevar a la muerte (emaciación).

- Cambios en la forma de preparar los alimentos, tomando por lo general alimentos cocidos o a la plancha, evitando las grasas.
- Alteración del ritmo de las comidas, evitando el carácter social y comunitario, empezando a comer a solas.
- Aunque ellas no comen, insisten en que coman los demás, preparando platos exquisitos para sus familiares, que ellas no prueban jamás.
- Modificación de la forma de comer, ingiriendo pequeñas porciones que mastican muy lentamente. Tendencia a dejar comida que intentan disimular bajo restos de alimentos y cubiertos.

Basándose en estas definiciones, se puede deducir qué tipo de actitudes y costumbres van a desarrollar estos enfermos frente a la comida; como es notorio, estarán a dieta, presentarán episodios de sobreingesta o alternarán ambas situaciones, lo que les llevará a tener un determinado aspecto físico que, a su vez, puede orientar hacia el tipo de trastorno que padecen.

José Mataix (2009) indica que la anorexia y la bulimia nerviosa presentan aspectos comunes y rasgos diferenciadores. Entre los comunes sobresalen los siguientes:

- Predominio femenino.
- Insatisfacción con su imagen corporal.
- Alteración de la percepción de su cuerpo.
- Evitación de relaciones sociales, debido a su aspecto físico.
- Alimentos temidos o comidas prohibidas.

- Ansiedad después de comer.

En contraste, los aspectos diferenciadores entre anorexia y bulimia nerviosa son varios y se muestran en la siguiente tabla (Mataix, 2009)

Tabla 9: Aspectos diferenciadores entre Anorexia y Bulimia Nerviosa

ASPECTOS DIFERENCIADORES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA		
	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Edad de inicio	Temprana	Más tardía
Peso al inicio de la enfermedad	Bajo o normal	Normal. Posible historia de obesidad
Clínica	Más florida (más evidencia de la enfermedad)	Menos florida (menor evidencia de la enfermedad)
Hiperactividad	Mayor	Menor
Amenorrea	Casi el 100% colectivo	Menstruación normal o amenorrea (50%)
Impulsividad	Menor impulsividad	Mayor impulsividad
Grado de control	Mayor control	Menor control
Psicopatología asociada	Menor	Frecuente (trastornos de la personalidad, depresión, cleptomanía)
Peligro de autolisis	Menor	Mayor
Evolución	Pueden pasar a bulimia nerviosa (miedo intenso a pasar a bulimia nerviosa)	Raramente pasan a anorexia nerviosa, pero presentan fuerte deseo de hacerlo

Fuente: José Mataix (2009) Nutrición y alimentación humana

Pedro Núñez (2003) menciona que dentro de la Anorexia Nerviosa existen 2 tipos:

- Tipo Restrictivo: la persona no recurre regularmente a atracones o conductas compensatorias, no aparecen vómitos ni diarreas provocadas, solo disminución drástica de la ingesta de alimentos y ejercicio físico excesivo.
- Tipo Compulsivo-Purgativo: el individuo recurre por lo regular a episodios de atracones y purgas. Los afectados pierden peso y se provocan el vómito con suma facilidad, usan laxantes, diuréticos ó enemas. Lo hacen a escondidas y mienten sobre su situación, lo que hace menos visible y controlable la enfermedad. A menudo la práctica del vómito suele ser contagiada por amigas o por imágenes de series televisivas.

Los tipos de Bulimia Nerviosa están divididos en dos y según Pedro Núñez (2003) son:

- Tipo Purgativo: luego del episodio de atracón, los afectados recurren a medidas compensatorias que van a contrarrestar los efectos causados por el abuso kilocalórico. La persona se provocará vómitos, recurrirá al uso de laxantes ó diuréticos, y uso de enemas.
- Tipo No Purgativo: en este caso, después de un episodio de atracón, para controlar el peso la persona enferma recurrirá a mecanismos compensadores como el ayuno y el ejercicio excesivo durante los días siguientes al atracón, evitando así el uso de laxantes, diurético o vómitos autoinducidos.

Tabla 10: Diagnóstico diferencial entre distintos tipos de anorexia y bulimia nerviosas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE DISTINTOS TIPOS DE ANOREXIA Y BULIMIA

	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa compulsivo-purgativa	Bulimia nerviosa tipo purgativa	Bulimia nerviosa tipo no purgativa
Peso corporal	15% o más por debajo de lo normal	15% o más por encima o por debajo de lo normal	10% o más por encima o por debajo de lo normal	10% o más por encima o por debajo de lo normal
Dietas restrictivas	+++	+	+	+
Conductas purgativas	-	+	++	-
Sobreingesta	No	Si	Si	Si
Alimentos temidos	Si	Si, son los más incluidos en atracones	Si, son los más incluidos en atracones	Si, son los más incluidos en atracones
Aspecto físico	Muy demacradas	Demacradas o aspecto normal (más difícil de diagnosticar)	Demacradas o aspecto normal	Demacradas o aspecto normal

Fuente: José Mataix (2009) Nutrición y alimentación humana.

Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria

La Anorexia y Bulimia Nerviosa presentan una compleja sintomatología que incluye aspectos psicopatológicos y biológicos que se condicionan y se potencian mutuamente.

La paciente anoréxica presenta una seria desnutrición proteico-calórica, que afecta a todos los tejidos y a los diferentes sistemas

fisiológicos. Los diversos síntomas físicos de la anorexia nerviosa incluyen:

Síntomas mentales y emocionales de la Anorexia Nerviosa (Salas-Salvadó, 2008; Téllez, 2010)

- Distorsión severa de la imagen corporal.
- Miedo intenso a subir de peso.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Negación de la sensación de hambre, sed, fatiga y sueño.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Temor a perder el autocontrol.
- Depresión.

Síntomas del comportamiento en Anorexia Nerviosa (Salas-Salvadó, 2008)

- Restricción voluntaria hacia alimentos de elevado contenido calórico, con la intención de bajar de peso.
- Hablan constantemente acerca de las calorías contenidas en los alimentos, llegando incluso a saber de memoria la composición calórica de cada alimento.
- Preparación de los alimentos mediante técnicas como a la plancha, vapor, hervido.
- Conductas alimentaria inusuales tales como: comer de pie, cortar el alimento en trozos pequeños, al terminar de comer enseguida se ponen en movimiento e incluso acuden al baño.
- Aumento de la actividad física para aumenta el gasto energético.
- Uso de varias prendas de vestir holgadas para ocultar la delgadez extrema.
- Perfeccionismo.

- Pesarse compulsivamente.
- Uso de laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos (forma purgativa).

Signos y síntomas observables o deducibles de la exploración física en Anorexia Nerviosa (Salas-Salvadó, 2008)

- Pérdida de peso correspondiente de por lo menos un 15% a 25% del peso corporal previo, presentando un Índice de Masa Corporal (IMC) menor a 17.5.
- Disminución de la masa corporal.
- Disminución de la reserva grasa subcutánea.
- Atrofia de las mamas.
- Disminución de la temperatura corporal, suelen tener frío cuando hace calor.
- Piel seca, descamada, fría y de color amarillento.
- Desarrollo de vello muy fino y en forma de lana ubicado en áreas como mejillas, cuello, espalda, antebrazo y muslo llamado lanugo.
- Cabello quebradizo.
- Pérdida de cabello o alopecia.
- Amenorrea. En ecografía se observa el útero y ovario hipotrófico.
- Alteraciones dentales y gingivales (en vomitadores especialmente).
- Signo de Russel (lesiones en la mano por vómitos autoprovocadas).
- Edemas.

Al ser un comportamiento secreto, y no presentar una pérdida de peso tan evidente, la Bulimia Nerviosa puede pasar desapercibida por mucho tiempo. Los bulímicos por lo general presentan un peso normal o cierto grado de sobrepeso. Los síntomas de la bulimia son en su mayoría secundarios al vómito y al uso de diuréticos y laxantes (First, 2009).

Síntomas mentales y emocionales de la Bulimia Nerviosa (Salas-Salvadó, 2008; Téllez, 2010).

- Obsesión por el peso y la figura corporal.
- Pánico intenso a subir de peso.
- Sensación de pérdida del autocontrol debido a que no pueden parar de comer.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Depresión y tristeza.

Síntomas del comportamiento en Bulimia Nerviosa (Téllez, 2010)

- Hablan constantemente acerca de las calorías contenidas en cada alimento.
- Cuando se encuentran con más personas comen muy poco, y tienen episodios de atracones a escondidas.
- Presentan episodios de atracones en los cuales comen compulsivamente y sin control grandes cantidades de alimentos hipercalóricos.
- Vómitos autoinducidos
- Abuso de laxantes y diuréticos.
- Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético.
- Irritabilidad y cambios en el carácter.
- Pesarse compulsivamente.
- Trastorno de ansiedad.
- Baja autoestima.

Signos y síntomas observables o deducibles de la exploración física en Bulimia Nerviosa (Téllez, 2010)

- Aumento y descenso de peso bruscos.
- Pérdida y erosión del esmalte dental.

- Caries dentales severas.
- Pérdida de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Reflujo gastroesofágico.
- Aumento en la producción de saliva debido a la hinchazón de las glándulas salivares.
- Llagas o cicatrices en los nudillos debido al vómito (signo de Russel)

Consecuencias y complicaciones de la anorexia y bulimia nerviosa

Los efectos de los trastornos alimenticios en la salud son diversos. Éstos van desde distintos grados de desnutrición hasta desequilibrios fisiológicos que producen diferentes complicaciones. Los problemas cardíacos pueden incluir arritmias, debido al abuso de medidas evacuativas, la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, disfunciones de las válvulas cardíacas, baja presión arterial y mala circulación. Hay un alto índice de mortalidad, que va en aumento, debido a problemas cardíacos como consecuencia de trastornos alimenticios. La inducción del vómito y el abuso de conductas purgativas pueden provocar desequilibrios hidroelectrolíticos de gravedad (Uribe, 2007).

A medida que estas enfermedades evolucionan, evoluciona a la vez la gravedad de la misma, trayendo consigo consecuencias y complicaciones que son graves para la salud de la persona que la padece. Se dan diversas alteraciones funcionales de acorde a cada enfermedad tales como (Mataix, 2009):

Alteraciones funcionales en pacientes con anorexia nerviosa:

- Sistema cardiovascular: hipotensión, bradicardia, insuficiencia cardíaca, arritmias, disminución del diámetro cardíaco y edema periférico.
- Sistema gastrointestinal: estreñimiento, enlentecimiento del vaciamiento gástrico con posible dilatación gástrica, alteración de enzimas hepáticas y vómitos autoinducidos o espontáneos.
- Sistema endocrino: amenorrea, descenso de los niveles basales de gonadotropinas, de hormona luteinizante (LH) y foliculoestimulante, descenso de estrógenos, testosterona y de hormonas tiroideas. Además, alteraciones en hormona del crecimiento, prolactina, somatomedina, somatostatina, noradrenalina, cortisol, vasopresina, entre otras.
- Metabolismo: los niveles de electrolitos pueden estar normales o aparecer bajos los niveles de sodio, potasio, cloro y bicarbonato. Hay hipoglucemias, los niveles de colesterol son variables, retardo en el crecimiento óseo y osteoporosis junto a alteraciones de la termorregulación.
- Sistema renal: nitrógeno ureico en sangre bajo ó alto, y disminución del filtrado glomerular.
- Hematología: anemia, leucopenia, trombocitopenia e hipocelularidad de la médula ósea.
- Sistema muscular y piel: pelo lanugo, debilidad muscular, extremidades frías y cianóticas, piel escamosa y seca e hipercarotinemia.
- Sistema inmune: alteración de la fagocitosis por macrófagos.

Alteraciones funcionales en pacientes con bulimia nerviosa (Mataix, 2009):

- Sistema cardiovascular: hipopotasemia inducida por las conductas purgativas que llevan a pérdida de potasio a través de los vómitos o el abuso de laxantes. Insuficiencia cardíaca.

- Sistema renal: problemas de fluidos y electrolitos derivados del uso de laxantes y diuréticos y de la inducción al vómito. Nitrógeno ureico en sangre bajo o alto, disminución del filtrado glomerular, nefropatía hipopotasémica.
- Sistema gastrointestinal: hipertrofia de glándulas parótidas y salivales, situaciones de dilatación aguda gástrica e incluso rotura gástrica, esofagitis de reflujo o rotura esofágica, úlcera péptica o duodenal, amilasa elevada, erosión del esmalte dental como consecuencia de los vómitos.
- Sistema pulmonar: neumonía por aspiración como consecuencia de los vómitos.
- Sistema endocrino: irregularidades menstruales (dependiendo del grado de malnutrición), bajos niveles de hormonas tiroideas y progesterona, respuesta no supresora a la dexametasona.
- Metabolismo: alteraciones metabólicas similares a las que se presentan en la anorexia nerviosa, deshidratación y alteraciones en los niveles de potasio, sodio, cloruro y bicarbonato.
- Sistema muscular y piel: debilidad muscular, callosidades en el dorso de la mano dominante producida por la inducción del vómito.

Tratamiento de anorexia y bulimia nerviosa

Una vez diagnosticado este trastorno, es muy importante que los padres acudan al médico. Los pacientes muchas veces pueden negar los síntomas y tratar de ocultar la gravedad del problema. La mayoría de los casos se tratan en consultas externas, aunque en algunos casos más graves es necesaria la hospitalización para realimentación o estabilización de problemas médicos (desnutrición, deshidratación). El tratamiento es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario con distintos especialistas

que generalmente incluye atención médica, nutricional y psicológica. Lo ideal sería hacer (Serra, 2006):

1. Un plan de recuperación del peso y reeducación dietética y nutricional.
2. Un seguimiento muy cercano para que la recuperación del peso sea gradual, con controles frecuentes.
3. Un estudio y tratamiento de los problemas en la dieta que afecten al paciente, así como de los factores que influyen en los atracones y los vómitos (ansiedad por el colegio, problemas con los padres o amigos).
4. Un tratamiento psiquiátrico donde se combina psicoeducación, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y terapia de familia. Además, se puede ayudar con medicación como antidepresivos, que mejoran los atracones, vómitos, ánimo deprimido y tratan otros problemas asociados a la anorexia y bulimia.

Tratamiento nutricional en anorexia nerviosa (Mataix, 2009):

El tratamiento nutricional tanto en medios hospitalarios como ambulatorios debe tener en cuenta diversos aspectos:

- Realización del cálculo de las necesidades de cada paciente de forma individual.
- Educación imprescindible del paciente sobre las necesidades nutricionales normales.
- Desarrollo de un programa de educación nutricional que insista en las características reales de los distintos grupos de alimentos y la importancia y necesidad de seguir una dieta variada y suficiente.
- Información al paciente sobre los efectos fisiológicos tanto de la inanición como de la realimentación.
- Programación a largo plazo del adecuado consejo y apoyo nutricional.

La cantidad, frecuencia alimentaria y tipo de realimentación dependen del estado previo al inicio del tratamiento ambulatorio o admisión hospitalaria. La renutrición debe hacerse de forma lenta y gradual debido al importante grado de desnutrición que puedan presentar estos pacientes. El primer paso es lograr que el paciente remueva la negativa a comer, y el principal objetivo es detener la pérdida de peso y regular la ingesta oral (Roth, 2009).

Según la situación nutricional del paciente, se pueden usar varias pautas nutricionales (Mataix, 2009):

- Alimentación oral
- Alimentación oral más suplementos de nutrición enteral.
- Alimentación enteral

La alimentación oral debe basarse en la administración de una dieta equilibrada que contenga proteínas, grasas e hidratos de carbono en las proporciones adecuadas y vitaminas y minerales en cantidad suficiente para cubrir las ingestas recomendadas. La utilización de suplementos es muy útil, especialmente en el caso de aquellos pacientes que evitan comer una dieta normal (Uribe, 2007).

Es importante establecer un plan de alimentación oral individualizado por cada paciente que comprenda: un detallado historial dietético del consumo actual y pasado de alimentos; una estimación del contenido calórico de la dieta actual y la selección de los niveles energéticos tanto para la dieta inicial como para la de mantenimiento una vez alcanzado el peso meta (Roth, 2009).

La cantidad de energía administrada en una primera fase de recuperación debe satisfacer las necesidades energéticas de la tasa metabólica basal, con un aumento de 200-250 kcal por semana durante las primeras fases del tratamiento. Emplear dietas muy energéticas puede

resultar contraproducente ya que podría ser rechazado o dar lugar a conductas bulímicas, por lo que será suficiente comenzar con una ingesta aproximada de 1.200-2.000 kcal/día durante la primera o las dos primeras semanas. El incremento calórico se irá realizando hasta alcanzar un valor estable que puede variar entre 2.500/3.500 kcal/día en función a las características del paciente. Un punto de referencia puede ser aquel que permita una ganancia de peso de 0,5 a 1 kg/semana (Mataix, 2009).

Tratamiento nutricional en bulimia nerviosa:

El tratamiento de la bulimia nerviosa sin complicaciones manifiestas puede hacerse de forma ambulatoria, no suele requerir hospitalización y puede ser suficiente con sesiones de psicoterapia, terapia cognitivo-conductual y seguimientos nutricionales. El enfoque del tratamiento nutricional es similar al de la anorexia nerviosa, pero muchos de estos pacientes presenta peso normal (Doyen, 2004).

Se recurre a la hospitalización cuando se den una o varias de las siguientes situaciones (Doyen, 2004):

- Fracaso en el tratamiento ambulatorio
- Repetidos intentos de suicidio
- Grave descontrol de impulsos
- Dependencia grave de medicamentos, alcohol y/o drogas

El conocimiento de los alimentos temidos permite al nutricionista planificar una dieta con gran variedad de alimentos, en la que éstos se deben ir introduciendo de forma progresiva.

El nivel kilocalórico inicial no debe ser demasiado alto para evitar el miedo a aumentar de peso, ni demasiado bajo con el fin de desencadenar episodios de sobreingesta. Es importante en la primera fase no insistir en el cambio de peso sino en el establecimiento de pautas de alimentación adecuadas. Una vez que se haya establecido esto, se puede variar la

cantidad de calorías si el paciente se empieza a sentir más seguro con su capacidad de controlar su conducta alimentaria. Sin embargo, no se deben poner dietas demasiado restrictivas, pues se podría volver a desencadenar alimentación compulsiva, purgas y ayuno (Mataix, 2009).

Prevención:

El principal objetivo de los programas educativos respecto a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, consiste en realizar campañas que informen acerca las conductas precursoras de los trastornos alimentarios, proponiendo la reducción de la prevalencia de dietas, control de peso, uso de laxantes ó vómitos autoinducidos, en el grupo más vulnerable, es decir las estudiantes. A pesar de que no se ha logrado cambiar totalmente las conductas de las alumnas con comportamientos anoréxicos o bulímicos, se logrará ampliar sus conocimientos acerca de las enfermedades.

La meta de la prevención primaria es informar a los jóvenes acerca de nutrición, alimentación, los cambios corporales que se dan en la adolescencia y educar ciertas ideas y actitudes relativas al cuerpo.

Se debe evitar el mito de considerar la anorexia y bulimia nerviosa, como las enfermedades de moda, ya que esto podría hacerlas atractivas a algunas adolescentes. En estas edades la tendencia de imitar a los demás es más frecuente, por lo que las adolescentes siguen los modelos de comportamiento de otras chicas, primero las más cercanas, seguido de las que aparecen en series de televisión, publicidad, gente famosa. Por esta razón se considera contraproducente y nocivo dar publicidad sensacionalista sobre estos trastornos pues puede actuar como un verdadero desencadenante de nuevos casos.

El dar información pertinente sobre estas enfermedades en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana puede acabar siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndola. Es por eso que el objetivo de la prevención es modificar las actitudes.

Los programas de prevención deben aportar información sobre las causas y consecuencias de la anorexia y bulimia, con hechos documentados acerca de la alimentación y el peso, cuestionando el papel de los medios de comunicación al fomentar una relación falsa entre delgadez y éxito o felicidad y los peligros de la presión social.

Las intervenciones que se podrían llevar a cabo para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen:

1. Persuadir a los medios de comunicación, en especial a los destinados a la mujer y moda, para que incluyan en sus contenidos otros modelos corporales. El mensaje que deberán transmitir no es que la delgadez es mala, sino que otras tallas y formas también son aceptables y deseadas en nuestra sociedad.
2. Focalizarse en la población de riesgo que son los adolescentes, brindándoles información, y logrando cambiar las conductas mediante el aumento de la autoestima y autoimagen, la comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación.
3. Actuar en la familia en los aspectos relacionados a la sobreprotección, la comunicación, afectividad, valores, control de televisión y medios de comunicación.
4. Aumentar el conocimiento generalmente respecto a la naturaleza y gravedad de los trastornos alimentarios con informaciones correctas.

Para que un programa de prevención primaria se considere completo debe abordar:

- La sensibilización e información de las personas a riesgo, sus familias y la población general
- Modificar las conductas precursoras de la enfermedad, como dietas sin motivo justificado
- Identificar con precisión los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos
- Actuar sobre los estereotipos culturales y dar educación

CAPITULO III

METODOLOGIA

Hipótesis:

Las adolescentes de octavo, noveno y décimo grado tienen un alto riesgo de desarrollar conductas alimentarias y emocionales que comprometen su estado nutricional.

Diseño de la investigación:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, que permite detallar las características de los elementos estudiados como la valoración del estado nutricional, hábitos alimentarios, las conductas emocionales de la muestra y la evaluación del consumo de alimentos, realizando todo a través del análisis de las variables de manera simultánea en el mes de mayo del año 2013, sin un seguimiento posterior.

Ética:

Para la ejecución del proyecto se solicitó la autorización de los directivos de cada colegio (Anexo 1), así como el consentimiento informado de los padres de familia (Anexo 2) para aplicar los instrumentos en una sesión grupal durante las horas de clase.

Población y muestra:

El universo fue conformado por un total de 147 alumnas en edades comprendidas entre 11 a 14 años, de los cursos 8vo, 9no y 10mo año de educación básica de los colegios particulares María Andrea, Federico Froebel y Padre Marcos Benetazzo de la ciudad de Babahoyo. La población estudiada fue el total del universo.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de sexo femenino de los colegios María Andrea, Federico Froebel, Padre Marcos Benetazzo.
- Estudiantes en edades comprendidas entre 11 a 14 años.
- Estudiantes que cursen los años de básica 8vo, 9no y 10mo.

- Padres de familia que permitieron la participación de sus hijas en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de sexo masculino de los colegios María Andrea, Federico Froebel, Padre Marcos Benetazzo.
- Estudiantes en estado de gestación.

Instrumentos de recolección de datos:

Los datos se registraron en una encuesta de preguntas con modificaciones en el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 que se les realizó a las estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, la cual constó de los siguientes puntos:

1. Formato de ficha antropométrica, la cual está conformada por peso (kg), talla (m), Índice de Masa Corporal (kg/m^2), peso sano (kg), edad (años), para la evaluación del estado nutricional de la muestra.
2. Formato de encuesta el cual consiste de un total de 30 preguntas para determinar los hábitos alimentarios y conductas emocionales que presenten las estudiantes.
3. Formato de ficha de registro de ingesta de alimentos, para determinar el consumo de alimentos en 24 horas de las estudiantes.

Técnicas de investigación y pasos a utilizar:

Describir cómo se realizó cada objetivo específico

El análisis de la prevalencia del riesgo de anorexia y bulimia se realizó tomando en cuenta las variables estudiadas en cada objetivo planteado en el estudio por medio de una encuesta (Anexo 3) que se aplicó a las alumnas. Una vez que las participantes terminaron de contestarla, se procedió a pesarlas y tallarlas para obtener el Índice de Masa Corporal IMC (Anexo 4).

1. Valoración del estado nutricional de la muestra mediante indicador antropométrico:

Las técnicas antropométricas empleadas fueron:

- Peso (kg):
 - Instrumento: Balanza digital de baño marca CAMRY modelo EF905, graduada en kilogramos, con un margen de error de ± 0.1 kg.
 - Técnica: se pesó a la estudiante colocándola en el centro de la balanza con ropa de peso conocida, sin zapatos, sin medias, sin objetos pesados y totalmente erguida con los hombros relajados y la mirada hacia el frente.
- Talla (m):
 - Instrumento: Tallímetro de pared, marca SECA, con un margen de error de 0.1 mm.
 - Técnica: el instrumento fue ubicado en una pared vertical a 2 metros de la superficie de apoyo del sujeto (piso). La medición se efectuó sin zapatos y sin medias, en una posición de estándar de firmes, colocando la cabeza en el plano de Frankfort, en un plano perpendicular y debajo del instrumento.
- Índice de masa corporal (IMC): mediante este dato antropométrico se puede observar la relación matemática entre peso corporal en kilogramos (kg) y la talla expresada en metros

al cuadrado (m)² de la muestra, estimando los resultados con la tabla de clasificación que plantea la OMS:

Peso insuficiente: <18,5 kg/m²

Normal: 18,6 – 24,9 kg/m²

Sobrepeso: 25 – 29,9 kg/m²

Obesidad clase I: 30 – 34,9 kg/m²

Obesidad clase II: 35 – 39,9 kg/m²

Obesidad mórbida: >= 40 kg/m²

2. Identificación de conductas emocionales de riesgo de desarrollar anorexia y bulimia nerviosa:

Esto se lo identificó mediante la realización de una encuesta que abarcaba:

- Hábitos alimentarios: mediante este método se pudo conocer los hábitos de ingesta que presenta la muestra. Así mismo la encuesta midió conductas alimentarias de riesgo incluyendo los factores: atracón-purga, medidas compensatorias y restricción alimentaria.
- Conductas emocionales: la técnica consiste en un listado de preguntas para analizar la percepción corporal en la cual se le pidió a la encuestada que seleccione una figura, que de acuerdo a su percepción correspondió a su imagen actual, de las cuales estas categorías son: bajo peso (figura 1), normopeso (figura 2), sobrepeso (figura 3), obesidad I (figura 4) y obesidad II (figura 5). Además se analizó el comportamiento emocional que puede o no llevar al desarrollo de estas enfermedades a través de preguntas que incluyeron factores sociales, autoestima y expresión de emociones, en los casos de estudio.

3. Evaluación del consumo de alimentos en las estudiantes:

Para determinar la ingesta calórica que tienen las estudiantes se realizó una encuesta de ingesta de alimentos:

- Registro de 24 horas: se solicitó a las alumnas que llenen una encuesta dietética, en la que se especifica los alimentos y las porciones que consumió el día anterior la persona encuestada, mediante este método se pudo conocer las deficiencias y excesos respecto a los requerimientos energéticos para la edad. Para calcular el promedio de calorías consumidas por cada alumna se registraron los datos en el programa Ceres+ que es un sistema automatizado para la evaluación de encuestas de consumo de alimentos, el cual constituye un instrumento diseñado principalmente para evaluar principalmente el consumo de alimentos a nivel familiar e individual. En Ceres+ es imprescindible la existencia de una Tabla de Composición de los Alimentos, la cual puede ser importada del mismo programa ó creada por el usuario. Se empleó la Tabla de Composición de los Alimentos que viene registrada en el programa.
4. Análisis estadístico:
Para el procesamiento de la información se confeccionó la base de datos en Microsoft Excel 2010 y luego se extrapolaron al paquete estadístico SPSS Statistics 21, donde se utilizaron las siguientes pruebas:
- Análisis de media
 - Chi²

Conceptualización de variables:

Variable independiente: Riesgo de desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa en féminas de 11 a 14 años

Variable dependiente: Cómo influyen los factores de riesgo asociados a la anorexia y bulimia, en el desarrollo de estos trastornos.

Tabla 11. Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo de vida	Años	• 11-12 años

	de una persona expresado en años		<ul style="list-style-type: none"> • 12-13 años • 13-14 años
SEXO	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Género del individuo	Femenino
CURSO ACADEMICO	Año escolar al que pertenece la persona	Año de básica	<ul style="list-style-type: none"> • 8vo año básico • 9no año básico • 10mo año básico
PESO	Es la medición de la masa corporal de un individuo	Kilogramos (kg)	
TALLA	Es la medición de la estatura ó longitud del cuerpo humano desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	Metros (m)	
INDICADOR DE MASA CORPORAL	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo	Kg/m ²	Según clasificación de OMS 2012: <ul style="list-style-type: none"> • Peso insuficiente: <18,5 kg/m² • Normal: 18,6 – 24,9 kg/m² • Sobrepeso: 25 – 29,9 kg/m² • Obesidad clase I: 30 – 34,9 kg/m² • Obesidad clase II: 35 – 39,9 kg/m² • Obesidad mórbida: >= 40 kg/m²
ENCUESTA DE HÁBITOS Y CONDUCTAS EMOCIONALE	Comportamientos de riesgo relacionados con los hábitos	Test EAT-26	Según criterios de clasificación del EAT-26: <ul style="list-style-type: none"> • Siempre: 3

S DE RIESGO	de alimentación, selección y preparación de alimentos, realización de purgas ó uso de productos que alteran la constitución corporal y cantidades ingeridas de alimentos		<p>puntos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre: 2 puntos • Frecuentemente: 1 punto • A veces: 0 puntos • Casi nunca: 0 puntos • Nunca: 0 puntos
RECORDATORIO DE 24 HORAS	Es un registro de todos los alimentos consumidos por una persona el día inmediato anterior. Tiene por objetivo proporcionar una estimación cuantitativa y cualitativa de la ingesta de alimentos y nutrientes de un individuo	Porcentaje	Según el porcentaje de adecuación: <ul style="list-style-type: none"> • Déficit: <90 • Normal: 90-110 • Exceso: >110

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Análisis e interpretación de los resultados:

Todas las estudiantes que conformaban el universo cumplieron los criterios de inclusión y dieron su consentimiento favorable para participar en el estudio, por lo que el tamaño de la población fue de 147 estudiantes, de las cuales 33% correspondían a octavo grado, 32% a noveno grado y 35% a décimo grado.

Tabla 12. Distribución de la muestra por grado académico

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRADO ACADÉMICO		
GRADO	NÚMERO DE ESTUDIANTES (N°)	PORCENTAJE (%)
Octavo	49	33
Noveno	46	32
Décimo	52	35
TOTAL	147	100

La evaluación antropométrica realizada a todas las estudiantes se resume en la siguiente tabla.

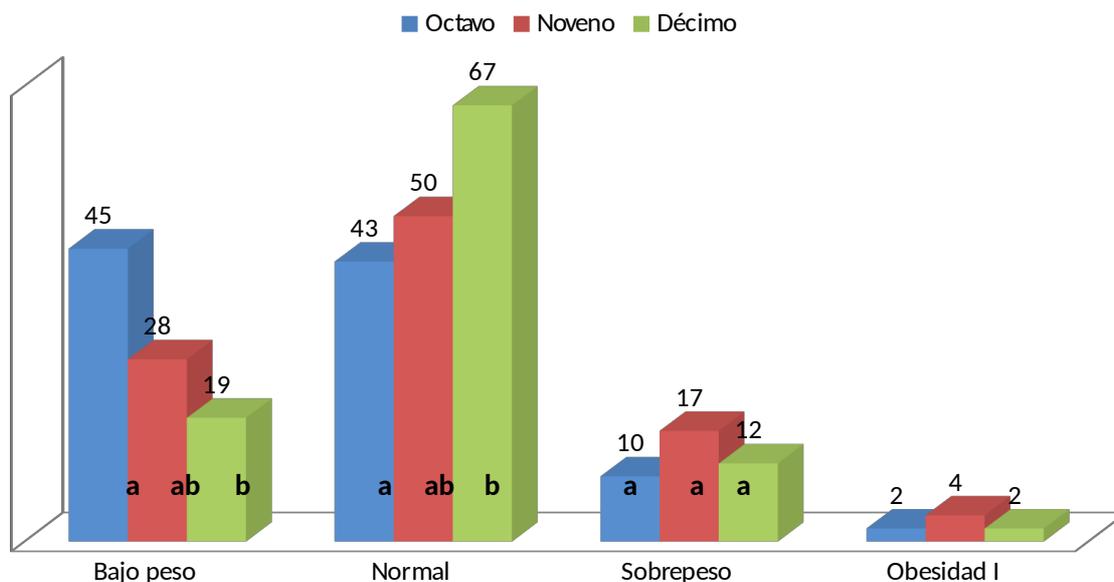
Tabla 13. Clasificación nutricional según el índice de masa corporal

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA

CORPORAL		
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	NÚMERO DE ESTUDIANTES (N°)	PORCENTAJE (%)
Bajo peso	45	31
Normo peso	79	53
Sobrepeso	19	13
Obeso grado I	4	3
TOTAL	147	100

Podemos observar en esta tabla que prevalece el estado nutricional normal en las alumnas, a pesar de esto, un porcentaje considerable de la población presenta bajo peso para la talla.

En el Gráfico 1 se presenta la evaluación del indicador antropométrico IMC, observándose que en las féminas de mayor edad predomina la categoría de peso normal para la talla.



Letras distintas entre los cursos representan diferencias significativas para $p < 0,05$.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las adolescentes, según la clasificación nutricional y el curso de estudio

La proporción de estudiantes normopeso fue significativamente mayor en 10mo curso que en 8vo. A pesar de esto podemos notar que hay un alto porcentaje de alumnas que se encuentran con bajo peso para la estatura, siendo significativamente superior en las alumnas de 8vo. Por el contrario, el porcentaje que se observa de sobrepeso y obesidad es muy bajo, y a pesar de prevalecer el sobrepeso en 9no curso no hay diferencias significativas entre los cursos.

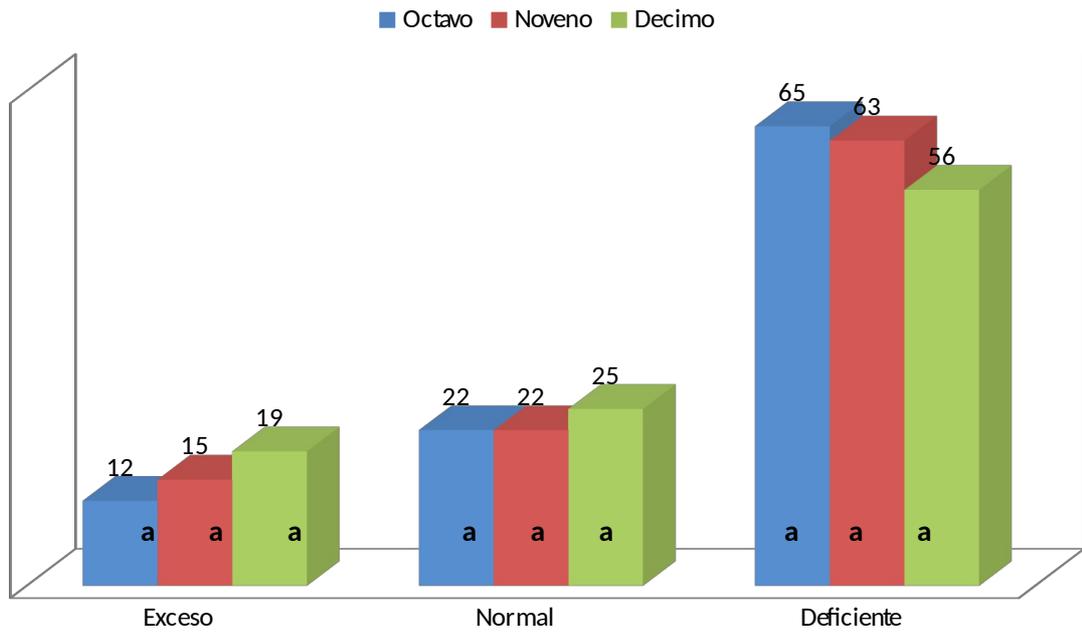
Se resume la ingesta energética de las estudiantes en la siguiente tabla.

Tabla 14. Clasificación nutricional en base al consumo calórico.

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL EN BASE AL CONSUMO CALÓRICO		
CLASIFICACION SEGÚN PORCENTAJE DE ADECUACION DE LA ENERGIA	NUMERO DE ESTUDIANTES (N°)	PORCENTAJE DE INDIVIDUOS (%)
Déficit (<90% adecuación)	90	61
Normal (90-109,99% adecuación)	34	23
Exceso (>= 110% adecuación)	23	16
TOTAL	147	100

El consumo energético se lo detectó mediante el recordatorio de 24 horas, esta tabla resume si esta ingesta fue excesiva, normal o insuficiente en base a los requerimientos de energía diarios para la población (ver anexo 5). Para determinar esto se empleó la fórmula del porcentaje de adecuación en la que se dividió las calorías consumidas para el requerimiento energético, luego el valor se lo multiplicó por 100. Este resultado es el porcentaje de adecuación cuyos rangos categorizan la ingesta alimentaria como: menor a 90% déficit, entre 90% y 110% normal, y mayor a 110% exceso.

El gráfico 2 presenta la suficiencia de la ingesta de energía a través del porcentaje de adecuación, indicando si éste fue excesivo, normal ó deficitario, respecto a la recomendación calórica del grupo estudiado.



Letras distintas entre los cursos representan diferencias significativas para $p < 0,05$.

Gráfico 2. Distribución porcentual de las estudiantes respecto a la clasificación de la ingesta de energía para los tres cursos estudiados

No existen diferencias significativas entre las estudiantes de los diferentes cursos en cuanto a la clasificación del consumo de la ingesta calórica. La mayoría de las alumnas (>55%) de octavo, noveno y décimo año tuvieron un déficit de la ingesta para el requerimiento calórico ideal que ellas deberían tener.

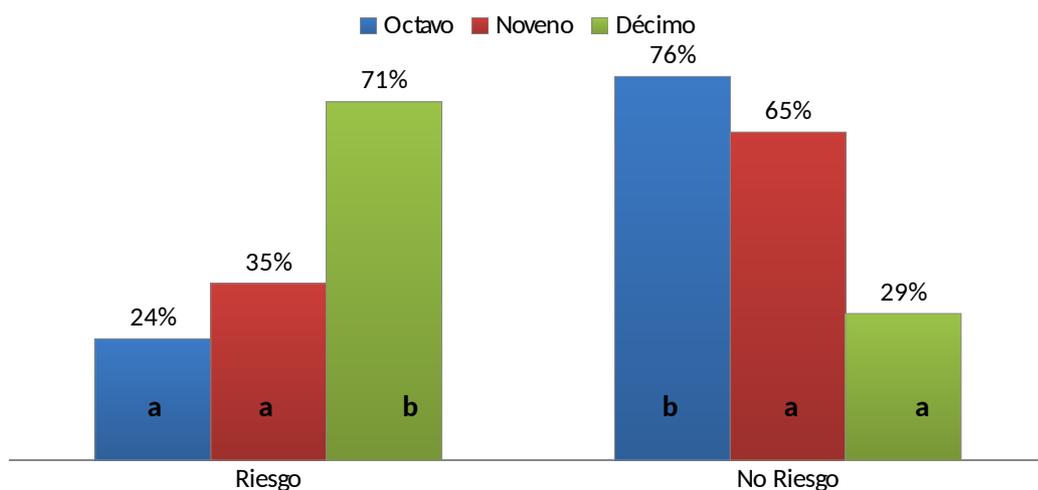
El riesgo de desarrollar o no trastornos de la conducta alimentaria se resume a continuación mediante la siguiente tabla.

Tabla 15. Riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria

RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		
RIESGO	NUMERO DE ESTUDIANTES (N°)	PORCENTAJE (%)
No	82	56
Si	65	44
TOTAL	147	100

Para identificar el riesgo se realizó el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, el cual está conformado de una serie de preguntas que incluyen subtemas respecto a los hábitos y comportamientos alimentarios; y sobre la conducta emocional.

En el gráfico 3 aparecen los resultados del test EAT-26, el cual determina si hay o no riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.



Letras distintas entre los cursos representan diferencias significativas para $p < 0,05$.

Gráfico 3. Distribución porcentual de los resultados del Test EAT-26 en las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica

Se observa en el gráfico 3 que a pesar de las alumnas de 8vo y 9no presentar un bajo porcentaje de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, las alumnas de 10mo curso tienen un elevado porcentaje el cual es considerado como riesgo significativo frente a las alumnas de los otros dos cursos. Estos resultados se obtuvieron mediante el Test Eat 26, cuyo rango es de 0-78, considerando que una puntuación mayor a 20 ya representa riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

El gráfico 4 muestra la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica al solicitarles que encierren una figura, la cual representaba la manera en las que ellas se

veían reflejadas, siendo las opciones: bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad.

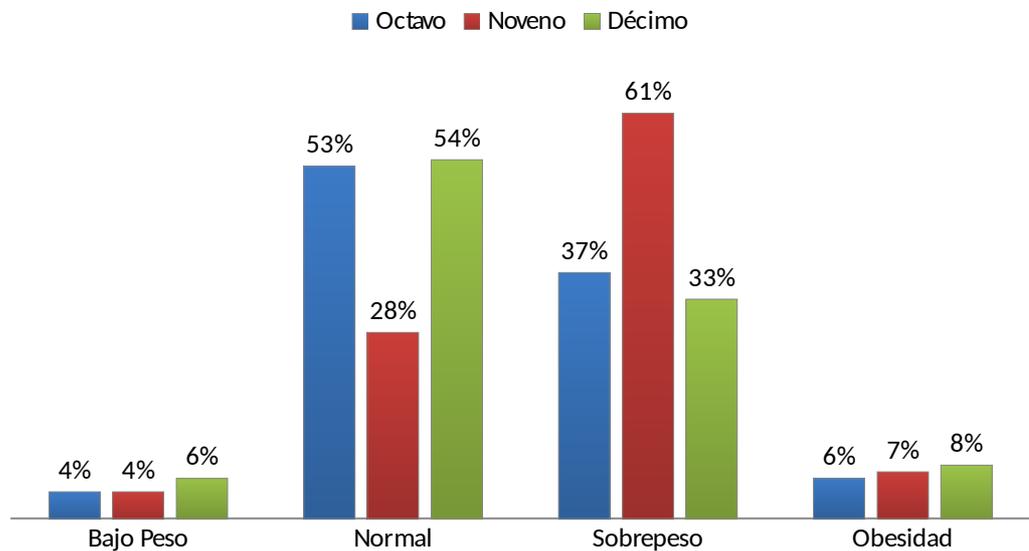


Gráfico 4. Distribución porcentual de la percepción de la imagen corporal de las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica

El gráfico 4 representa claramente que, de los 3 cursos estudiados, la mayor cantidad de alumnas tiene una imagen de ellas mismas como de normopeso la mayoría de ellas, sobre todo las alumnas de 8vo y 10mo año, seguido de una auto percepción de sobrepeso por parte de las alumnas de 9no año en su gran mayoría.

El gráfico 5 compara la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 8vo año de básica versus su IMC actual, demostrando así la distorsión de la imagen que tienen de ellas mismas.

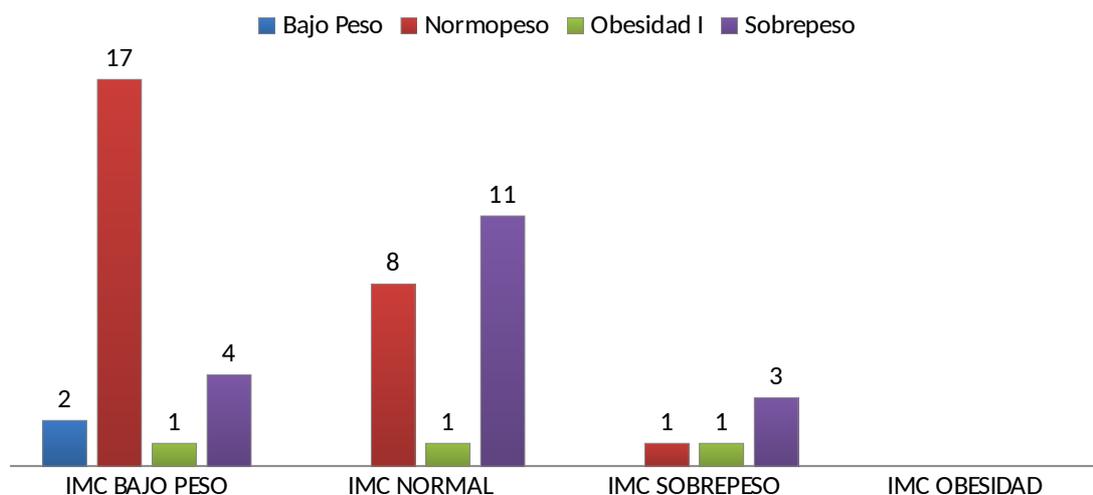


Gráfico 5. Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 8vo año de básica

En el gráfico 5 encontramos la clara distorsión de la imagen corporal que tienen las alumnas de 8vo año. Tal como lo vemos representado en las alumnas que tienen un Índice de masa corporal (IMC) de bajo peso, y según lo que ellas indican, se ven como si tuvieran un peso normal, sobrepeso y obesidad, algo muy alejado de la realidad. Igual sucede en el caso de las estudiantes con IMC normopeso, indicando la mayoría de ellas que tienen sobrepeso según la percepción propia de la imagen corporal.

El gráfico 6 compara la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 9no año de básica versus su IMC actual, demostrando así la distorsión de la imagen que tienen de ellas mismas.

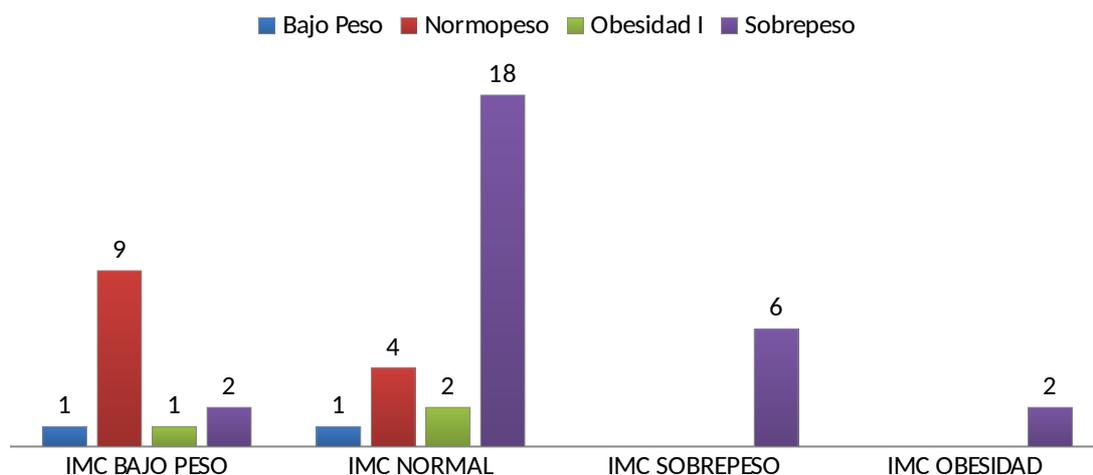


Gráfico 6. Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 9no año de básica

Se puede observar en el gráfico 6 que las alumnas de 9no año a pesar de tener un IMC de bajo peso, perciben que tienen normopeso, sobrepeso y obesidad; lo mismo sucede con aquellas que tienen IMC normal, indicando que tienen sobrepeso el mayor porcentaje de las alumnas, demostrando así que sí existe una distorsión de la imagen corporal en este grupo de alumnas.

El gráfico 7 compara la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 10mo año de básica versus su IMC actual, demostrando así la distorsión de la imagen que tienen de ellas mismas.

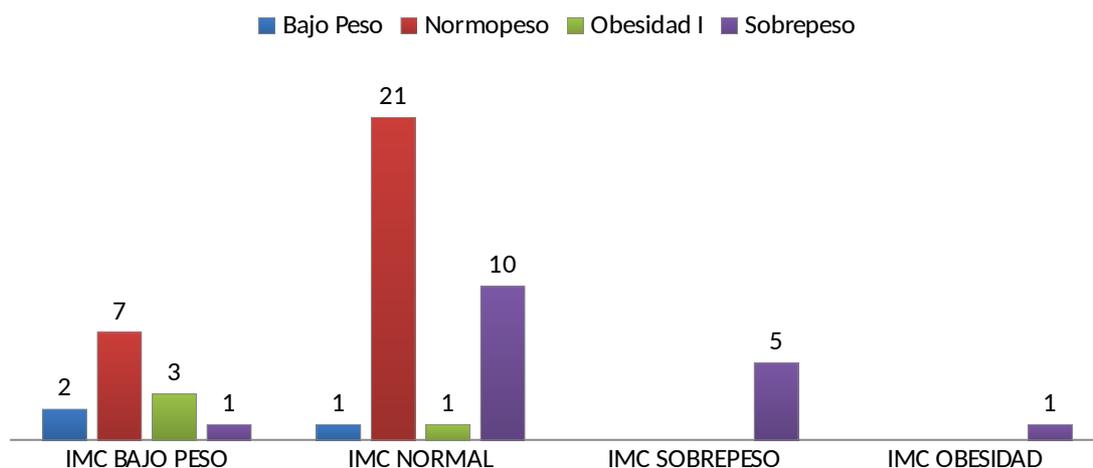


Gráfico 7. Percepción de la imagen corporal vs IMC actual de 10mo año de básica

Vemos en este gráfico de las alumnas de 10mo año que 7 de ellas que se encuentran en IMC bajo peso para la talla indican que tienen peso normal según su percepción, y 1 indica que tiene sobrepeso. Dentro de aquellas que tienen IMC normal, 10 de ellas indican que tienen sobrepeso y 3 se clasifican a ellas mismas con obesidad. Esto es una clara representación de que las alumnas tienen una imagen propia distorsionada.

El gráfico 8 representa la frecuencia de aparición del ciclo menstrual de las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica, indicando si este fue regular ó irregular.

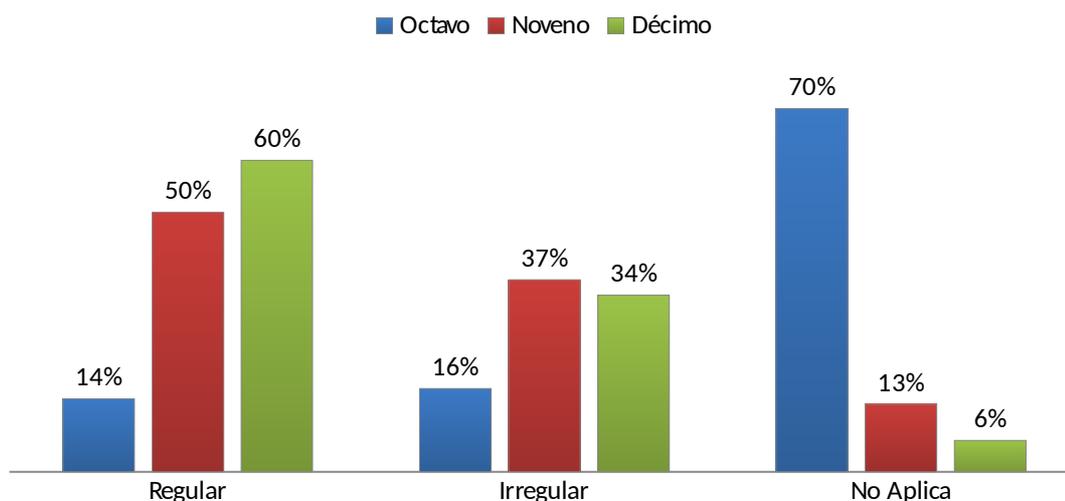


Gráfico 8. Distribución porcentual de la frecuencia del ciclo menstrual de las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica

En el gráfico 8 podemos notar que el ciclo menstrual de la mayoría de las alumnas de noveno y décimo año de básica se caracterizó por ser regular, no obstante hay un porcentaje considerable de alumnas que tienen un período menstrual irregular. Esto aplica en menor grado para las alumnas de octavo año, ya que en su mayoría aún no presentan el período menstrual, por lo tanto esta pregunta no aplica para ellas.

El gráfico 9 representa la presencia del período menstrual dentro de los últimos 3 meses, siendo su ausencia un indicador de amenorrea en las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica.

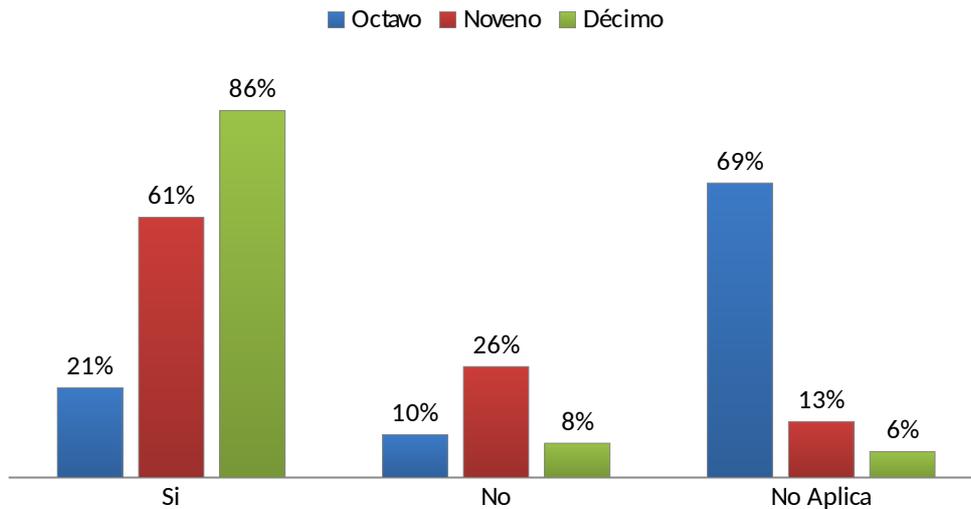


Gráfico 9. Distribución porcentual de la presencia del período menstrual en los últimos 3 meses en 8vo, 9no y 10mo de básica

En el gráfico 9 vemos que de los cursos de octavo, noveno y décimo, es mayor el porcentaje de alumnas que sí presento el período menstrual en los últimos 3 meses previo a la realización de la encuesta. A pesar de ser muy bajo, si vemos que hay cierto porcentaje de alumnas, sobre todo las de 9no año que indican la ausencia del período menstrual, siendo esto un indicador de amenorrea, el cual es uno de los principales signos de presencia de anorexia nerviosa.

El gráfico 10 indica si las alumnas de 8vo, 9no y 10mo año de básica han sufrido de pérdida excesiva de cabello, siendo éste uno de los

principales signos de la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria.

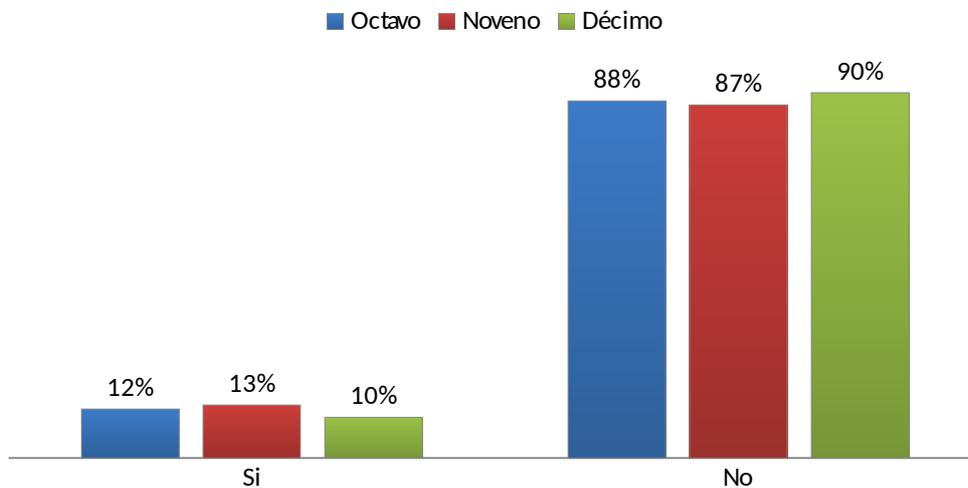


Gráfico 10. Distribución porcentual de pérdida excesiva de cabello en los últimos 3 meses en 8vo, 9no y 10mo año de básica

En el gráfico 10 notamos que no es muy relevante la pérdida excesiva de cabello en las alumnas de octavo, noveno y décimo año de básica. A pesar de que el porcentaje de alumnas que presentaron pérdida excesiva de cabello es muy bajo, igual es preocupante que haya la presencia de éste signo que podría indicarnos que las alumnas podrían estar desarrollando un trastorno de la conducta alimentaria.

En el gráfico 11 podemos observar la comparación entre los resultados del test EAT 26 que nos indica si hay o no riesgo de padecer

un TCA, versus los resultados del porcentaje de adecuación del consumo de calorías de las alumnas de 8vo de básica.

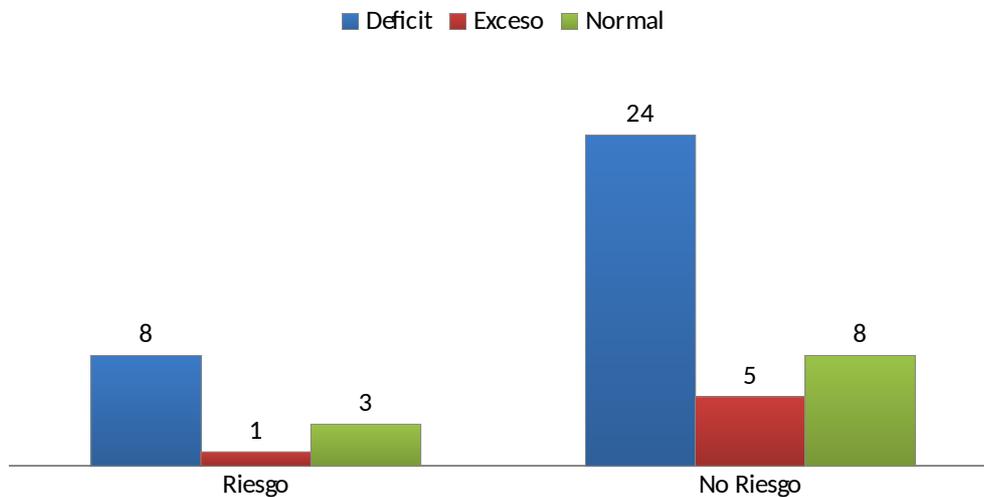


Gráfico 11. Resultados del test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del consumo calórico actual de 8vo año de básica

El gráfico 11 representa la relación entre los resultados del test EAT-26 que indica si hay o no riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, con el porcentaje de adecuación de la ingesta calórica que tuvieron las alumnas. Indicando que dentro del octavo curso prevalecen las alumnas que no tienen tendencia al riesgo de desarrollo de éstas enfermedades. No obstante, podemos observar que sí hay alumnas que se encuentran dentro del grupo de riesgo, y lo más destacable es que dentro de este grupo de alumnas prevalecen aquellas que, su ingesta calórica es deficitaria para el requerimiento calórico adecuado para ellas.

El gráfico 12 nos muestra la comparación entre los resultados del test EAT 26 que nos indica si hay o no riesgo de padecer un TCA, versus

los resultados del porcentaje de adecuación del consumo de calorías de las alumnas de 9no año de básica.

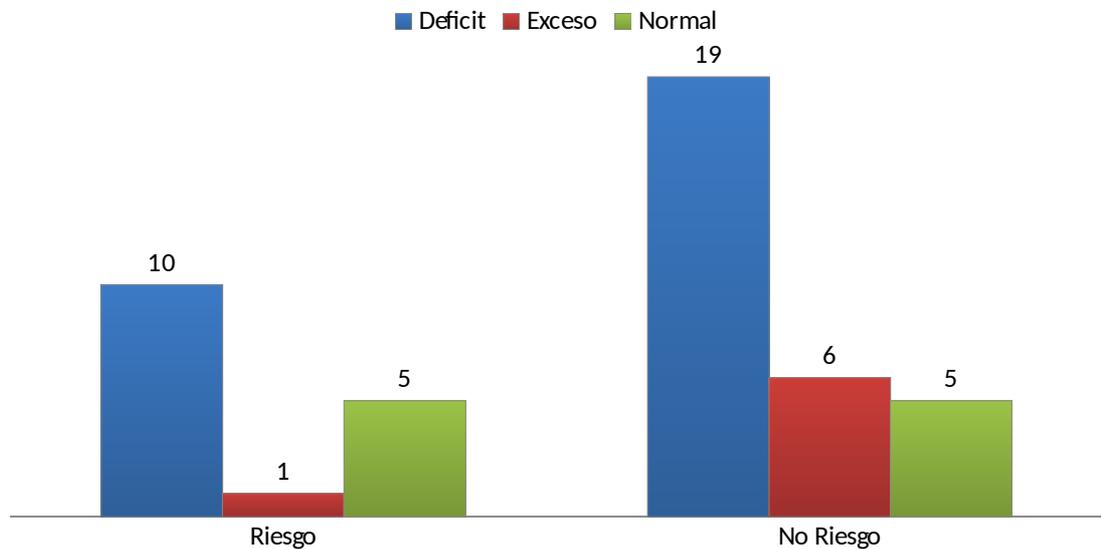


Gráfico 12. Resultados del test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del consumo calórico actual de 9no año de básica

En el gráfico 12 podemos ver que, a pesar de ser pocas las alumnas que presentan riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, dentro del grupo de riesgo, prevalece las alumnas que consumen menos calorías de lo que indica el requerimiento, encontrándose así en déficit de energía. Esto conlleva a conductas alimentarias de riesgo las cuales a su vez están ligadas a los trastornos de la conducta alimentaria.

En el gráfico 13 observamos la comparación entre los resultados del test EAT 26 que nos indica si hay o no riesgo de padecer un TCA,

versus los resultados del porcentaje de adecuación del consumo de calorías de las alumnas de 10mo año de básica.

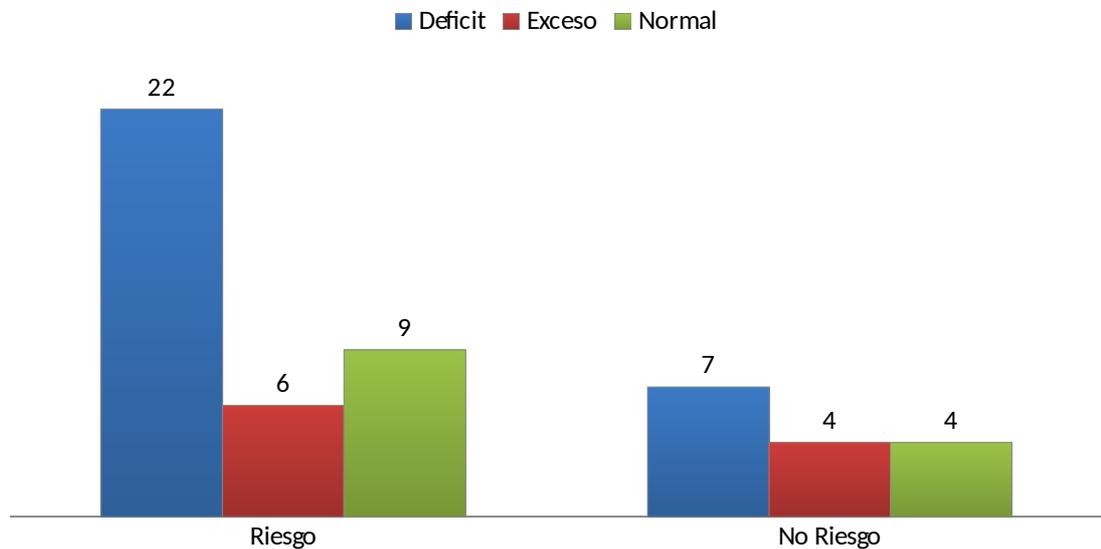


Gráfico 13. Resultados del test EAT-26 vs Porcentaje de adecuación del consumo calórico actual de 10mo año de básica

En el gráfico 13 podemos apreciar que la mayoría de las alumnas de décimo de básica tienen riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, a diferencia de las alumnas de octavo y noveno que la tendencia era el no riesgo. Dentro del grupo de las alumnas que presentan riesgo es evidente que aquellas que sobresalen son las alumnas con ingesta calórica deficiente para el requerimiento diario ideal, lo que da muestra que son alumnas que están consumiendo dietas pobres en calorías y nutrientes, aumentando aún más el riesgo de padecer estas enfermedades.

El gráfico 14 presenta una comparación entre los resultados del Test EAT-26 versus la percepción de la imagen corporal que tuvieron las

alumnas de 8vo año de básica, lo que permite hacer una relación entre el riesgo de desarrollar un TCA y la distorsión de la imagen que las alumnas presentan.

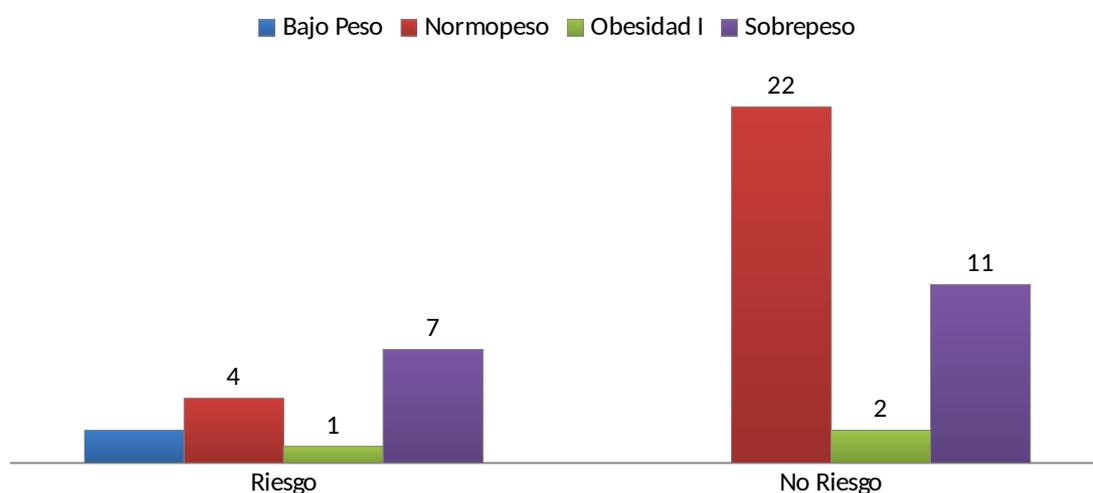


Gráfico 14. Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 8vo de básica

Vemos en el gráfico 14 una relación entre los resultados del test EAT-26 que indica si hay o no riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), junto a la percepción de la imagen corporal que cada alumna indicó que tenía para detectar si presentaban o no distorsión de la imagen corporal. Lo que podemos observar en este gráfico es que el riesgo de desarrollar un TCA es bajo, sin embargo, las alumnas que si presentan riesgo de desarrollar TCA tienen una percepción de ellas mismas de normopeso, y sobrepeso en su mayoría, a pesar de que su IMC esté bajo para la talla, tal como lo mencionamos en un principio.

El gráfico 15 presenta una comparación entre los resultados del Test EAT-26 versus la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 9no año de básica, lo que permite hacer una relación entre el riesgo de desarrollar un TCA y la distorsión de la imagen que las alumnas presentan.

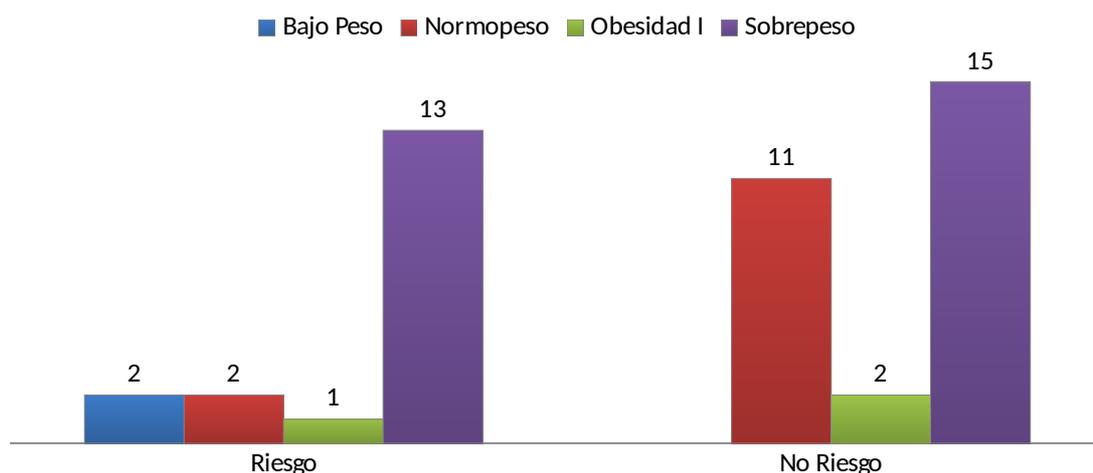


Gráfico 15. Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 9no de básica

Observamos en el gráfico 15 que a pesar de ser pocas las alumnas que se encuentran en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) es alto el número de alumnas que tienen una percepción de ellas mismas de sobrepeso. Esto nos revela que aquellas alumnas que tienen riesgo de desarrollar TCA van a tener mayor tendencia a presentar distorsión de la imagen corporal.

El gráfico 16 presenta una comparación entre los resultados del Test EAT-26 versus la percepción de la imagen corporal que tuvieron las alumnas de 10mo año de básica, lo que permite hacer una relación entre el riesgo de desarrollar un TCA y la distorsión de la imagen que las alumnas presentan.

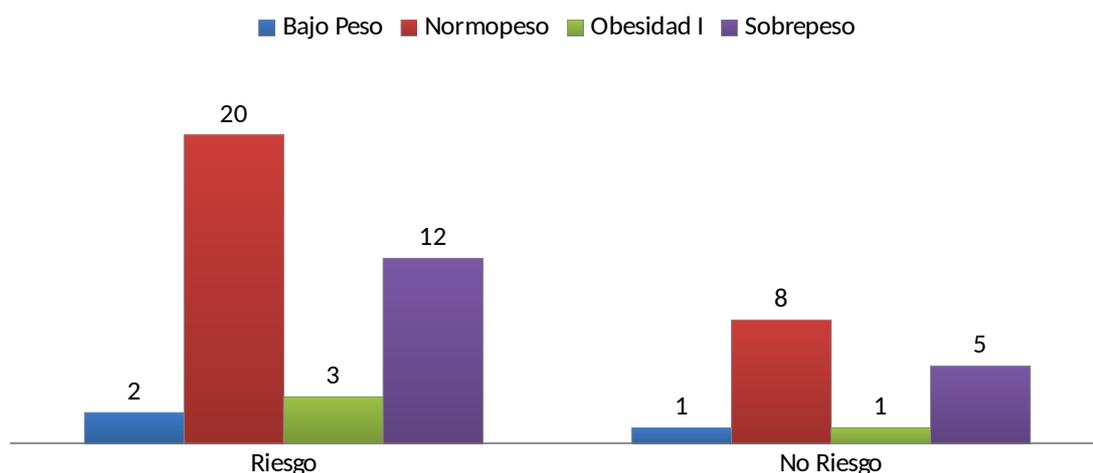


Gráfico 16. Resultados del test EAT-26 vs Percepción de la imagen corporal 10mo de básica

En el gráfico 16 es evidente el alto índice de alumnas que están más predispuestas a desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA) debido al alto número que se encuentran en riesgo. A esto podemos añadir que dentro del grupo de riesgo, la mayor cantidad de alumnas tiene una imagen corporal distorsionada, indicando que presentan sobrepeso y obesidad a pesar de que el Índice de Masa Corporal de éstas alumnas se encuentra su mayoría en bajo peso.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- 1- No se comprobó la hipótesis que las adolescentes de 8vo, 9no y 10mo grado tienen un alto riesgo de desarrollar conductas alimentarias y emocionales que comprometen su estado nutricional
- 2- El bajo peso para la talla es significativamente superior en las adolescentes de menor edad, es decir, las de 8vo grado con un 45% (n=22), sin embargo, no se comprueba este indicador por sí sólo como un factor de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa.
- 3- La ingesta alimentaria fue deficiente en los 3 cursos de estudio, siendo de 65% (n=32) en las alumnas de 8vo grado, 63% (n=29) para las alumnas de 9no grado y de 56% (n=29) en las alumnas de 10mo grado. Esto nos indica que posiblemente están presentando una restricción del consumo calórico. No se encontró diferencias significativas entre los cursos.
- 4- Se pudo detectar que el grupo de alumnas que presentan mayor riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria fueron aquellas de 10mo curso con un 71% (n=37), indicando así que las edades en las que prevalece el riesgo es entre los 13-14 años.
- 5- Las alumnas tuvieron un alto porcentaje de distorsión de la imagen corporal, teniendo una percepción de ellas mismas con una imagen que refleja sobrepeso a pesar que la gran mayoría se encuentran con bajo peso ó normo peso, esto fue significativamente superior en las alumnas de 9no curso con un 64% (n=18).

Recomendaciones:

- Se recomienda a los centros educativos de secundaria aplicar el cuestionario EAT-26 con modificaciones, para detectar el riesgo temprano de desarrollar anorexia ó bulimia nerviosa en las adolescentes.
- Proporcionar información sobre los trastornos de la conducta alimentaria y la importancia de éstos a los padres de familia, ya que con su ayuda se pueden identificar a estudiantes que padecen dichos trastornos.
- Orientar a profesores y directores de las unidades educativas para que elaboren programas escolares destinados a mejorar la alimentación de las estudiantes, proporcionando información que ayude a promover estilos de vida y alimentación saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Asociación Psiquiátrica Americana (2011). Revising the DSM. Estados Unidos: apa.org. [citado 10 de enero 2011]. Disponible en: <http://www.apa.org/monitor/2011/01/dsm.aspx>
2. Barriguete, J (2008). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Odontológica Mexicana*, 12, 3-5.
3. Bazan, N., Dumont, M (2006). Prevalencia de factores de riesgo asociados a Anorexia en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de actividad física y salud. Argentina: plazadedeport.es.com. [citado 7 de octubre 2006]. Disponible en: <http://www.plazadedeport.es.com/imgnoticias/10766.pdf>
4. Becerra, N (2008). Tamización de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Colombia: preventiva.wordpress.com. [citado 21 de febrero de 2008]. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2008/02/21/tamizacion-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-ninos-y-adolescentes/>

5. Behar, R (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chile Neuro-psiquiatría*, 45, 211- 220.
6. Behar, R (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista Médica Chile*, 136, 1589-1598.
7. Brown, J (2006). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (2ª Ed). Estados Unidos: Mc Graw Hill. Págs. 366-373.
8. Coronado, M (2007). Manual práctico para el consumidor sobre Anorexia y Bulimia. España: federacionunae.com. [citado 24 de septiembre de 2007]. Disponible en: http://www.federacionunae.com/DBData/InformesFicheros/27_fi_m anual44.PDF
9. Diez-Hernandez, I (2005). La Anorexia Nerviosa y su entorno socio familiar. España: euskomedia.org. [citado 11 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>
10. Doyen, C., Cook-Darzens, S (2004). *Anorexia y Bulimia: pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia*. España: Amat.
11. Fairburn, C (2003). *Eating Disorders. The Lancet*, 361, 407-416.
12. First, M (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
13. García-Calabrés, F (2010). Guía de atención urgente sobre enfermedad mental. España: copclm.com. [citado 8 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.copclm.com/doc/guia-atencion-enfermedad-mental.pdf>
14. Goldberg, A (2002). Trastornos de la Alimentación: Anorexia, Bulimia y Ortorexia. México: obesidad.net. [citado 12 de junio de 2002]. Disponible en: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>

15. Gómez, P (2001). *Anorexia nerviosa: la prevención en familia* (2ª Ed.). España: Pirámide.
16. Hidalgo, M (2008). Trastornos del comportamiento alimentario, anorexia y bulimia. España: sepeap.org. [citado 10 de diciembre de 2008]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_comportamiento_alimentario_anorexia_bulimia.pdf
17. Lang, J (2000). Eating disorders afflicting men, too. Estados Unidos: customessaymeister.com [citado 15 de marzo de 2000]. Disponible en: <http://www.customessaymeister.com/customessays/Eating%20Disorders/6735.htm>
18. Lenoir, M (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Argentina: scielo.org. [citado 16 de agosto de 2006]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400011
19. Madruga, D., Leis, R (2009). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. España: aeped.es. [citado 7 de febrero de 2009]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
20. Martín, M (2010). Historia mediática de la Anorexia: la construcción inicial del problema a finales de los 90. *Revista de Comunicación y nuevas Tecnologías Ícono* 14, 15, 45-61.
21. Mataix-Verdú, J (2002). *Nutrición y Alimentación Humana*. España: Océano.
22. Mataix-Verdú, J (2009). *Nutrición y Alimentación Humana* (2ª Ed.). España: Ergon.
23. Matzkin, V (2001). Los orígenes de la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa. Argentina: nutrinform.com. [citado 3 de septiembre de 2001]. Disponible en: <http://www.nutrinform.com/pagina/info/anorexi2.html>

24. Mendoza-Chadid, P (2007). Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Colombia: aupec.univalle.edu.co. [citado 13 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/trastornosalimentacion>
25. Morell, M (2006). Enfermedades físicas: La relación entre cuerpo y mente. España: morellpsicologia.com. [citado 4 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.morellpsicologia.com/enfermedad1.htm>
26. Nardone, G (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Italia: Paidós Ibérica.
27. National Eating Disorders Association (2010). Factors that may contribute to eating disorders. Estados Unidos: nationaleatingdisorders.org. [citado 28 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.nationaleatingdisorders.org/factors-may-contribute-eating-disorders>
28. Núñez, P (2003). La Anorexia Nerviosa y la Bulimia, un problema de todos. España: educamadrid.org. [citado 24 de abril de 2003]. Disponible en: http://www.educa.madrid.org/cms_tools/files/229de97f-6e84-4be5-82de-758dda1e9e39/anorexia.pdf
29. Olazarán, M., Oria, E (2008). La detección precoz es esencial para curar la anorexia. España: siis.net. [citado 31 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/hemeroteca/63135.pdf>
30. Ramila, C (2004). Trastornos Alimenticios en relación al nivel socio económico y al género. Guatemala: ufm.edu.gt. [citado 26 de enero de 2004]. Disponible en: <http://www.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>
31. Rava, F., Silber, T (2004). Bulimia Nerviosa (parte 1), Historia, Definición, Epidemiología, Cuadro Clínico y Complicaciones. *Revista Scielo*, 102, 1-2.
32. Rivero, P (2009): Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. España: guiasalud.es.

- [citado 14 de abril de 2009]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf
33. Roca, E (2009). *La bulimia nerviosa y su tratamiento: terapia cognitivo conductual de Fairburn*. España: cop.es. [citado 20 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo2.pdf>
34. Roth, R (2009). *Nutrición y dietoterapia* (9ª Ed). México: McGraw-Hill.
35. Ruiz, P., Sánchez, P (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario*. España: sepeap.org. [citado 16 de marzo de 2005]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_alimentario.pdf
36. Ruiz, P (2010). *Guía Práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria* (2ª Ed.). España: Calidad Gráfica.
37. Salas-Salvadó, J., Bonnada, A (2006). *Nutrición y dietética clínica* (2ª Ed.), España: Elsevier Masson.
38. Serra, L., Aranceta, J (2006). *Nutrición y salud pública* (2ª Ed.). España: Elsevier Masson.
39. Soutullo, C (2011). *Anorexia Nerviosa*. España: cun.es. [citado 11 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/psiquiatricas/anorexia-nerviosa>
40. Téllez, M (2010). *Nutrición Clínica*. México: Manual Moderno.
41. Unikel, C (2010): *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México: inprf.gob.mx. [citado 29 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf
42. Uribe, J (2007). *Anorexia: los factores socioculturales de riesgo*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

43. Urzúa, A., Avendaño, F (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista Scielo*, 37, 282- 292.
44. Urzúa, A., Castro, S (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Scielo*, 38, 128-129.
45. Van Way, C (2005). *Secretos de la Nutrición: Trastornos de la Alimentación* (2ª Ed.). Estados Unidos: Mc-Graw Hill.
46. Velasco, E (2008). Casos de Anorexia y Bulimia se han quintuplicado en México. México: jornada.unam.mx. [citado 29 de enero de 2008]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/01/29/index.php?section=sociedad&article=042n2soc>
47. Vellisca, M (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs Tardío. *Revista Clínica y Salud*, 23, 111-121.
48. Verdugo, M (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Revista Salud Mental*, 25, 68 -77.
49. Weissberg, K (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México: Colonia Roma.
50. Winston, A (2008). Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. Inglaterra: rcpsych.ac.uk. [citado 8 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>
51. World Health Organization (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Estados Unidos: who.int. [citado 20 de junio de 2004]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA A LOS DIRECTIVOS DE LOS COLEGIOS

Babahoyo, Abril del 2013

Rector

P. Juan Flores

Colegio Padre Marcos Benetazzo

Babahoyo.-

Estimado Padre Juan Flores,

Por medio de la presente me dirijo a usted solicitando su autorización para poder realizar una investigación de tesis titulada: “Riesgo de desarrollo de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en féminas de 11 a 14 años en tres centros escolares de la ciudad de Babahoyo”.

La investigación está dirigida a las adolescentes de entre 11 y 14 años de edad de 8vo, 9no y 10mo de básica. La metodología de la misma consiste en tomarles el peso, la talla y realizar una encuesta la cual contiene preguntas sobre sus hábitos alimentarios y de conducta. Los representantes de las estudiantes recibirán el adjunto (documento de consentimiento informado) para autorizar la participación de sus representadas. En el caso que una estudiante durante el estudio quisiera abandonar el mismo, está en todo su derecho de hacerlo.

Agradeciendo la ayuda brindada me despido.

Atentamente:

María Auxiliadora Quincha Faytong

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Yo, ----- representante de la alumna:----- acepto voluntariamente y autorizo a **María Auxiliadora Quincha Faytong** para que mi representada forme parte de la investigación: **“Riesgo de desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa en féminas de 11 a 14 años de tres centros escolares de la ciudad de Babahoyo.”**

Dicho procedimiento consiste en realizar una evaluación antropométrica cuya técnica se basa en la medición del peso corporal en kilogramos y la talla en metros, además de una encuesta que consta de 30 preguntas las cuales son referentes a hábitos y actitudes alimentarias que posee el estudiante, con el fin de detectar el posible riesgo de desarrollar Anorexia o Bulimia en esta etapa estudiantil.

La duración de la participación de la muestra será de 4 semanas, los datos serán confidenciales, es decir, anónimos y no tendrá valor económico alguno.

Dentro de los beneficios de esta investigación está la detección precoz de desarrollar trastornos alimentarios como Anorexia o Bulimia, ya que, en caso que se encuentren factores de riesgo se comunicará inmediatamente a los padres, por lo que éstos se asocian con mayor probabilidad de aparición, mayor gravedad y mayor duración de la enfermedad. En cuanto a los riesgos que pueda traer el someterse a ésta investigación no existen, en todo caso, la intervención debe ponerse a consideración de los padres.

Ante cualquier inquietud o duda se deberá consultar a **María Auxiliadora Quincha Faytong**, responsable de la realización de esta investigación. Número de teléfono: 082732057, correo electrónico: mariuxiqf@hotmail.com

Declaro que he sido informado plenamente sobre los beneficios, riesgos y las posibles complicaciones de la investigación que se me ha descrito y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Doy mi consentimiento para que se realice algún tipo de intervención complementaria que sea necesaria y conveniente durante la investigación que a juicio de los profesionales se estime oportuno y de fotografiar o filmar el procedimiento que se va a realizar con la posterior utilización con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

Firma
María Auxiliadora Quincha

Firma
del representante

Fecha:

ANEXO 3: ENCUESTA REALIZADA A LAS ALUMNAS

ENCUESTA SOBRE NUTRICIÓN EN ADOLESCENTES

EDAD: _____ CURSO: _____ COLEGIO: _____

1. FICHA ANTROPOMETRICA:

PESO (KG):	TALLA (MTS):
IMC (KG/M ²):	DIAGNOSTICO IMC:

2. ENCUESTA DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONDUCTAS

EMOCIONALES:

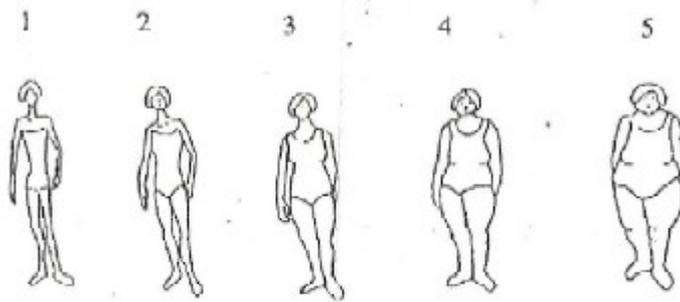
Elija una respuesta para cada una de las siguientes preguntas:

	Siempre	Casi siempre	Frecuente	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Te irritas con facilidad ó tienes cambios de humor bruscos cuando tienes ansiedad por comer						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido						

calórico de los alimentos						
7. Cuando me miro al espejo me veo gorda (sobrepeso)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos ó light						

18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. He hecho dieta 2 ó más veces en mi vida						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Eres muy perfeccionista y exigente contigo misma						
26. He usado métodos purgativos como laxantes o diuréticos después de haber comido						

27. Cuando te miras al espejo, ¿cómo te ves? Selecciona una de las siguientes imágenes:



28. Tus períodos menstruales se caracterizan por ser:

regulares irregulares

29. ¿Has presentado tu período menstrual en los últimos 3 meses?

sí no

30. ¿Has presentado pérdida excesiva de cabello en los últimos 3 meses?

sí no

3. ENCUESTA DE INGESTA DE ALIMENTOS

Trate de recordar todos los alimentos y bebidas que consumió ayer y sus cantidades.

Desayuno
Alimentos :
Media mañana (entre comidas)
Alimentos:

Almuerzo
Alimentos:
Media tarde(entre comidas)
Alimentos:
Cena
Alimentos:

ANEXO 4: Clasificación del Índice de Masa Corporal según OMS 2012.

RESULTADOS DEL IMC	ESTADO
Menos de 18.49	Bajo Peso
18.50 a 24.99	Peso Normal
25 a 29.99	Sobrepeso
30 a 34.99	Obesidad Leve ó Grado I
35 a 39.99	Obesidad Media ó Grado II
40 ó Más	Obesidad Mórbida ó Grado III

Fuente: OMS, 2012.

ANEXO 5: Requerimientos calóricos para adolescentes

Género	Edad (años)	Energía (kcal/día)
Femenino	11-14	2200
Femenino	15-18	2200
Femenino	19-24	2200

Fuente: NRC. Food and Nutrition Board, 2007