



RESUMEN

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO LA PROVIDENCIA DE LA CIUDAD DE AZOGUES 2010 – 2011

Objetivo: Identificar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes entre 10 a 19 años de edad del Colegio Particular Mixto “La Providencia” de la ciudad de Azogues durante el año lectivo 2010 – 2011.

Método y Materiales: Se realizó un estudio de prevalencia, tipo cuantitativo descriptivo a los estudiantes del Colegio “La Providencia” periodo lectivo 2010 – 2011, a todo el universo(556estudiantes). En donde se identificaron casos de trastornos alimentarios y los presencia de factores de riesgo tanto familiares, biológicos, ambientales y socio-culturales.Los datos fueron obtenidos mediante la realización de cuestionarios a los estudiantes, que posteriormente fueron verificados, tabulados y analizados mediante tablas y gráficos realizados en Excel.

Resultados: Nuestro estudio muestra una prevalencia de trastornos alimentarios de un 3,78%, el 2.7% son mujeres y el 1,08% son hombres. También notamos que existe mayor prevalencia en adolescentes de 12 y 13 años.El 18,35% presentó algún factor riesgo para trastornos alimentarios, predominan los factores familiares y ambientales (61,03%), pero de estos solo el 2,88% presentan algún tipo de trastorno. Hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de trastornos alimentarios en el grupo 12 y 13 años (4,14% para cada uno) y de la zona urbana.En cuanto al IMC pudimos observar que el 64,21% se encuentra dentro de lo normal, mientras que un 21,4% presenta bajo peso, un 13,49% tienen sobrepeso y un 0,9% presenta obesidad.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENTES, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ENCUESTAS NUTRICIONALES, EDUCACIÓN SECUNDARIA, AZOGUES-ECUADOR.



SUMMARY

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS WHO STUDY AT PROVIDENCIA HIGH SCHOOL IN THE CITY OF AZOGUES 2010-2011.

Objective: To identify the prevalence of disorders of eating behavior in 10 to 19 years old adolescents, Of Colegio Particular Mixto “La Providencia” from Azogues, during the school year 2010-2011.

Method and Materials: A kind of study quantitative descriptive of prevalence was made, to entire universe of students (556) from Providencia high school, in the academic period 2010-2011.

Cases of eating disorders and the presence of risk factors, such as relatives, biological, environmental and socio-culture were identified.

Data were obtained giving questionnaires to students, wich were later verified, tabulated and analyzed through tables and charts in Excel.

Results: Our study shows a prevalence of eating disorders in a 3,78%, of adolescents, 2.7% are women and 1,08% are men. Also,we realized that there is a greater prevalence in 12 and 13 years old adolescents. 18,35% presented some risk factor for eating disorders, relatives and environmental factor predominated with a 61,03%, but only a 2,88% have any kind of disorder. There was a tendency of increased risk of disordered eating behavior in 12 and 13 years old adolescents (4,14% for each one) and the urban area. In relation to body mass index we could observe that the 64,21% is within the normal range, while a 21,4% are underweight, a 13,49% have overweight and a 0,9% presents obesity.

KEY WORDS: ADOLESCENTS, DISORDERED EATING BEHAVIOR, NUTRITIONAL TESTS, EDUCATION SECUNDARY, AZOGUES-ECUADOR.



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	12
CAPÍTULO I.....	14
1.- MARCO TEÓRICO	14
1.1.-CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.....	14
1.2.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	14
1.2.1.- CONCEPTO	14
1.2.2.- EPIDEMIOLOGÍA	15
1.2.3.- FACTORES DE RIESGO	16
1.3.-BULIMIA.....	19
1.3.1.- DEFINICIÓN	19
1.3.2.- EPIDEMIOLOGÍA	19
1.3.3.- ETIOPATOGENIA	19
1.3.4.- SÍNTOMAS:	20
1.3.5.- SUBTIPOS.....	21
1.3.6.- DIAGNÓSTICO.....	21
1.3.7.- COMPLICACIONES	22
1.3.8.- EXÁMENES DE LABORATORIO.....	22
1.3.9.- TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:.....	23
1.3.10.- PRONÓSTICO.....	23
1.3.11.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	24
1.4.-ANOREXIA NERVIOSA.....	24
1.4.1.- CONCEPTO	24
1.4.2.- EPIDEMIOLOGÍA	24
1.4.3.- ETIOPATOGENIA	24
1.4.4.- FISIOPATOLOGÍA.....	26
1.4.5.- CUADRO CLÍNICO.....	28
1.4.6.- COMORBILIDAD	30
1.4.7.- SUBTIPOS.....	30



1.4.8.- DIAGNÓSTICO.....	31
Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIV).....	31
1.4.9.- EXÁMENES DE LABORATORIO.....	32
1.4.10.- PRONÓSTICO.....	33
1.5.-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS	33
1.5.1.- Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	33
1.5.2.- EPIDEMIOLOGÍA	34
1.5.3.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	34
1.5.4.- SÍNTOMAS Y SIGNOS FÍSICOS DE ALARMA.....	35
1.5.5.- SÍNTOMAS Y SIGNOS CONDUCTUALES DE ALARMA	36
1.6.- VIGOREXIA	36
1.6.1.- DEFINICION	36
1.6.2.- CAUSAS	37
1.6.3.-TRATAMIENTO	38
1.7.- ORTOREXIA.....	38
1.8.- IMAGEN CORPORAL	39
1.8.1.- DEFINICION	39
1.8.2.- LA IMAGEN CORPORAL, QUE TAMBIÉN SUELE DENOMINÁRSELE AUTOESTIMA CORPORAL, SE VA A DESARROLLAR BAJO LA INFLUENCIA DE LOS SIGUIENTES FACTORES:.....	40
1.8.3.- CONDUCTAS ERRÓNEAS.....	41
1.9.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL:.....	41
CAPÍTULO II.....	43
2.- OBJETIVOS.....	43
2.1.- Objetivo General.....	43
2.2.- Objetivos Específicos	43
CAPÍTULO III.....	44
DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1.- Tipo de Estudio.....	44
3.2.- Área de Investigación.....	44
3.3.- Universo.....	44



3.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	45
3.5.- MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS.....	47
3.5.1.- Fuentes de Información:.....	47
3.5.2.- Técnicas para la Recolección de la Información.....	47
3.6.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	47
3.7.- Consideraciones éticas.....	48
CAPÍTULO IV	49
RESULTADOS Y ANALISIS.....	49
CAPÍTULO V	65
DISCUSIÓN	65
CAPÍTULO VI	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
6.1. CONCLUSIONES	69
6.2. RECOMENDACIONES.....	70
CAPÍTULO VII	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	77
ANEXO 1.....	77
ASENTIMIENTO.....	77
CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
ANEXO 2.....	79
CUESTIONARIO PARA LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA PROVIDENCIA	79
ANEXO 3.....	81
Índice de masa corporal/Edad, 10 a 19 años. Desvíos estándar.....	81



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO LA
PROVIDENCIA DE LA CIUDAD DE AZOGUES 2010 – 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: SANDRA LARREA ROMERO
ADRIANA LEMA BURI**

DIRECTORA: DRA. EDITH VILLAMAGUA

ASESOR: DR. PABLO CORDERO

**CUENCA – ECUADOR
2011**



RESPONSABILIDAD

El contenido del presente trabajo es de absoluta y única responsabilidad de las autoras.

Sandra Agustina Larrea Romero

CI: 0301633210

Adriana Paola Lema Burí.

CI: 0302167721



AGRADECIMIENTO

A puertas de concluir el sueño más anhelado por nosotras como es el de graduarnos de medicas; queremos agradecer primeramente a Dios por habernos brindado el regalo más grande que es la vida y darnos la vocación para seguir una de las carreras más noble y humanitaria como es la medicina.

De igual manera queremos agradecer a nuestros directores de tesis porque día tras día nos brindaron su apoyo, transmitieron sus conocimientos y guía para llevar a cabo nuestra tesis y concluirla de la mejor manera.

No podemos olvidar a nuestros profesores, personal administrativo, directivos de nuestra querida universidad, pero de manera especial queremos agradecer a nuestros padres que con su apoyo, constancia y dedicación nos han sabido guiar siempre por el mejor camino, enseñándonos que debemos siempre luchar por nuestras metas hasta alcanzarlas y cumplir nuestros sueños para lograr la felicidad.

Las Autoras



DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a:

Dios por brindarnos la vida.

Nuestros padres por apoyarnos siempre.

A nuestros hermanos que nos han apoyado a lo largo de la vida.

Profesores por transmitirnos su conocimiento durante toda la carrera.

Las Autoras



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida con gran vulnerabilidad a la aparición de trastornos psicológicos, en la actualidad uno de los principales problemas que aquejan a los adolescentes son los trastornos de la conducta alimentaria. Las categorías definidas como trastornos de la conducta alimentaria son: la bulimia nerviosa purgativa o no purgativa, la anorexia nerviosa, purgativa o restrictiva y los trastornos alimentarios no especificados (1).

La anorexia nerviosa lleva a un estado de inanición (depauperación física extrema, provocada por la privación o insuficiencia en la ingesta de alimentos) y emaciación (enflaquecimiento extremo debido a la enfermedad), perdiéndose de un 15 a un 60 % del peso corporal ideal del individuo. La mitad de estos pacientes reducen el peso restringiendo severamente su ingesta alimentaria; esto se conoce como anorexia restrictiva. La otra mitad de los pacientes anoréxicos mantienen la inanición mediante la purgación, lo que se conoce como anorexia purgativa. Aunque ambos tipos son graves, el tipo purgativo impone estrés adicional a un cuerpo desnutrido y es el más dañino (15).

La bulimia nerviosa, es más común que la anorexia, en la que existen atracones, acompañado generalmente de un comportamiento purgativo. La bulimia nerviosa empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres adolescentes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos los pacientes se purgan vomitando o tomando laxantes, anorexígenos y/o diuréticos. Los pacientes también pueden revertir a dietas severas, las cuales se tornan de nuevo en excesos, si es que no llega a convertirse en anoréxica/o.

Con las purgas se pierde un promedio de 1000 calorías, pero durante un atracón pueden llegar a ingerir entre 1000 a 20000 calorías, dándose un promedio de 14 episodios de atracón-purgación por semana. (15)

En la bulimia de tipo purgativo el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (15)



En la bulimia de tipo no purgativo el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes u otros. (15)

Una tercera categoría denominada trastornos de la alimentación no especificados fue establecida para definir los trastornos no definidos específicamente como anorexia y bulimia. Esta categoría incluye a personas que no cumplen criterios según el DSM-IV establecidos para la anorexia o bulimia. (1)

Una serie de factores sociales y culturales aumentan la predisposición e incluso son capaces de desencadenar los trastornos de la conducta alimentaria. La presión social que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad, la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.(1)



PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos de la alimentación son patologías que incrementaron en mayor medida su incidencia en los últimos años. La mayoría de personas afectadas por estos trastornos son mujeres adolescentes, si bien cada vez es mayor la prevalencia en hombres y adultos. (3)

La anorexia y la bulimia son trastornos psicológicos que pueden comenzar como una adicción a la dieta. Estos trastornos de la conducta alimentaria se dan principalmente entre mujeres entre 11 a 18 años, pero pueden aparecer también en mujeres de hasta 25 años.

Este trastorno puede causar múltiples daños tanto psicológicos como físicos, e inclusive llegar a la muerte por inanición. (4)

Se calcula que un 0.5 a 3 % de adolescentes tiene anorexia nerviosa y estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes sanas con conductas alimentarias anormales o con preocupación anormal por el peso corporal. La edad promedio es de 13,75 años y se desarrolla mucho más en mujeres, con una proporción de 9 a 1. En el caso de la bulimia, se estima que de un 0.6 a un 13% padecen el trastorno, también en mayor medida las mujeres mayores de 18 años. (8)

Tan sólo en EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios; de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, se estima que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa afectan aproximadamente 1.2 millones de mujeres en ese país. (3).

Debido al incremento de los trastornos alimentarios en adolescentes a nivel mundial en los últimos años, el impacto que ha tenido sobre la salud en este grupo de personas y al no contar con estudios en la ciudad de Azogues



consideramos necesario realizar este trabajo con el cual podremos conocer la realidad de estos trastornos en uno de los colegios en donde se han registrado casos de los mismos.



CAPÍTULO I

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.-CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud OMS define la adolescencia como la etapa que va desde los 10 a 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (44)

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psicosociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar, y dentro del mismo sexo los cambios suelen comenzar a los 12 años en las mujeres y en los hombres a los 14 años de edad. (44)

1.2.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.2.1.- CONCEPTO

Los Trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades provocadas por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida (24).

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose dependiente de esa idea. (24).



Los trastornos de la alimentación pueden causar problemas cardíacos y renales e incluso la muerte (19).

1.2.2.- EPIDEMIOLOGÍA

En los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada 200 adolescentes de entre 12 y 14 años y aunque las mujeres adolescentes (entre 10 y 19 años) siguen siendo el colectivo más afectado, los varones, las mujeres maduras y los niños/as menores de 12 años comienzan a agregarse a la lista (24).

Estudios en Estados Unidos de América y Europa Occidental encontraron una tasa de prevalencia promedio de 0.3% para anorexia nerviosa, de 1% para bulimia nerviosa en mujeres adolescentes y 0.1% para bulimia nerviosa en hombres adolescentes (32).

En los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para anorexia nerviosa y del 2-3% para bulimia nerviosa; ambos porcentajes corresponden a mujeres adolescentes. La incidencia para la anorexia nerviosa es de 5-10/100.000 de la población mundial. No obstante, la prevalencia puede ser mayor en determinadas profesiones como modelos, bailarinas y gimnastas de competición (6).

Se calcula que un 0.5 a 3% de adolescentes y mujeres jóvenes tiene anorexia nerviosa y estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes sanas con conductas alimentarias anormales o con preocupación anormal por el peso corporal. En el caso de la bulimia, se estima que de un 0.6 a un 13 % padecen el trastorno, también en mayor medida las mujeres mayores de 18 años (32).

En adolescentes españolas se ha reportado una prevalencia que fluctúa entre 0.3 y 0.45% para anorexia nerviosa, 0.41 y 0.8% para bulimia nerviosa, 3.1 y 4.71% para trastornos alimentarios no específicos; entre 4.1 y 5.17% de la población total sufre algún trastorno de la conducta alimentaria. (32)



Estudios realizados en España en la población de mayor riesgo como son las mujeres entre los 12 y 21 años se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,69% para la anorexia nerviosa, del 0,41% al 1,38% para la bulimia nerviosa y del 2.76% al 4,86% en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La prevalencia de los trastornos alimentarios es de 4,1 al 6,41%. (37)

En el caso de varones adolescentes aun aunque existen menos estudios se obtiene una prevalencia de 0% para la anorexia nerviosa, del 0 al 0,36% para la bulimia nerviosa y del 0,54% al 0,77% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificado. (37)

1.2.3.- FACTORES DE RIESGO

1.2.3.1.- FACTORES PERSONALES:

- Ser mujer, debido a la mayor importancia que el ideal estético tiene en la valoración que la sociedad hace de ella.
- Ser adolescente, ya que durante esta época se es más vulnerable a las críticas y valoraciones que los demás hacen de uno, y también se producen muchos cambios.
- Haber padecido sobrepeso u obesidad durante la infancia, que ocasionaron burlas entre los amigos o adultos.
- Tener tendencias depresivas, sufrir trastornos de ansiedad.
- Haber elegido alguna afición o carrera que conceda gran importancia al peso como el modelaje, el atletismo, el físico culturismo, la danza y la equitación entre otras.
- Ser perfeccionista y exageradamente autocrítico.
- Baja autoestima, sensibilidad extrema y temor de enfrentar situaciones y conflictos.
- Elevado rendimiento escolar y tendencia a sobrecarga de actividades.
- Trastornos de la personalidad (conductas impulsivas, compulsivas, depresiva).
- Disminución de Serotonina. (6) (13)



1.2.3.2.- FACTORES FAMILIARES Y AMBIENTALES:

- Tener familiares obesos o que padezcan algún desorden alimentario.
- Tener antecedentes familiares de trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- Antecedentes de abuso sexual, malos tratos o abandono.
- Familias que conceden una gran importancia al cuidado de la imagen externa y que tienen expectativas demasiado altas para sus hijos.
- Los perjuicios y mala interpretación de los valores.
- Personas con familias sobre protectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. (13) (39)

1.2.3.3.-FACTORES SOCIOCULTURALES:

- La presión social que existe alrededor de la figura y del adelgazamiento, debido a que la moda y la publicidad incitan más a adelgazar que a mantener una buena salud.
- La discriminación y burla hacia los obesos en todos los ámbitos de la vida como escuela, trabajos, amigos, centros recreativos, transportes públicos y de diversión.
- La difusión a través de revistas y páginas de Internet pro-anorexia.
- Inadecuado manejo de campañas contra la obesidad estipuladas por las secretarías de salud a favor de tener una mejor calidad de vida, y manejando que para ello, se debe conservar una figura delgada, lo que ha motivado una serie de dietas milagrosas y mágicas que en lugar de ayudar ponen en riesgo la salud.
- Es claro que ciertas profesiones tiene gran influencia en la alimentación de quienes la ejercen, obviamente mucho más influencias tienen quienes viven de la imagen corporal, por ejemplo; los bailarines de ballet deben mantener un peso bajo y sus músculos deben ser muy definidos, así mismos pasa con los modelos. (13) (39)

1.2.3.4.- FACTORES PSICOLÓGICOS

- Las personas con trastornos alimentarios tienden tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos



se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control. (43)

1.2.3.5.- FACTORES BIOLÓGICOS

- **Influencias genéticas:**Un estudio con 2.000 gemelos concluyen que en la bulimia existe un 83% de influencia genética mientras que ésta es de un 5% en el caso de la anorexia. Los investigadores destacan, no obstante, que los factores genéticos no son suficientes para provocar que una adolescente desarrolle bulimia o anorexia e insisten en que los factores ambientales, o determinadas experiencias traumáticas, son los que pueden precipitar que una persona con predisposición a padecer estas enfermedades acabe finalmente por desarrollarlas (Universidad de Pittsburgh, EEUU). (9)
- **El rol de la serotonina:** Algunos estudios ha demostrado alteraciones en la actividad de la serotonina en este estado patológico, además que estas alteraciones de la serotonina permanecen considerablemente persistentes después de la recuperación en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Cuatro de seis estudios han demostrado que la gente con anorexia nerviosa tiene una moderada pero incrementada frecuencia de un gen que codifica para un receptor serotoninérgico anormal. (36)

Las personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa responden a los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, aunque en algunas personas con anorexia nerviosa no parecen responder bien a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina cuando ellas están desnutridas y con peso bajo. La falta de respuesta a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en pacientes desnutridos puede deberse al hecho de que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son solo efectivos cuando hay suficiente serotonina en el cerebro, porque estas drogas trabajan primero en este lugar. (36)



- **Triptófano:** precursor de la serotonina es el triptófano, un aminoácido esencial que está presente en ciertos alimentos. Aunque es difícil tener una dieta que no contenga al menos algo de triptófano, es una forma para reducir los niveles corporales de triptófano y por consiguiente de serotonina. Esto resulta en la reducción de la disponibilidad del triptófano hacia el sistema nervioso central y reduce la actividad de la serotonina. (36)

1.3.-BULIMIA

1.3.1.- DEFINICIÓN

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a la adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso (autoinducción del vómito, mal uso de laxantes, enemas, o medicamentos que producen un incremento en la producción de orina, ayuno o ejercicio excesivo). (6) (44)

1.3.2.- EPIDEMIOLOGÍA

Este trastorno alimentario es dos a tres veces más frecuente que la anorexia nerviosa (29).

La prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes y las jóvenes es del 1-3%. Generalmente se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El 90% son mujeres. Se presenta más en personas que viven en países desarrollados y en estratos socioeconómicos altos (12).

Entre un uno y un 4 por ciento de las mujeres de Estados Unidos se les ha diagnosticado bulimia (44).

1.3.3.- ETIOPATOGENIA

La bulimia nerviosa parece ser producida por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. A diferencia de lo que ocurre en pacientes con anorexia nerviosa las pacientes con bulimia, tienden a ser más impulsivas y a tener inestabilidad en los estados de ánimo, rasgos que se acentúan con la



enfermedad. En las familias de las pacientes bulímicas hay una mayor expresión de sentimientos negativos, más conflictos y más inestabilidad. (12)

Los factores sociales involucrados en el desarrollo de la enfermedad, son la sobrevaloración de la delgadez en la mujer como un poderoso elemento cultural que favorece que en individuos y familias vulnerables, los conflictos se localicen en el peso y la imagen (12).

Del 30 al 50% de los adolescentes bulímicos también cumplen los criterios de la anorexia nerviosa al inicio de su enfermedad (38).

La bulimia puede surgir por diversos motivos en especial los estados emocionales adversos, las dificultades en las relaciones y la sensación de hambre que se da por las restricciones en la alimentación realizadas durante el día (24).

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal (43).

1.3.4.- SÍNTOMAS:

- Usualmente un peso corporal bajo o normal (la persona se ve gorda)
- Episodios recurrentes de atracones de comida, acompañada por sentimientos de baja autoestima o depresión los que desencadenan nuevos episodios de atracones.
- Autoinducirse el vómito.
- Ejercicio excesivo o ayunar.
- Uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros purgantes.
- Temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal y el pensamiento reiterativo en alimentos.
- Cicatrices en la parte posterior de los dedos debido al proceso de autoinducirse el vómito.
- Preocupación por los alimentos, el peso y la forma del cuerpo.
- Menstruaciones irregulares. (12) (24) (44)



Todo ello puede producir en la/el enferma/o una serie de consecuencias físicas y del comportamiento:

- Lesiones en las manos por los vómitos autoprovocados.
- Vómitos y diarreas incontrolables, dolores de abdomen, cólicos, intestino perezoso y mala absorción de ciertos nutrientes.
- Subidas y bajadas de peso.
- Obsesión por la comida.
- Depresiones y amenaza de suicidio.
- Aislamiento social.
- Falta de autoestima. (24)

1.3.5.- SUBTIPOS

TIPO PURGATIVO: Durante este subtipo describe la persona se ha provocado el vómito o ha hecho mal uso del laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. (1)

TIPO NO PURGATIVO: En este subtipo describe la persona ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayudar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio. (1)

1.3.6.- DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de la bulimia nerviosa se basa en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIV). Estos criterios incluyen:

1. **Episodios recurrentes de atracones.** Un episodio de atracón se caracteriza por:
 - Ingesta en un corto período de tiempo (ej. dentro de 2 horas), de una gran cantidad de comida, muy superior a lo que la mayoría de



la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

- Sensación de pérdida de control sobre lo que ingiere durante el episodio.

2. **Conductas inapropiadas para prevenir la ganancia de peso**, tales como vómitos autoinducidos, empleo de laxantes o diuréticos, dietas o ayunos estrictos o ejercicio prolongado.

3. **Los episodios de atracones y conductas inapropiados ocurren al menos 2 días a la semana durante 3 meses.**

4. **Preocupación continúa por la forma o el peso corporal.**

5. **Ausencia de una anorexia nerviosa.** (12)

1.3.7.- COMPLICACIONES

Las complicaciones en las pacientes con bulimia nerviosa ocurren fundamentalmente por los vómitos autoinducidos y por la ingesta de laxantes y diuréticos que pueden producir esofagitis o síndrome de Mallory - Weiss (12).

Las anomalías hidroelectrolíticas más comunes son la hipocalcemia, hipocloremia y alcalosis metabólica estas a su vez pueden producir alteraciones cardíacas y renales (12).

1.3.8.- EXÁMENES DE LABORATORIO.

Electrolitos plasmáticos (Na, Cl, K), nitrógeno ureico, creatinina, BUN, gases venosos, hemograma, glicemia y ECG (12) (14).

Los electrolitos pueden estar disminuidos por las conductas purgativas (14).



1.3.9.- TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:

Al igual que la anorexia la bulimia trata con terapias individuales y familiares y con una modificación del comportamiento y rehabilitación nutricional disminuir los episodios de atracones y evitar de esa manera los vómitos o las otras conductas compensatorias (12) (44)

Debido a que los pacientes con esta patología tienen un peso habitualmente normal, la educación nutricional tiene los siguientes objetivos (44):

1. Volver a una alimentación normal y relajada, lo que debe incluir todo tipo de alimentos.
2. Evitar los períodos de restricción alimentaria o ayuno prolongado.
3. Aprender a tolerar un peso tal vez mayor al deseado.

La hipocalcemia bajo 3,2 mEq/l debe ser corregida con suplementos de potasio oral. Si continúa bajo o existen trastornos indudables de equilibrio ácido-base puede ser necesario manejo intrahospitalario (44)

El tratamiento psiquiátrico dependerá de la edad de la paciente. El tratamiento farmacológico tiene una efectividad moderada sobre los síntomas bulímicos. Los antidepresivos con eficacia demostrada en el tratamiento de este trastorno del apetito son la fluoxetina, la desipramina y la imipramina, este tratamiento debe ser indicado y supervisado por especialista (44)

1.3.10.- PRONÓSTICO

Generalmente malo porque un alto porcentaje (30-80%) de las pacientes con bulimia nerviosa tienden a presentar nuevos episodios de atracones y/o vómitos autoprovocados en su vida y un porcentaje bajo (5-15%) continuará abusando de laxantes o diuréticos (41).



1.3.11.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La bulimianerviosa deber ser diferenciada de:

1. Trastornos del tracto digestivo superior, que pueden producir vómitos repetidos.
2. Alteración más profunda de la personalidad, ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con una dependencia al alcohol y conducta antisocial.
3. Trastornos depresivos. (6)

1.4.-ANOREXIA NERVIOSA

1.4.1.- CONCEPTO

La anorexia nerviosa está determinada por una pérdida de peso relevante (desnutrición) generalmente decidida voluntariamente. Los fenómenos centrales son el temor a engordar y las alteraciones de la imagen corporal. La desnutrición afecta a todos los órganos y sistemas, y es el eje neurohumoral sexual el que da señales de alarma (amenorrea). (14)(25)

1.4.2.- EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad en occidente padecen de este trastorno del 0.5 – 1% de las muchachas adolescentes. Por cada 9 o 10 mujeres hay un varón anoréxico. Más del 90% de los casos de la anorexia nerviosa se observa en mujeres. (14)

1.4.3.- ETIOPATOGENIA

Es un trastorno en el que inciden múltiples causas.

1.4.3.1.- FACTORES PREDISPONENTES

- Concordancia gemelar, estudios han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos,



revelando un factor genético molecular, susceptible a activarse con la desnutrición.

- Pubertad y la adolescencia, debido a los cambios emocionales y psicosociales implicados en la reevaluación estética del propio cuerpo.
- Personalidad previa (perfeccionismo, rigidez, escasa empatía y baja autoestima).
- Con frecuencia este trastorno aparece en familias conflictivas y con psicopatología previa a su aparición, especialmente depresiones, trastornos de ansiedad, alcoholismo y trastornos del comportamiento alimentario.
- Influencias socioculturales, el “anhelo de delgadez”. Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos: modas de vestir, producción y venta de productos y servicios adelgazantes con su publicidad, rechazo a la obesidad y el sobrepeso, famosos encarnados en cuerpos delgados, medios de comunicación.
- Trastornos de ansiedad o depresión, estancias en países con otros hábitos alimentarios.
- La homosexualidad masculina. (14) (25)

1.4.3.2.- FACTORES DE MANTENIMIENTO

- Las consecuencias biológicas y psico-biológicas de la desnutrición constituye el principal factor de mantenimiento y dan lugar a los síntomas y signos propios de la inanición y la alteración del apetito, emociones y la obsesividad.
- Actividad física excesiva, que afecta a la regulación del apetito y la obsesividad. Algunas actividades, como gimnasia rítmica y la danza, son de alto riesgo.
- Dietas restrictivas.
- El sexo femenino sufre la presión social a favor de una silueta delgada y es más proclive a trastornos emocionales. (14) (25)



1.4.4.- FISIOPATOLOGÍA

Esencialmente, la fisiopatología de la anorexia nerviosa es la del ayuno, purga, intoxicación hídrica y síndrome de realimentación. (19)

1.4.4.1.- Ayuno

Intento del organismo de adaptarse a la falta de alimento. El descenso notable del metabolismo puede verse como un intento de mantener la homeostasia de la glucosa (fase inicial) y conservar las proteínas (fase final). Cuando el ayuno se prolonga, el organismo responde a la depleción proteica con un desplazamiento metabólico a quemar grasas y producir cuerpos cetónicos, con lo que se prioriza la conservación proteica. Gradualmente la acetona reemplaza a la glucosa como combustible cerebral. Además, los cuerpos cetónicos mandan señales a los músculos para reducir el catabolismo. Son habituales en este estado la cetonemia, cetonuria y el aliento cetónico. Si se agrava la desnutrición, el estado hipometabólico progresa a la bradicardia severa, hipotensión marcada, acrocianosis y ortostatismo. Finalmente, si no se interrumpe el ayuno se atraviesa la última barrera a la supervivencia, con el desencadenamiento de un síndrome cerebral orgánico que progresa desde la lentitud y confusión a la obnubilación, letargo, estupor, coma y muerte. (19)

1.4.4.2.- Purga

Los pacientes que en forma reiterada se autoinducen el vómito desarrollan anomalías metabólicas graves debido a la pérdida de ácido clorhídrico. La pérdida de hidrogeniones lleva a la alcalosis. La pérdida de cloro interfiere con el mantenimiento de un volumen arterial efectivo, que depende en parte de las propiedades osmóticas del cloruro de sodio.

La hipovolemia conduce al hiperaldosteronismo secundario compensatorio, que induce la reabsorción tubular de sodio (como bicarbonato) y excreción de potasio. Esto provoca alcalosis hipocloremia, hipocalemia. Las pacientes que abusan de laxantes suelen manifestar deshidratación crónica y acidosis. (19)



1.4.4.3.- Intoxicación hídrica

Ocasionalmente, las pacientes anoréxicas, ante el temor de ser “castigadas” u hospitalizadas debido a la pérdida de peso, descubren que pueden “aparentar ganancia de peso”, mediante el proceso de “carga de agua”: toman inmensas cantidades de agua antes de ser pesadas. Esto puede provocar hiponatremia dilucional, con la consecuente debilidad, irritabilidad y confusión. Cuando la natremia desciende por debajo de 120 mEq/l, esta hiposmolaridad puede producir edema cerebral, convulsiones, estado epiléptico e incluso la muerte. (19)

1.4.4.4.- Síndrome de realimentación

El síndrome de realimentación es un síndrome que engloba una serie de alteraciones metabólicas que ocurren como resultado de iniciar la alimentación en forma abrupta, sin haber corregido alteraciones hidroelectrolíticas. Los pacientes pueden desarrollar desórdenes hidroelectrolíticos, especialmente hipofosfatemia, junto con complicaciones neurológicas, pulmonares, cardíacas, neuromusculares y hematológicas. Por ello, el inicio del tratamiento de este tipo de pacientes debe de ser gradual y escalonado. (12)

Un paciente sometido a ayuno o un paciente desnutrido crónico usa durante las primeras 24-72 horas las reservas de glucógeno y del músculo esquelético para la producción de glucosa y energía. Luego de 72 horas de ayuno, el metabolismo producirá energía a partir de cuerpos cetónicos y de la oxidación de ácidos grasos libres. (12)

La reintroducción de carbohidratos a la dieta de un paciente desnutrido ocasiona un cambio súbito y se desarrolla una preferencia para utilizar glucosa como combustible, por tanto se crea una gran demanda de intermediarios fosforilados del proceso de la glicólisis (ATP y difosfoglicerato). Esto da como



resultado un estado de hipofosfatemia en el paciente, uno de los signos clínicos más importantes del síndrome. (12)

Los niveles de potasio y magnesio también cambian intracelularmente en respuesta al anabolismo y el incremento en la liberación de insulina. El magnesio es cofactor de la bomba Na-K ATPasa, por lo tanto una hipomagnesemia no corregida puede complicar la reposición de potasio. Otras alteraciones metabólicas incluyen desbalance de fluidos y deficiencia de tiamina. (12)

Las manifestaciones clínicas que se darán durante este síndrome están asociadas a deficiencias de electrólitos y vitaminas que se desarrollan conforme se da inicio al tratamiento nutricional.

A continuación un resumen de dichas manifestaciones.

- Hipofosfatemia: Hipoxia, alteraciones a nivel cardíaco, parestesias, debilidad, somnolencia, confusión, desorientación, encefalopatía, convulsiones, coma y muerte.
- Hipocalcemia: Náuseas, vómitos, estreñimiento, debilidad, parálisis, rabdomiolisis, necrosis muscular y arritmias cardíacas. Muerte súbita.
- Hipomagnesemia: Debilidad, tremor, contracciones musculares, estado mental alterado, anorexia, náusea, vómitos, diarrea, arritmias cardíacas, tetania, convulsiones, coma y muerte.
- Deficiencia de Tiamina: Puede manifestarse como Beri-Beri.
- Retención de sodio y fluidos: Sobrecarga de fluidos, edema pulmonar y descompensación cardíaca. (12)

1.4.5.- CUADRO CLÍNICO

1.4.5.1.- CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS



- Aspecto general demacrado.
- Emaciación.
- Sequedad de la piel.
- Color amarillento de la piel (asociado a hipercarotinemia).
- Caída del cabello.
- Uñas frágiles.
- Lanugo.
- Hipertrofia de las glándulas salivales.
- Erosiones dentales.
- Cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.
- Hipotensión.
- Bradicardia.
- Extremidades frías y cianóticas.
- Edemas.
- Arritmias con riesgo de muerte.
- Disfunción neuroendocrina.
- Desequilibrios electrolíticos.
- Disfunción gastrointestinal.
- Osteoporosis.
- Alteraciones metabólicas.
- Anemia, leucopenia y trombocitopenia suelen aparecer en casos de cierta duración. (14)(25)



1.4.5.2.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

- Esconde, manipula, desmenuza y olisquea la comida.
- Rechaza los alimentos.
- Incrementa su actividad física o académica, disminuyendo las horas de sueño.
- Reduce sus relaciones sociales o se aísla.
- Estado de ánimo empeora progresivamente: irritable, susceptible, opositorista, lábil.
- Puede haber amenazas e ideación suicidas.
- Proliferan las discusiones familiares.
- La preocupación por el cuerpo, el peso y la comida es prioritaria y obsesiva.
- No aceptan su enfermedad.
- La distorsión de la imagen corporal es general.
- Insomnio. (14)(25)

1.4.6.- COMORBILIDAD

Es frecuente la asociación con depresión, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social y trastornos de la personalidad. Problemas de adicción a las drogas. La personalidad de estos pacientes es distinta. (14)

1.4.7.- SUBTIPOS

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa.

1.4.7.1.- TIPO RESTRICTIVO: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa estos individuos no recurren a atracones ni a purgas. (1)



1.4.7.2.- TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones y/ o purga. La mayoría de individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen incluso algunos casos en este subtipo en que no presenta atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Los individuos con este tipo de anorexia tienen más probabilidades de presentar problemas de control con los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente. (1)

1.4.8.- DIAGNÓSTICO

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIV)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.). (14)



1.4.9.- EXÁMENES DE LABORATORIO

La evaluación inicial debe incluir: hemograma completo, urea, electrolitos, proteinograma, función hepática, ECG y densitometría (si la anorexia nerviosa dura más de un año). (14)

Hemograma: Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia. (14)

Bioquímica: La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre, como hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos auto inducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado) hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. (14)

Existen muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepáticas están afectadas. (14)

Electrocardiograma: Se observa bradicardiasinusal y rara vez arritmias.
Electroencefalograma: Puede haber anormalidades difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos.(14)

En el trastorno grave crónico conviene estudiar el cortisol, hormonas tiroideas niveles séricos de tiroxina (T_4) y triyodotironina (T_3) suelen estar disminuidos, hormonas gonadotróficas, hormonas del crecimiento. (14)

Las mujeres presentas niveles séricos bajos de estrógeno y los varones a si mismo niveles bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo – hipofiso – gonadal en ambos sexos. (14)

Estudio Cerebral por Técnicas de Imagen: Frecuentemente se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición. (14)



1.4.10.- PRONÓSTICO

La edad promedio de inicio de anorexia es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y a los 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en las mujeres mayores de 40 años. (14)

A medio y largo plazo (más de 5 años), un 30-40% de pacientes anoréxicos está completamente normal, mientras que un 25-30% mantiene síntomas y un 15-20% no encuentra mejoría. La mortalidad media es del 7%. El pronóstico mejora en adolescentes tratados adecuadamente (14).

La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.(18)

1.5.-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Aparte de los desórdenes alimenticios estudiados ya revisados hay otro menos conocido que se encuentran a medio camino entre ambos y que se les conoce como Desórdenes Alimenticios No Especificados. (32)

1.5.1.- Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

- A. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que las comilonas y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de



peso normal (por ej.: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

- E. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- F. Trastorno compulsivo: se caracteriza por comilonas recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

1.5.2.- EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia oscila entre 2,4% y 12,6% en poblaciones adolescentes de sexo femenino, cifras que superan las de los cuadros de anorexia y bulimia. Son los trastornos alimentarios más comunes observados en los centros de tratamiento. Ciertos programas especializados han informado que 25% a 60% de los casos tratados caen en el rango no especificado. (33)

1.5.3.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es conveniente, para comprender las manifestaciones sintomáticas de los desórdenes subclínicos, primeramente conocer la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa propiamente tales. Parte de los cuadros clasificados como trastornos atípicos son, en realidad, una anorexia o una bulimia que se detectan en fases muy iniciales, tras un corto periodo de duración de entre cinco u ocho meses. Lo positivo a este respecto es que el trastorno se pesquisa a tiempo, cuando aún no se ha desarrollado de forma completa. Así, los pacientes con una anorexia incipiente tienen mejor pronóstico, se suelen recuperar con normalidad y recuperar peso. (33)

Otros tipos clínico: Otras patologías alimentarias, menos comunes que han sido clasificadas como no especificados son:

- Pica: ingestión persistente de sustancias no nutritivas (ej.: tierra, metal, papel, etc.) inapropiada para el nivel de desarrollo, durante un periodo de al menos un mes. (33)



- Síndrome del comer nocturno: caracterizado por anorexia matinal, hipofagia vespertina e insomnio, con despertares seguidos por consumo nocturno de alimentos. (33)
- Ortorexia, obsesión de comer alimentos considerados saludables por la persona, lo que incluso puede llevar a una desnutrición severa y a la muerte. Típicamente se evitan las grasas, preservantes o productos animales. (33)
- Vigorexia (trastorno dismórfico muscular o anorexia inversa): preocupación obsesiva por el físico y distorsión del esquema corporal, acompañados de una adicción a la actividad física con el fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, ya que los pacientes, comúnmente de sexo masculino, se sienten débiles y pequeños. Es común entre los físico-culturistas, cuyas dietas extremadamente proteico-calóricas y el abuso de esteroides, los lleva a una insuficiencia renal y a otros trastornos somáticos, psicopatológicos y sociales. (33)

1.5.4.- SÍNTOMAS Y SIGNOS FÍSICOS DE ALARMA

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo de sexo femenino.
- Falla en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación o amenorrea.
- Se aprecia debilidad. En periodo de exámenes, por ejemplo, llegan a producirse desmayos por no haber desayunado.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- Osteoporosis en jóvenes.
- Hirsutismo o lanugo.
- Anomalías dentarias.
- Hipertrofia parotídea.
- Callosidades en los nudillos de las manos.
- Constante sensación de frío. (33)



1.5.5.- SÍNTOMAS Y SIGNOS CONDUCTUALES DE ALARMA

- Comer en solitarios, desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño.
- Preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos.
- Miedo exagerado al sobrepeso o la ganancia ponderada.
- Creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas.
- Valoración del peso o figura como prioridad. Preocupación exagerada por la imagen (pesaje frecuente) y mala imagen corporal (rechazo hacia a ella). Uso exclusivo de pantalones y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento de amistades y compañeros.
- Aumento de actividades útiles y horas de estudio.

Miembro de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, gimnastas, modelos, actrices, etc.).

- Periodos de semiayuno alterados con ingesta normal.
- Mantenimiento crónico de dietas hipocalóricas (tres o más dietas de adelgazamiento el último año), en especial en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- Humor deprimido a irritable.
- Pérdida de interés o placer frente a las actividades cotidianas.
- Hiperactividad. (33)

1.6.- VIGOREXIA

1.6.1.- DEFINICION

La dismorfia muscular o síndrome de Adonis como también se lo llama, no está reconocida como enfermedad por la comunidad médica internacional, es una adicción a la musculación que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más musculoso mediante el ejercicio físico excesivo, y a la vez distorsión del esquemacorporal (dismorfofobia), por ello a veces es referida como anorexia nerviosa inversa. (34)



Los vigoréticos perciben a su cuerpo con poco tonicidad y musculatura, lo cual les lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva compulsiva y a levantar pesas cada día de manera continuada, en la mayoría de los casos su cuerpo se desproporciona, adquiriendo una masa muscular poco acorde con su talla y contextura física. (7)

Con todo lo señalado anteriormente el perfil de una persona que presenta este trastorno incluye puntualmente:

- Obsesión por un cuerpo musculoso, pero al extremo, aunque ya lo haya conseguido, su visión esta tan distorsionada, que frente al espejo sigue viéndose débil.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Baja autoestima.
- Entrenamiento con dedicación compulsiva y casi exclusiva, dejando de lado otros asuntos y eventos de orden social, laboral y cultural.
- Adicción a la báscula
- Dieta muy alta en proteínas, en la mayoría de los casos la dieta va complementada con productos anabólicos y esteroides. (7)

1.6.2.- CAUSAS

Aunque existen explicaciones biológicas a estos trastornos (desequilibrio en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro) los factores sociales y educativos influyen enormemente. Se puede decir que las características de la vigorexia están asociadas con la baja autoestima y el rechazo de su imagen corporal. (45)

Es muy importante saber diferenciar vigorexia con la práctica habitual de cualquier deporte, ya que el deporte nos beneficia mucho física y mentalmente, aportando innumerables ventajas a nuestra salud y calidad de vida. (45)



1.6.3.-TRATAMIENTO

El tratamiento de la vigorexia, como el de otros desórdenes de la alimentación, es complejo pero posible. Aunque no cabe duda que en el desarrollo de esta enfermedad factores socioculturales como el culto al cuerpo y de belleza juegan un rol central, también están relacionados con desequilibrios de diversos neurotransmisores del sistema nervioso central, y más concretamente de la serotonina. Por ello, se puede recurrir para el tratamiento de esta enfermedad a fármacos que actúen sobre estas sustancias. Sin embargo, la terapia fundamental es de tipo psicológico. El objetivo es modificar la conducta del sujeto, recuperando su autoestima y superando el miedo al fracaso. (34)

1.7.- ORTOREXIA

La palabra ortorexia proviene del griego orthos (justo, recto) y exía (apetencia), con lo que podría definirse como apetito justo o correcto.

La ortorexia es la obsesión patológica por consumir solamente comida sana, que puede llegar a transformarse en enfermedad si no se ingieren carnes, pescado u otros alimentos necesarios y se producen carencias nutricionales. (23)

La ortorexia se define como la obsesión patológica por consumir sólo comida de cierto tipo: orgánica, vegetal, sin conservantes, sin grasas, sin carnes, o sólo frutas, o sólo alimentos crudos. La forma de preparación - verduras cortadas de determinada manera y los materiales utilizados - sólo cerámica o sólo madera, etc., también son parte del ritual obsesivo. (23)

Las personas ortoréxicas recorren kilómetros para adquirir los alimentos que desean pagando por ellos hasta diez veces más que por los ordinarios -un kilo de peras a salvo de plaguicidas- si no los encuentran o dudan de su inmaculado origen, prefieren ayunar; huyen de los restaurantes y rehúsan invitaciones para comer en casa de los amigos por no saber qué les van a



ofrecer. Cuando incumplen sus propósitos, les embarga un sentimiento de culpa que desemboca en estrictas dietas o ayunos. (23)

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, ya existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia:

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación. (23)

PREVALENCIA

En España actualmente se desconoce la prevalencia de éste trastorno ya que es un fenómeno muy novedoso, aunque algunos especialistas ya apuntan que entre sus visitas han tenido entre un 0.5 y un 1% de pacientes ortoréxicos. (23)

1.8.- IMAGEN CORPORAL.

1.8.1.- DEFINICION.

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo nos representa a nosotros mismos” (42)

“La imagen corporal es constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.” (42)



Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas que son:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. (42)

1.8.2.- LA IMAGEN CORPORAL, QUE TAMBIÉN SUELE DENOMINARSELE AUTOESTIMA CORPORAL, SE VA A DESARROLLAR BAJO LA INFLUENCIA DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- Por influencia interpersonal a través de los elogios, críticas y demás valoraciones que realizan las personas significativas para el sujeto en torno a sus características físicas, el ideal de belleza y la presencia de determinadas expectativas sobre la estética corporal en el entorno donde el sujeto vive.
- La valoración que el sujeto hace de su propio atractivo físico, que de alguna manera se verá reforzada, en un sentido u otro, por el grado de aceptación o de rechazo que reciba de los demás, en particular del sexo opuesto.
- La influencia de los medios de comunicación social, los que juegan un papel de primer orden por sus posibilidades para imponer determinadas modas, determinados patrones estéticos mediante la utilización de modelos, personajes, etc. que representan el ideal de belleza que se desea imponer. (35)



1.8.3.- CONDUCTAS ERRÓNEAS

No es raro encontrar jóvenes con anorexia, trastorno que no solo se caracteriza por evitar comer para no engordar, sino también por la no aceptación de sí mismo como persona, el temor de no ser aceptado por los demás, presencia de sentimientos de inferioridad, etc.

De igual manera como consecuencia de los fetiches físicos impuestos por los medios, los casos de jóvenes varones con el trastorno denominado vigorexia, caracterizado por la búsqueda obsesiva del aumento de la musculatura. También podemos encontrar a un grupo de sujetos que rechazan alguna parte de su cuerpo y recurren a la cirugía. (35)

1.9.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

El índice de masa corporal (IMC) [peso (kg) / talla (m²)] es considerado como el mejor indicador de estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad. Los puntos de corte definidos internacionalmente para clasificar el estado nutricional en adultos (IMC mayor a 30 para diagnosticar obesidad), no son aplicables para el adolescente que no ha completado su desarrollo puberal debido a la variabilidad de la composición corporal en el proceso de maduración. Existen por lo tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 19 años y aun cuando ninguna cumple con las especificaciones de un patrón ideal o definitivo, la recomendación actual es usar las tablas de Must et al. Como patrón de referencia. Estas tablas fueron confeccionadas a partir de datos del National Center of Health Statistics (NCHS) de EEUU y por lo tanto, establecen una continuidad con los patrones de referencia recomendados para evaluación de población infantil. Aun cuando el IMC no ha sido validado como un indicador de delgadez o de desnutrición en adolescentes, constituye un índice único de masa corporal y es aplicable en ambos extremos. Los valores de IMC para adolescentes se detallan en las tablas indicadas.(11)



Los puntos de corte sugeridos para diagnóstico nutricional son los siguientes:

- IMC menor a $-2DS$ o menor al percentil 3 es indicativo de bajo peso.
- IMC entre $+1DS$ y $-2DS$ corresponde a estado nutricional normal.
- IMC entre más de $+1DS$ y $+2DS$ representa sobrepeso
- IMC mayor a $+2DS$ o mayor al percentil 97 se considera obesidad.

(11)(Anexo3)



CAPÍTULO II

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General

- Identificar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes entre 10 a 19 años de edad del Colegio Particular Mixto “La Providencia” de la ciudad de Azogues durante el año lectivo 2010 - 2011.

2.2.- Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de trastornos alimentarios.
- Establecer las características de los estudiantes con trastornos alimentarios.
- Determinar la causa de los trastornos alimentarios.
- Determinar la relación entre autopercepción y el índice de masa corporal de los adolescentes.
- Determinar las complicaciones en los estudiantes debidas a estos trastornos.



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.- Tipo de Estudio.

La presente investigación sobre “Trastornos alimentarios en adolescentes del Colegio La Providencia de ciudad de Azogues” es de tipo cuantitativo descriptivo.

3.2.- Área de Investigación.

Nuestra investigación se realizó en el Colegio Particular Mixto “La Providencia” de la ciudad de Azogues, cantón Azogues, provincia del Cañar, república del Ecuador.

3.3.- Universo.

Los estudiantes matriculados en el Colegio Particular Mixto “La Providencia” de la ciudad de Azogues en el año lectivo 2010-2011.

**3.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Objetivos	VARIABLES	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
Identificar la frecuencia de trastornos alimentarios	Frecuencia	Número de elementos comprendidos dentro de un intervalo en una distribución determinada.	Declaración de la persona encuestada sobre la existencia de signos y síntomas según los criterios DSM IV	Encuesta	Si No
Establecer las características de los estudiantes con trastornos alimentarios	Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nace hasta el momento de estudio.	Declaración de la persona encuestada sobre su edad.	Encuesta	11 a 19 años.
	Sexo	Condición biológica por la que se diferencian hombres de mujeres.	Declaración de la persona encuestada sobre su sexo.	Encuesta	Masculino Femenino
	Residencia	Lugar de habitación.	Declaración de la persona encuestada sobre su ubicación	Encuesta	Urbano Rural



Determinar la causa de los trastornos alimentarios	Factores de riesgo	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.	Situaciones que pueden predisponer a los adolescentes a padecer estos trastornos.	Encuesta	Familiares, Ambientales. Socio culturales
Determinar la relación entre autopercepción y el índice de masa corporal de los adolescentes.	Autopercepción	Es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo nos representa a nosotros mismos	Declaración de la persona encuestada sobre la percepción de su cuerpo	Encuesta	Gordo Normal Delgado
	Índice de masa corporal.	Indicador del estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad.	Toma de las medidas antropométricas	Instrumentos para su medición Balanza y tallímetro	Obesidad Sobrepeso Normal Bajo peso
Identificar si los estudiantes han tenido complicaciones debidas a estos trastornos.	Complicaciones	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Declaración de la persona encuestada.	Encuesta	Si No



3.5.- MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS.

3.5.1.- Fuentes de Información:

Las fuentes de recolección de datos fueron de tipo personal y de observación directa.

3.5.1.1.- Fuentes Documentales:

- Libros en vigencia o emitidos durante los últimos 15 años.
- Documentos de Internet en vigencia o emitidos en los últimos 5 – 10 años.

3.5.1.2.- Fuentes Personales.

- Estudiantes del colegio La Providencia de la ciudad de Azogues.
- Expertos conocedores del tema.
- Otros agentes sociales involucrados: (Profesores, amigos)

3.5.2.- Técnicas para la Recolección de la Información

El grupo conformado por 2 personas obtuvo la información sobre los Trastornos alimentarios en adolescentes.

1. Encuestas: Instrumento que se utilizó para recoger la información sobre el problema en estudio.
2. Análisis del contenido de documentos.
3. Toma de medidas antropométricas.

Instrumentos:

- Cuestionarios
- Balanza y tallímetro

3.6.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El plan de tabulación y análisis se realizó de acuerdo a los objetivos planteados mediante la realización de tablas y gráficos basados en los datos obtenidos en la encuesta, mediante el programa Excel.



Plan de análisis: Utilizamos estadística descriptiva, los resultados del estudio se expresaron en porcentajes y frecuencias.

3.7.- Consideraciones éticas.

A los estudiantes como a sus padres se les informó el objetivo del estudio para su respectivo consentimiento para la realización de esta investigación, precisando que los datos obtenidos serán utilizados únicamente en este trabajo y serán conservados en forma confidencial.

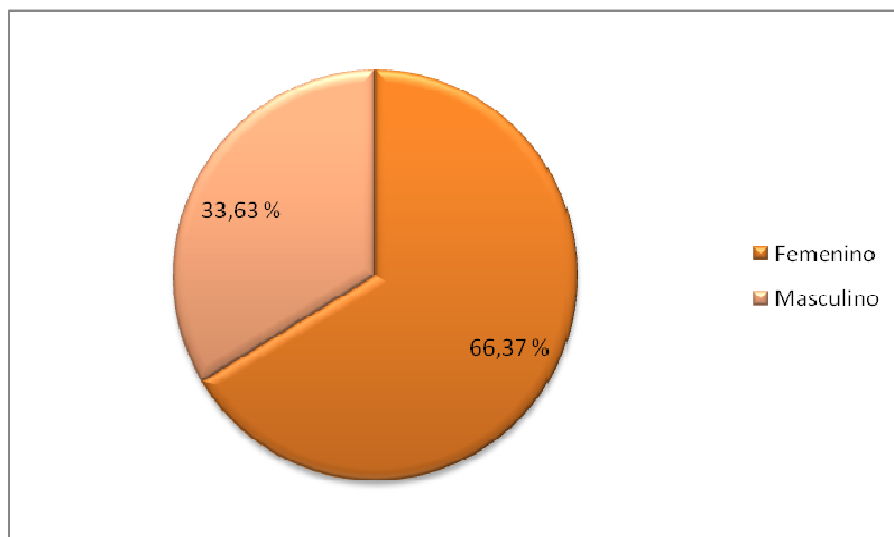


CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS.

GRAFICO#1

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” SEGUN SEXO; AZOGUES 2010 – 2011



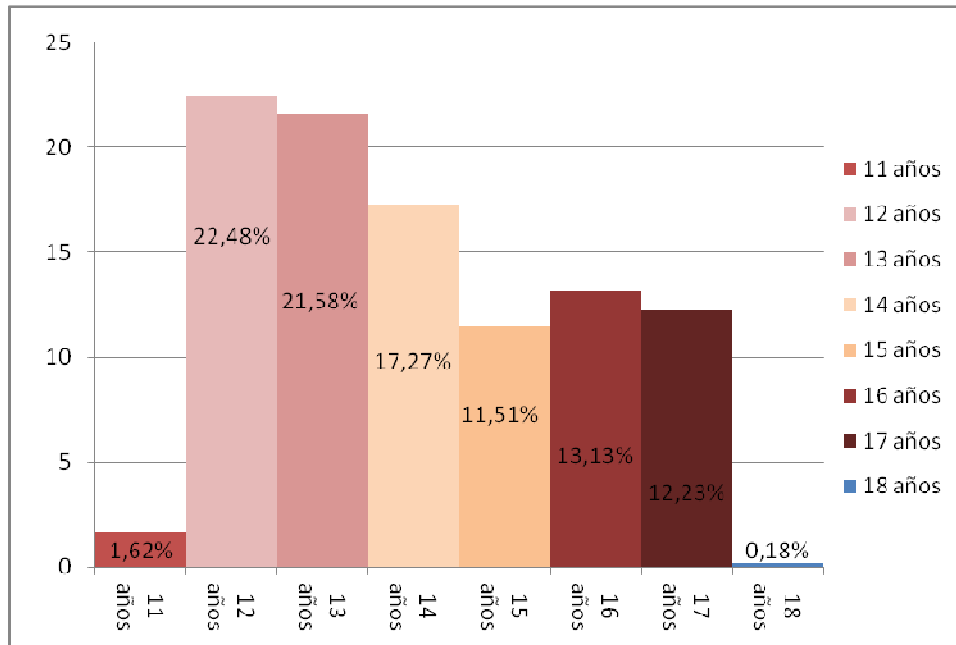
Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

En lo que se refiere a la distribución por sexo de los/las estudiantes del colegio “La Providencia” de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 podemos observar que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 66,37%.



GRAFICO#2

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” SEGUN EDAD; AZOGUES 2010 – 2011



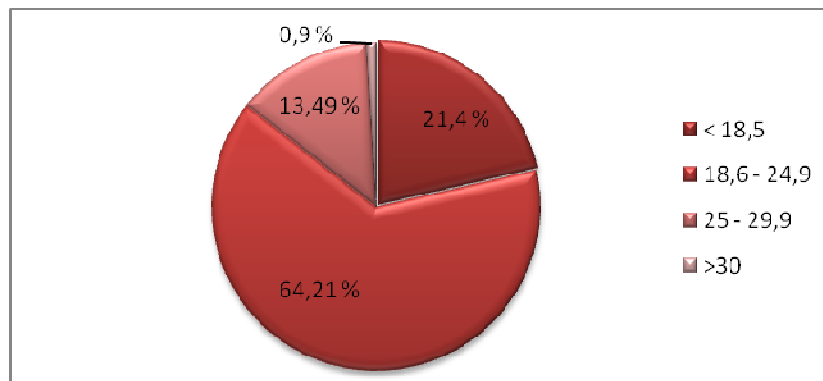
Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

Observamos que la distribución de estudiantes según edad es más o menos equitativa existiendo un bajo porcentaje de alumnos de 11 y 18 años de edad debido a que la mayoría de personas de esta edad se encuentran en escuela y universidad respectivamente.



GRAFICO#3

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” SEGUN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL); AZOGUES 2010 – 2011



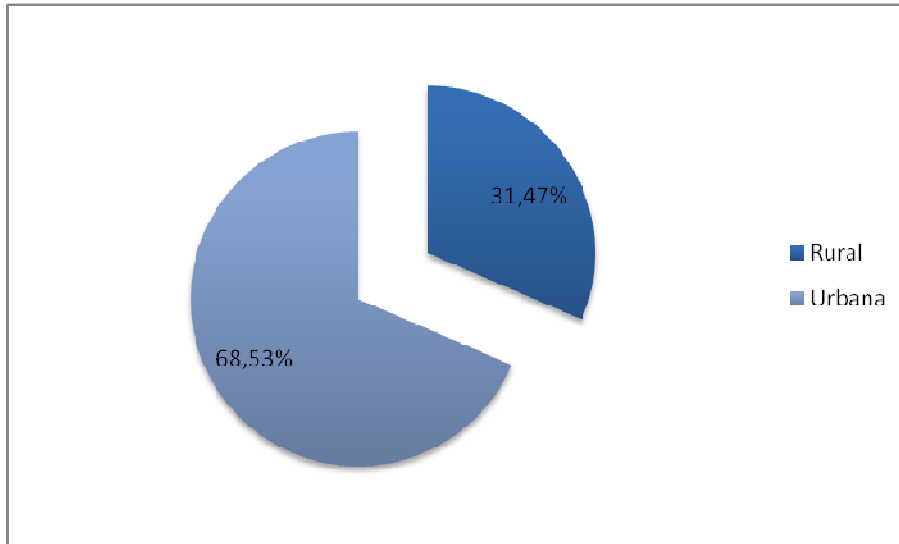
Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

La mayoría de estudiantes se encuentran en un IMC entre 18,6 – 24,9 (normal) corresponde al 64,21%, también podemos darnos cuenta que tanto el IMC < 18,5 (delgadez) y el IMC entre 25 – 29,5 (sobrepeso) en porcentajes similares; existe un mínimo porcentaje (0,9%) de alumnos que presentan obesidad, dentro de este grupo encontramos 2 estudiantes que tienen obesidad mórbida.



GRAFICO#4

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO "LA PROVIDENCIA" SEGUN RESIDENCIA; AZOGUES 2010 – 2011



Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

La mayoría de los estudiantes pertenecen al área urbana (68,53%) y un bajo porcentaje de zona rural (31,47%).

**TABLA #1**

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” SEGÚN SEXO; AZOGUES 2010 – 2011

FACTORES DE RIESGO						
	SI		NO		TOTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	33	5,94	154	27,70	187	33,63
FEMENINO	69	12,41	300	53,95	369	66,37
TOTAL	102	18,35	454	81,65	556	100

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

Con respecto a la presencia de factores de riesgo en los/las estudiantes del colegio “La Providencia” de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 -2011 según sexo nos damos cuenta que en un gran número de estudiantes (102 estudiantes) se encuentran presentes dichos factores de riesgo siendo mayor en las personas del sexo femenino (12,41%), que de por sí es un factor predisponente para los trastornos de la conducta alimentaria.

**TABLA #2**

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO "LA PROVIDENCIA" SEGÚN EDAD; AZOGUES 2010 – 2011

FACTORES DE RIESGO						
EDAD	SI		NO		TOTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
11 años	2	0,36	7	1,26	9	1,62
12 años	23	4,14	102	18,35	125	22,48
13 años	23	4,14	97	17,45	120	21,58
14 años	14	2,52	82	14,75	96	17,27
15 años	13	2,34	51	9,17	64	11,51
16 años	13	2,34	60	10,79	73	13,13
17 años	14	2,52	54	9,71	68	12,23
18 años	0	0	1	0,18	1	0,18
TOTAL	102	18,35	454	81,65	556	100

Fuente: Encuestas.

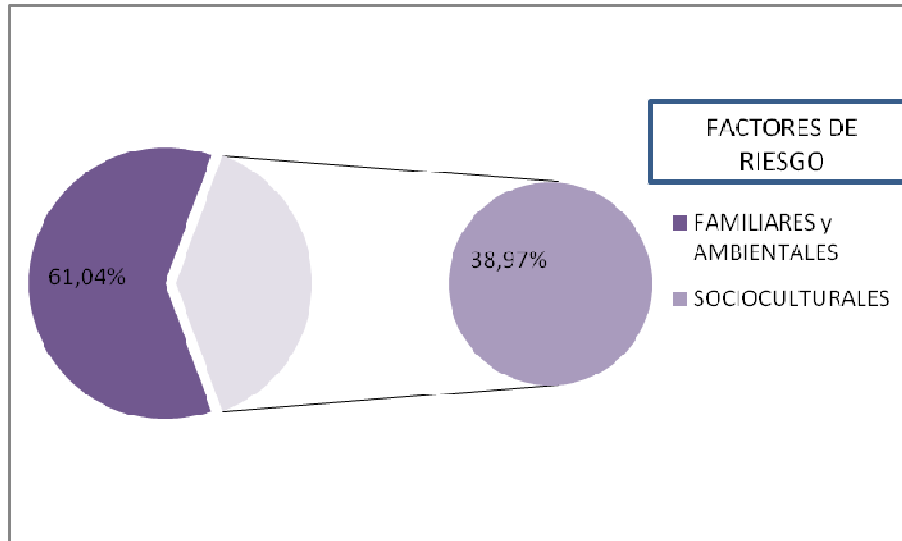
Elaborado por: Las Autoras.



En lo referente a la presencia de factores de riesgo en los/las estudiantes del colegio “La Providencia” de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 -2011 según edad observamos que la presencia del mayor porcentaje de factores de riesgo se encuentra entre los 12 y 13 años de edad (4,14%), lo cual es importante pues a esta edad los adolescentes son más susceptibles a las críticas de los demás aumentando de esta manera la vulnerabilidad de los mismos para padecer trastornos alimentarios.

GRAFICO# 5

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO "LA PROVIDENCIA" SEGUN TIPO DE RIESGO; AZOGUES 2010 – 2011



Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

Sobre la distribución de los/las estudiantes del colegio la providencia de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 podemos observar que la presencia de factores biológicos y ambientales son los que predominan con un 61,03% sobre los factores de riesgo socioculturales.

No fueron objeto de estudio los factores de riesgo biológicos para este tipo de trastornos.

**TABLA # 3**

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” QUE PADECEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGUN SEXO; AZOGUES 2010 – 2011

		ALTERACIONES ALIMENTARIAS					
SEXO		SI		NO		TOTAL	
		NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
	MASCULINO	6	1,08	181	32,55	187	33,63
FEMENINO	15	2,70	354	63,67	369	66,37	
TOTAL	21	3,78	535	96,22	556	100	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

En relación a la distribución de los estudiantes del colegio La Providencia de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 que padecen trastornos alimentarios según sexo podemos observar que la mayoría de estudiantes que padecen trastornos de la conducta alimentaria pertenecen al sexo femenino (2,70%) y solo un bajo porcentaje (1,08%) pertenecen al sexo masculino. Estas cifras simulan ligeramente a la composición de la muestra en la que predomina el sexo femenino (66 a 33%).

**TABLA # 4**

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” QUE PADECEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGUN EDAD; AZOGUES 2010 – 2011

EDAD	ALTERACIONES ALIMENTARIAS					
	SI		NO		TOTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
11 años	0	0	9	1,62	9	1,62
12 años	2	0,36	123	22,12	125	22,48
13 años	7	1,26	113	20,32	120	21,58
14 años	3	0,54	93	16,73	96	17,27
15 años	3	0,54	61	10,97	64	11,51
16 años	3	0,54	70	12,59	73	13,13
17 años	3	0,54	65	11,69	68	12,23
18 años	0	0	1	0,18	1	0,18
TOTAL	21	3,78	535	96,22	556	100

Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Las Autoras.

Con respecto a la distribución de los estudiantes del colegio la providencia de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 que presentan alteraciones alimentarias según la edad podemos observar que los adolescentes que más padecen estas alteraciones tienen 13 años con un porcentaje de 1,26%, debido a que son más vulnerables a las críticas y actitudes negativas de las personas.

**TABLA # 5**

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” QUE PADECEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGUN RESIDENCIA; AZOGUES 2010 – 2011

		ALTERACIONES ALIMENTARIAS					
RESIDENCIA		SI		NO		TOTAL	
		NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
	RURAL	8	1,44	167	30,04	175	31,47
URBANA	13	2,34	368	66,19	381	68,53	
TOTAL	21	3,78	535	96,22	556	100	

Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Las Autoras.

En relación a la distribución de los estudiantes del colegio La Providencia de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 que padecen trastornos alimentarios según residencia podemos observar que la mayoría de estudiantes que padecen trastornos de la conducta alimentaria pertenecen viven en zona urbana (2,34%) lo cual podría estar dado por que estos se ven afectados en mayor porcentaje por los diversos factores de riesgos, moda, el deseo de delgadez, sumándose a lo mismo la dieta inadecuada que se lleva a diferencia de las zonas rurales en nuestro país en donde la dieta es más equilibrada porque la mayoría son agricultores.

**TABLA #6**

DISTRIBUCION DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA” QUE PADECEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGUN LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO; AZOGUES 2010 – 2011

ALTERACIONES ALIMENTARIAS							
FACTORES DE RIESGO	SI		NO		TOTAL		
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	
	SI	16	2,88	86	15,47	102	18,35
	NO	5	0,90	449	80,76	454	81,65
TOTAL	21	3,78	535	96,22	556	100	

Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Las Autoras.

A cerca de la distribución de los/las estudiantes del colegio “La providencia” de la ciudad de Azogues que padecen trastornos alimentarios según la presencia de factores de riesgo podemos observar que el porcentaje de trastornos alimentarios es baja (3,78%), de los cuales la mayoría de personas que padecen dichos trastornos presentan uno o más factores de riesgo y un bajo porcentaje padecen estos trastornos sin la presencia de estos factores.



TABLA #7

RELACION QUE EXISTE ENTRE LA AUTOPERCEPCION Y EL IMC DE LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA”; AZOGUES 2010 – 2011

		PERCEPCION								
		DELGADO		NORMAL		GORDO		TOTAL		
IMC		NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	
		BAJO PESO	40	7,19	70	12,59	9	1,62	119	21,40
		NORMAL	63	11,33	253	45,50	41	7,37	357	64,21
		SOBREPESO	6	1,08	46	8,27	23	4,14	75	13,49
		OBESIDAD	0	0	3	0,54	2	0,36	5	0,90
		TOTAL	109	19,60	372	66,91	75	13,49	556	100

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.



En lo referente a la relación que existe entre la auto-percepción y el IMC de los/las estudiantes del colegio “la providencia” de la ciudad de Azogues en el periodo 2010 – 2011 nos podemos dar cuenta que la auto percepción en la mayoría de estudiantes no está de acuerdo con su IMC, esto se aprecia en el hecho de que a pesar de estar con un IMC normal muchos estudiantes se consideran gordos o delgados, peor aún existen estudiantes que a pesar de encontrarse con un IMC bajo se consideran gordos modificando de esta manera sus hábitos (dietas, ejercicios) para “mejorar” su cuerpo sin considerar el daño que se están causando.

**TABLA #8**

RELACION QUE EXISTE ENTRE EL IMC Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES POR DESORDENES ALIMENTARIOS EN LOS/LAS 556 ESTUDIANTES DEL COLEGIO "LA PROVIDENCIA"; AZOGUES 2010 – 2011

COMPLICACIONES							
IMC		SI		NO		TOTAL	
		NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
		BAJO PESO	8	1,44	111	19,96	119
NORMAL	10	1,80	347	62,41	357	64,21	
SOBREPESO	6	1,08	69	12,41	75	13,49	
OBESIDAD	0	0,00	5	0,90	5	0,90	
TOTAL	24	4,32	532	95,68	556	100	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

Con respecto a la relación que existe entre el IMC y la presencia de complicaciones por desórdenes alimentarios en los/las estudiantes del colegio "la providencia" de la ciudad de azogues en el periodo 2010 – 2011 podemos observar que las diferentes complicaciones se producen con mayor frecuencia en personas que se encuentran dentro de un IMC normal y en menor



frecuencia en la personas con sobrepeso o delgadez, así como también podemos observar que es un mínimo número de personas que han sufrido complicaciones debido a trastornos en la conducta alimentaria, existen 2 estudiantes con obesidad mórbida los cuales hasta la fecha no presentan otras complicaciones.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, cuyas manifestaciones dan cuenta de la presencia de una serie de situaciones que van desde las consideradas normales hasta las francamente patológicas.

Con los datos recolectados a través de las encuestas (en las que se precisaron preguntas relacionadas con cada punto de los criterios de diagnóstico del DSM IV) se pudo identificar la presencia o no de trastornos alimentarios en los estudiantes que constituyeron la muestra de este trabajo.

El análisis de la presencia de determinadas conductas alimentarias en los estudiantes y de la percepción que ellos mismos tienen de su imagen corporal, permite determinar el riesgo que tienen de padecer trastornos alimentarios.

Cuando comparamos las cifras de prevalencia de TCA reportadas por otras publicaciones de 1.3% al 6,4%. (6, 32, 36) no existe mucha diferencia con la prevalencia obtenida por nosotros (3.78%), sin embargo no coinciden exactamente pues los estudios anteriores fueron realizados en países desarrollados en donde la población es mayor y la influencia de los medios de comunicación y del ambiente es diferente al de los países en desarrollo como el nuestro.

Del total de estudiantes que padecen trastornos alimentarios (3,78%), encontramos que el 2.7% son mujeres y el 1,08% son hombres se aprecia entonces que la prevalencia es mayor (más del doble) en el sexo femenino; esto coincide con el estudio realizado por Rutzstein et al, 2010. (16) cuya prevalencia de mujeres es de 14.1% y de hombres es de 2.9%.

Analizando los factores de riesgo encontramos un 18.35% del total de los estudiantes que padecen algún factor de riesgo para los trastornos



alimentarios, siendo mayor en mujeres y en las edades de los 12 y 13 años, nos llamó la atención que de este porcentaje sólo un 2,88% presentan algún trastorno alimentario, no así el restante 15,47% que no presenta trastornos alimentarios evidentes a pesar de si tener factores de riesgo, resultados similares obtuvo, Torresani M. 2003. (23) en su estudio en el que encontró un 3.8% de personas con trastornos alimentarios y un 5% de personas que presentaron factores de riesgo sin tener alteraciones en su alimentación.

Los factores de riesgo más frecuentes fueron los familiares lo que nos lleva a pensar que en las familias ya han existido problemas de este tipo o diferentes pero relacionados con estos padecimientos como: trastornos depresivos, obsesivos, alcoholismo, antecedentes de abuso sexual, malos tratos, abandono, familias que conceden una gran importancia al cuidado de la imagen externa y que tienen expectativas demasiado altas para sus hijos.(13)(39)

La presencia de factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en las estudiantes del colegio “La Providencia” de la ciudad de azogues en el periodo 2010 – 2011 fue de 18,35% predominan los factores familiares y ambientales(61,03%) sobre los factores socioculturales (38,97%); se presentan más en personas del sexo femenino con un porcentaje de 12,41% y con edad de 12 y 13 años con un porcentaje de 4,14 % para cada una lo cual se encuentra en valores aproximados a los del estudio realizado en alumnas de Nutrición y Dietética por Rosa Behar A. et al en el año 2007. (31).

Apreciamos entonces que un alto porcentaje de adolescentes presentan (a lo largo de su vida) factores de riesgo para desarrollar este tipo de trastornos, pero solo algunos de ellos llegan a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

El porcentaje de personas que presentan trastornos alimentarios es relativamente bajo (3,78%) lo cual coincide con diferentes estudios realizados a lo largo del tiempo; de los estudiantes con trastornos de la conducta alimentaria, la mayoría presentan uno o más factores de riesgo (2,88%) y un



bajo porcentaje (0,90%) padecen estos trastornos sin la presencia de factores de riesgo, es decir más del 50% de los estudiantes que presentan trastornos de la conducta alimentaria si presentan factores de riesgo. En nuestro estudio podemos observar que un bajo porcentaje 4,32% de personas con trastornos alimentarios llega a sufrir complicaciones patológicas atribuibles a estos.

Si se analiza la distribución por edades, la literatura reporta dos picos a los 12 y 14 años (24) y según Moreno et al. (35) la edad en que se presenta es a los 14 años, lo cual compartimos con nuestros resultados en donde la edad pico de presentación es de los 12 y 13 años, además vemos que la frecuencia es similar en las edades de los 14 a los 17 años, no así en las edades de los 11 y los 18 años cuyo número de estudiantes es escaso en nuestro estudio. Al igual la expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas y que se incrementen con la transición del colegio.

En cuanto a la zona de residencia muestra predominio la zona urbana en un 2.34% frente a la zona rural con un 1.44%, siendo diferentes con los resultados de estudios revisados (26) en donde la distribución es homogénea para estos trastornos y otros estudios en donde presan que la zona rural va adquiriendo importancia como lo indica el estudio de Arrufat F. 2006. (38) o lo que menciona Pérez S. et al. 2007. (29) que “es un hecho que esta nueva conciencia alimentaria ha alcanzado también a las mujeres y hombres de las zonas rurales”.

Del mismo modo encontramos que 64,21% de estudiantes se encuentran en un rango de IMC entre 18,6 – 24,9 (normal), también encontramos IMC < 18,5 (delgadez) con un 21,4% y un IMC entre 25 – 29,5 (sobrepeso) con un 13,49%, además existe un mínimo porcentaje (0,9%) de alumnos que presentan obesidad, dentro de este grupo encontramos 2 estudiantes que tienen obesidad mórbida. Lo cual coincide con un estudio realizado en estudiantes de colegios particulares de Viña del Mar en septiembre del 2007 por Rosa Behar A. et al. En el que un 3% de los alumnos presentó bajo peso, 78% tuvo un estado nutricional normal, 14% sobrepeso y el 5% restante fueron



obesos. O en el estudio realizado en alumnas de Nutrición y Dietética por RosaBehar A. et al en el año 2007. (31) motivo por el cual se puede inferir que los estudiantes del colegio “La Providencia” de la ciudad de Azogues coinciden en la apreciación de su imagen corporal y apariencia; con una congruencia similar a la esperable; aunque algunas alumnas mostraron una motivación creciente por la delgadez pues a pesar de encontrarse en un rango normal de IMC se auto definieron como gordas.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

El riesgo de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en la población estudiada es de 3.78%. Existe un bajo porcentaje de personas con trastornos de la conducta alimentaria lo que compagina con las estadísticas de diferentes estudios. Se confirma que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria es mayor en las mujeres. La mayoría de las adolescentes en riesgo poseía un estado nutricional normal que podría ser un factor encubridor de un potencial desorden alimentario y se enfatiza la importancia de orientar la pesquisa en muchachas de peso normal o con sobrepeso y no sólo en enflaquecidas. Existe un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la totalidad de la muestra, significativamente mayor en los (as) sujetos en riesgo.



6.2. RECOMENDACIONES

1. Proporcionar información sobre los trastornos alimentarios a la población estudiantil mediante pláticas por parte de profesionales en este campo; dicha información debe incluir aspectos fundamentales como etiología, manifestaciones, complicaciones y tratamiento.
2. Informar a los padres de familia de estos trastornos alimentarios y la importancia de éstos ya que con su ayuda se puede identificar tempranamente estos casos.
3. Orientar a docentes y directores del centro educativo en relación al apoyo emocional que los pacientes con trastornos alimentarios necesitan.
4. Establecer programas de prevención como parte integral y básica en el campo de la salud, principalmente enfocados a la población adolescente, pues la prevalencia de estos trastornos está aumentando de manera alarmante.
5. Enfatizar el concepto y la importancia de una dieta balanceada en la población de alto riesgo.
6. Tomar en cuenta que los trastornos se dan en hombres y no solamente en mujeres.
7. Realizar estudios posteriores similares para poder dar seguimiento a la prevalencia de los trastornos alimentarios, tanto en hombres y mujeres. Por mencionar uno de los estudios que se podrían investigar son los factores de riesgo biológicos para trastornos de la conducta alimentaria.



CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alarcon. R. et al; Trastornos de la alimentación; Psiquiatría; 2° Edición; Washington D.C.; Editorial Manual Moderno; 2005; Pag 522-523
2. Alimentación sana.com. Trastornos alimenticios en la adolescencia. Disponible en: <http://www.alimentacion-sana.com.ar/Portal%20nuevo/actualizaciones/alimenticiosadolescencia.htm>.
3. Bipolarweb.com , Alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: 2004; Disponible en: <http://www.bipolarweb.com/Articulos/acaytb.htm>
4. Boards4.melodysoft.com . Trabajo de metodología; María Daniela Alvarez; 2004: Disponible en: <http://boards4.melodysoft.com/MetodologiaMedTac/trabajo-de-metodologia-37.html>
5. CEDA (Centro Especializado de Desordenes Alimentarios). Ley 26.396: Declara de interés nacional, la prevención y control de trastornos alimentarios. Disponible en: http://www.cedaonline.com.ar/novedades_content.htm. (Fuente: Errepar. 3 Septiembre 2008)
6. Ctv.es. Trastornos Del Comportamiento Alimentario: Anorexia Y Bulimia. Disponible en: <http://www.ctv.es/diagnostico/diagnostico/Anorexia%20y%20bulimia.htm>. (Para la realización de este artículo se ha contado con la colaboración de la doctora Ascensión Marcos, directora del Instituto de Nutrición y Bromatología del CSIC, la doctora Rosa Calvo, del Hospital La Paz de Madrid y M. Carmen González, de ADANER.)
7. Dmedicina.com. Vigorexia. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/vigorexia>



8. Educarchile.cl . La adolescencia y los trastornos alimenticios; 2005; Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?GUID=9d92c43f-d2e4-4e83-96fc-6f2bf4d821ea&ID=100768>
9. Elmundo.es. PSQUIATRÍA La influencia genética en la bulimia número 390. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2000/390/959927221.html>, Madrid, España.
10. Escuela de Nutrición. Síndrome de realimentación. http://nutricion.ufm.edu/cms/es/sindrome_realimentacion. Universidad Francisco Marroquín (por **Andrea Tobias**). 2008.
11. Escuela.med.puc.cl. Curso salud y desarrollo del adolescente. Evaluación nutricional-Riesgos nutricionales. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion06/M2L6Leccion.htm>
12. Escuela.med.puc. Trastornos Nutricionales. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>. (Dra. Pascuala Urrejola)
13. Esmas.com. Trastornos Alimenticios. Bulimia, anorexia, ortorexia, permarexia, y otros hábitos alimenticios que llevan al desarrollo de enfermedades graves y hasta a la muerte. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/mentales/718617.html>.
14. FARRERA, Rozman, trastornos de la conducta alimentaria, Psiquiatría, Medicina Interna, 16° Edición; Madrid, España; Editorial Imprenta Fareso, S.A. 2008; pág. 1611-1613.
15. HARRISON. Trastornos de la conducta alimentaria. Principios de Medicina Interna; 17° Edición; México D.F.; Mac Graw Hill Interamericana editores S.A; 2009; Capítulo 76, Pág. 475.
16. Journals.iztacala.unam.mx Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Rutzstein G. et al. Mexico, 2010.



- Brenda Murawski, Luciana Elizathe y M. Luz Scappatura. Disponible en:
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/6/15>
17. Maudsleyparents.org. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Disponible en http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf. (Por Dres. Melissa Lenoir y Tomas J. Silber). Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):253-260.
18. Med.ufro. ANOREXIA NERVIOSA. Dr. Manuel García González. Disponible en: http://www.med.ufro.cl/obgin/Fronteras/vol1num2/gin_anoreximanuela.htm
19. Medline Plus. Trastornos de la alimentación. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/eatingdisorders.html>.
20. Mujer.terra. Trastornos alimenticios: cómo empieza todo y cómo se supera. Disponible en: <http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu25072.htm> (Vicenta Sanz Herrero. Psicóloga Clínica).
21. Nexusediciones.com Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. María E. Torresani. Argentina 2003. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/nutri2003_1/n-9-1-005.pdf
22. Parasaber.com. ¿Qué es el índice de masa corporal? Disponible en: <http://www.parasaber.com/salud/estar-en-forma/nutricion-deportiva/articulo/estar-forma-nutricion-deportiva-imc-indice-masa-corporal/16445/>.
23. Psicocentro. ORTOREXIA: Obsesión Por La Comida Sana Hasta Un Punto Patológico. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art24001. (por M^a José Gonzalez; 2003)
24. Psicocentro. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia. Disponible en: <http://www.psicocentro.com/cgi->



- bin/articulo_s.asp?texto=art42001. (por Dra. Olivia A. Sandoval Shaik, 2003)
25. PSQUIATRÍA La influencia genética en la bulimia número 390. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2000/390/959927221.html>, Madrid, España.
26. Redalyc.uaemex.mx Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas alimentarias entre adolescentes de Cantabria. España, 2003. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17077311.pdf>
27. Respyn. Los trastornos de la conducta Alimentaria. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-10-2005/documentos/03.htm>
28. Salud-mujer.idoneos.com. Trastornos Alimentarios. Disponible en: http://salud-mujer.idoneos.com/index.php/Trastornos_Alimentarios.
29. Scielo.org.mx. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?; Pérez S. et al. México, 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000100008&script=sci_arttext
30. Scielo.org.mx. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Miriam Angélica Moreno González, Godeleva Rosa Ortiz Viveros. México. 2009. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext
31. Scielo.org.mx; Revista médica de Chile Rosa Behar A. Et Al; Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes De La Carrera De Nutrición Y Dietética. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000400003&script=sci_arttext&tlng=en; Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Chile. RevMéd Chile; v 34; dic. 2007.
32. Scielo.org.mx. Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. Disponible en:



- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&nrm=iso. (Ma Teresa Rivera-Gallardo, LN^I; Ma del Socorro Parra-Cabrera, Dr en C^{II}; Jorge Armando Barriguete-Meléndez, Psiq.)
33. Scielo Revista médica de Chile. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Chile. RevMéd Chile 2008; 136: 1589-1598.
34. Sitios Argentina.com. "Complejo de Adonis": cuando el estado físico se vuelve una adicción. Disponible en: http://www.sitiosargentina.com.ar/notas/mayo_2004/adonis.htm.
35. Sld.cu, Autoestima e Imagen Corporal. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=12738>
36. Special.radioextremo. Salud: Posible influencia genética en la anorexia. <http://special.radioextremo.com/Salud/7362.html>. (Febrero 2007).
37. Tdr.cesca.es; Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Barcelona, 2006. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0212108-164406//FJAN_TESIS.pdf.
38. Tdx.cat Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Arrufat Francisco. Barcelona, 2006. Disponible en: http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2704/FJAN_TESIS.pdf?sequence=1
39. Terra. Trastornos alimenticios: cómo empieza todo y cómo se supera. Disponible en: <http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu25072.htm> (Vicenta Sanz Herrero. Psicóloga Clínica)



40. Todofitness. DELGADEZ. Enfermedades Por Consumo Insuficiente De Calorias Y Nutrientes. Disponible en: <http://www.todofitness.com/salud/infodestacada/delgadez.htm>.
41. Translate.google.com.ec. Gestión Médica de Desórdenes Alimenticios. (Extracto ver como PDF). Disponible en: <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.cambridge.org/catalogue/catalogue.asp%3Fisbn%3D9780521727105%26ss%3Dexc>.
42. Uned.es, ¿Que es la Imagen Corporal? Disponible en: http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
43. Wikipedia.org. Trastorno Alimentario. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_alimentario (Esta página fue modificada por última vez el 02:36, 13 abr 2010.)
44. Wikisalud. Trastornos Alimentarios. Disponible en: http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/TRASTORNOS_ALIMENTARIOS (29 nov 2006).
45. Zonadiet.com. Vigorexia. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/salud/vigorexia.htm>



ANEXOS
ANEXO 1
ASENTIMIENTO.

Señor(ita):

Queremos informarle a usted que nosotras: Sandra Agustina Larrea Romero y Adriana Paola Lema Buri, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una investigación como trabajo de tesis previo a la obtención del título de médicos sobre la FRECUENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO “LA PROVIDENCIA”, en el que se identificará su padecimiento o no, como sus características y causas de los mismos; la misma se realizará mediante:

- 1.- La realización de una encuesta rápida, la que será llenada en unos 5 minutos aproximadamente.
- 2.- La aplicación de las mismas se realizara en el plantel dentro de las horas de clase.

La información que obtengamos como resultado de la investigación será manejada de manera ética, protegiendo su identidad, por lo tanto, esta actividad no representa ningún riesgo para usted.

Firma del estudiante



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de familia:

Queremos informarle a usted que nosotras: Sandra Agustina Larrea Romero y Adriana Paola Lema Buri, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una investigación como trabajo de tesis previo a la obtención del título de médicos sobre la FRECUENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO "LA PROVIDENCIA", en el que se identificará el padecimiento o no, así como las características y causas de los mismos en sus hijos(as); la misma que se realizará mediante:

- 1.- La realización de una encuesta rápida, la que será llenada en unos 5 minutos aproximadamente.
- 2.- La aplicación de las mismas se realizara en el plantel dentro de las horas de clase.

Todo esto se llevará a cabo luego de su consentimiento.

La información que obtengamos como resultado de la investigación será manejada de manera ética, protegiendo la identidad de su hijo(a), por lo tanto, esta actividad no representa ningún riesgo para su hijo(a).

Firma de los Padres de Familia



ANEXO 2
CUESTIONARIO PARA LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA
PROVIDENCIA

Indicaciones:

Lea cuidadosamente las preguntas y respóndalas con toda la sinceridad del caso, teniendo en cuenta que su aporte es muy valioso para la realización de nuestra investigación, desde ya muchas gracias por su colaboración.

Este cuestionario es anónimo.

Fecha: _____

Formulario N°: _____

Edad: _____

Curso: _____

Sexo: H M

Residencia: Rural Urbana

*Anotar los datos indicados.

1.- ¿Cómo se considera?

- a. Delgado(a)
- b. Gordo (a)
- c. Normal

2.- ¿Cómo le perciben los demás?

- a. Delgado(a)
- b. Gordo (a)
- c. Normal

3.- ¿Hace ejercicio para?

- a. Bajar de peso
- b. Practicar deporte
- c. No hago ejercicio

3.- ¿Come gran cantidad de comida en un corto período de tiempo?

Si____ No____

Con qué frecuencia? _____

4.- ¿Vomita después de comer?

Si____ No____

5.- ¿Toma laxantes u otras sustancias con el propósito de eliminar lo que ha ingerido? Si____ No____



6.- ¿Le preocupa la forma de su cuerpo o el peso corporal? Si___ No___

7.- ¿Evita alimentos por miedo a engordar? Si___ No___

8. ¿Sus ciclos menstruales son?

- a. Regulares
- b. Irregulares
- c. Se han ausentado tres meses consecutivos o más

9.- ¿Entrena excesivamente con el objetivo de ganar masa muscular, dejando de lado otros eventos de orden social, laboral y cultural? Si___ No___

10.- ¿Alguna vez ha consumido una dieta alta en proteínas y/o productos anabólicos/esteroides? Si___ No___

Si su respuesta es Si cuál y por qué? _____

11.- ¿Se obsesiona por la calidad de los alimentos? Si___ No___

12.- ¿Planifica de manera exagerada lo que comerá al día siguiente? Si___ No___

13.- ¿Tiene familiares obesos, que hayan sufrido algún desorden alimentario, depresión, violencia intrafamiliar o se preocupa demasiado por su imagen?
Si___ No___

14.- ¿Le discriminan o burlan por de su apariencia? Si___ No___

15.- ¿Considera apropiados las publicaciones a cerca de imagen corporal, obesidad en la actualidad? Si___ No___

Entrevistadoras: Sandra Larrea Romero.

Paola Lema Buri.



ANEXO 3

Índice de masa corporal/Edad, 10 a 19 años. Desvíos estándar

