



RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa es una enfermedad de creciente preocupación a nivel mundial, afecta cada día a más jóvenes y es uno de los trastornos del comportamiento alimentario de mayor prevalencia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, año lectivo 2011- 2012.

Unidad de Análisis y Observación Adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal o prevalencia, llevada a cabo en 69 colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, en el año 2012. Utilizando una muestra de 814 estudiantes. Se recogió la información mediante un cuestionario previamente validado, el diagnóstico de anorexia nerviosa fue dado por los criterios del DSM-IV TR. Los datos fueron procesados en el programa SPSS 15.0 versión evaluación.

Resultados: La media de edad se ubicó en 15 años con un DS de 1,66 años, la prevalencia de anorexia nerviosa se ubicó en 2,7%; se presentó con mayor prevalencia en los adolescentes de entre 17-19 años (3,1%), de sexo masculino (3,2%), con migración (3,4%), con un progenitor migrante (4,9%) y que estudiaban en colegios fisco misionales (4,2%). No se asoció ninguna variable demográfica con anorexia nerviosa, tampoco los programas televisivos aumentaron el riesgo de esta patología.

Conclusiones: La anorexia nerviosa es una patología de prevalencia baja en la población en estudio, los programas televisivos cuyo enfoque se centra en el cuerpo y la moda aumenta el riesgo de anorexia aunque no se logró significancia estadística en este estudio.



PALABRAS CLAVES: ANOREXIA NERVIOSA, ADOLESCENCIA, TRASTORNO ALIMENTARIO; FACTORES DE RIESGO.

DeCS: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA/EPIDEMIOLOGÍA; ANOREXIA/EPIDEMIOLOGIA; FACTORES DE RIESGO; ADOLESCENTE/FISIOLOGÍA; ESTUDIANTE/ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; ZONAS URBANAS; CUENCA (ECUADOR).



ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa is a disease of growing concern worldwide, affecting more young people every day and is one of the nutritional disorders with most prevalence.

Objective: Determine the prevalence of anorexia nervosa in adolescents in urban schools in the city of Cuenca, during the school year 2011-2012.

Analysis and Observation Unit: Teens aged between 10 and 19 that full fit the inclusion and exclusion criteria.

Methodology: Cross sectional quantitative or prevalence, conducted in 69 urban high schools in the city of Cuenca, 2012. Sample 814 students. Information was collected using a previously validated questionnaire; the diagnosis of anorexia was given by the DSM-IV TR. The data were processed in SPSS 15.0 evaluation version.

Results: The average age stood at 15 years with a DS of 1.66 years, the prevalence of anorexia was at 2,7%, was presented with the highest prevalence in adolescents aged between 17 -19 years (3,1 %), male (3,2%), no migration (3,4%), with a migrant parent (4,9%) and students in fiscomisionales high schools (4,2%). There is no demographic variable was associated with anorexia nervosa and television programs also increased the risk of this pathology.

Conclusions: The anorexia nervosa is pathology of low prevalence in the study population, the television programs whose focus is on the body and fashion increases the risk of anorexia nervosa, although not achieving statistical significance in our study.

KEYWORDS: ANOREXIA, ADOLESCENCE, NUTRITIONAL DISORDER.

DeCS: NUTRITIONAL DISORDERS/EPIDEMIOLOGY;
ANOREXIA/EPIDEMIOLOGY; RISK FACTORS;
ADOLESCENT/PHYSIOLOGY; STUDENTS/STATISTICS & NUMERICAL
DATA; URBAN ZONES; CUENCA (ECUADOR).

**ÍNDICE**

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	17
1.1 INTRODUCCIÓN	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN	22
CAPÍTULO II	23
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	23
2.1. ADOLESCENCIA.....	23
2.1.1 DEFINICIÓN.....	23
2.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	23
2.1.2.1 ADOLESCENCIA INICIAL O TEMPRANA. 10 A 14 AÑOS... 23	
2.1.2.2 ADOLESCENCIA MEDIA. (12- 13 A 16 AÑOS).....	24
2.1.2.3 ADOLESCENCIA TARDÍA. (16 A 19 AÑOS).	24
2.2 ANOREXIA NERVIOSA.....	24
2.2.1 CONCEPTO	24
2.2.2 DATOS HISTÓRICOS.....	25
2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA	26
2.2.4 FACTORES CAUSALES.....	26
2.2.5 CLASES DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN DSM (DIAGNOSTIC AND STATICAL MANUAL OF MENTAL DISEASES)	27
2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	27
2.2.6.1 MANIFESTACIONES FÍSICAS	27
2.2.6.2 MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES	27
2.2.6.3 MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES.....	28
2.2.6.4 MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS.....	28
2.2.6.5 OTROS CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	28
2.2.6.6 TRASTORNOS HIPOTALÁMICOS Y ENDÓCRINOS	28
2.2.6.7 METABOLISMO HIDROCARBONADO	29
2.2.6.8 MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS	29
2.2.7 PRESIÓN SOCIAL Y ESTEREOTIPOS SOCIALES	30



2.2.8 DIAGNÓSTICO	31
2.2.8.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	31
2.2.8.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	33
2.2.9 TRATAMIENTO.....	34
2.2.9.1 TRATAMIENTO MÉDICO	34
2.2.9.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	37
2.2.9.3 TERAPIA DE FAMILIA	38
2.2.9.4 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.....	38
2.2.9.5 ¿CUÁNDO SE NECESITA HOSPITALIZACIÓN?.....	38
2.2.10 ANOREXIA NERVIOSA EN HOMBRES	39
2.2.10.1 SEMEJANZAS	39
CAPITULO III	41
3. OBJETIVOS.....	41
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
CAPITULO IV	42
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	42
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN	42
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	42
4.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	42
4.5 UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN	42
4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	43
4.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	43
4.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	43
4.6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS A UTILIZAR.....	43
4.7 MATRIZ DE VARIABLES	44
4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	45
4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOSASPECTOS ÉTICOS	47
CAPÍTULO V	48
5. RESULTADOS.....	48
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	48



5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	48
5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	49
5.3.1 PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS	49
5.3.2 ESTADO NUTRICIONAL.....	54
5.3.3. EDAD.....	55
5.3.4 SEXO.....	55
5.3.5 AÑO DE ESTUDIO	56
5.3.6 EMIGRACIÓN FAMILIAR	56
5.3.7 TIPO DE COLEGIO	57
5.3.8 IMAGEN CORPORAL DISTORSIONADA.....	57
5.3.9 PRESENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA.....	58
5.3.10 ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDAD	59
5.3.11 ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN MIGRACIÓN FAMILIAR.....	60
5.3.12 INFLUENCIA DE TV.....	61
5.3.13 ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN SEXO	62
5.3.14 ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN TIPO DE FAMILIAR EMIGRANTE	63
5.3.15 ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN TIPO DE COLEGIO	64
5.3.16 ANOREXIA NERVIOSA E IMAGEN CORPORAL DISTORSIONADA.....	65
5.3.17 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS DE NOTICIAS.....	66
5.3.18 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS DE ENTREVISTAS.....	67
5.3.19 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS DE DEPORTES.....	68
5.3.20 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS - TELENÓVELAS.....	69
5.3.21 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS- MODELAJE	70
5.3.22 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS – CONCURSOS	71



5.3.23 ANOREXIA NERVIOSA Y PROGRAMAS TELEVISIVOS – PELÍCULAS.....	72
5.3.24 ANOREXIA NERVIOSA Y OTROS PROGRAMAS TELEVISIVOS	73
CAPÍTULO VI.....	74
6. DISCUSIÓN	74
CAPÍTULO VII.....	80
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
7.1 CONCLUSIONES	80
7.2 RECOMENDACIONES.....	81
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	88



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Carolina Chica Heredia, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011-2012”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2012

Gabriela Carolina Chica Heredia

CI: 171650270-1

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jéssica Paola Coronel Zárate, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011- 2012”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2012

Jéssica Paola Coronel Zárate

CI: 010444546-5

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Juan Emmanuel Romero Alvarado, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011-2012**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Diciembre del 2012

Juan Emmanuel Romero Alvarado

Ci: 0104548011

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Carolina Chica Heredia, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011-2012”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2012

Gabriela Carolina Chica Heredia

CI: 171650270-1

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jéssica Paola Coronel Zárate, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011- 2012”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2012

Jéssica Paola Coronel Zárate

CI: 010444546-5

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Juan Emmanuel Romero Alvarado, autor de la tesis "**PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011-2012**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Diciembre del 2012

Juan Emmanuel Romero Alvarado

CI: 0104548011

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103
Cuenca - Ecuador



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

**PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN LOS Y LAS
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011- 2012.**

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

**AUTORES: GABRIELA CAROLINA CHICA HEREDIA
 JÉSSICA PAOLA CORONEL ZÁRATE
 JUAN EMMANUEL ROMERO ALVARADO**

DIRECTOR: DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

**CUENCA- ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a todos aquellos que creyeron en nuestra capacidad y fueron el arbotante que sostuvo nuestro espíritu en los momentos más duros de nuestra carrera, para aquellos que dedicaron su tiempo para ser nuestra guía y conducirnos a terminar una etapa más de nuestras vidas, para todos que con un pequeño grano de arena, con pequeñas palabras de aliento, o con un voto de fe; supieron darnos fuerzas para cumplir la anhelada meta. Y en especial va dedicado a Dios y nuestros padres, mentores en nuestro largo proceso de aprendizaje.

LOS AUTORES



AGRADECIMIENTO

Queremos expresar un profundo agradecimiento a todos los tutores que han sido parte de la formación en nuestra carrera ya que sin ellos no podríamos haber llegado hasta estas instancias.

No podemos dejar de lado también a nuestro director y asesor de tesis Dr. Julio Jaramillo Oyervide; quien brindo su apoyo tiempo y paciencia para que este estudio sea realizado de la manera más prolija y veras orientando y dirigiendo durante todo el proceso de desarrollo de este trabajo.

De la misma manera hacemos extensa la gratitud a todos los planteles educativos de enseñanza secundaria de Cuenca, a sus rectores, maestros y estudiantes que supieron abrirnos sus puertas así como nos brindaron todo su apoyo para la correcta realización de nuestro estudio.

De igual forma nos es grato manifestar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que participaron de forma directa o indirecta en la realización de nuestro estudio.

Finalmente y de manera especial hacemos un exvoto a nuestros padres, hermanos, y amigos por el gran apoyo desinteresado que nos supieron brindar.

LOS AUTORES



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la anorexia nerviosa como “un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”. Este estudio determinó la prevalencia de la anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los 69 colegios de Cuenca, así como la prevalencia según edad, sexo, tipo de institución y la existencia o no de una relación significativa con la emigración, por lo cual se realizó un estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal o prevalencia; utilizando el programa de EpiInfo versión 6 con el cual del universo de 43.727 adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca; se determinó el número de adolescentes que participaron por randomización en el estudio, siendo estos 740. Para el cálculo hemos empleado el 2% en el parámetro frecuencia esperada, un peor aceptable del 3%; además se utilizó el nivel de confianza del 95% y se adicionó el 10% de posibles pérdidas, lo cual significa que la muestra es de 814 adolescentes.

El trabajo está dividido en siete capítulos que abarcan desde el contenido teórico, la determinación de los objetivos, operacionalización de las variables, resultados y conclusiones.

El contenido teórico está basado en conceptos y afirmaciones de las diferentes variables que se utilizaron en este estudio, mismos que citamos a continuación, adolescencia, sexo, edad, anorexia nerviosa la misma que se detalla tanto en su epidemiología, clínica, y tratamiento.

Los resultados estarán presentados al final del trabajo tanto con tablas con su respectiva interpretación en datos estadísticos. Que serán confrontados en la discusión con trabajos y estudios de diferentes autores. Terminando con la conclusión a la cual llegamos luego del estudio.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para analizar el problema planteado nos concentramos en los estudiantes de los 69 establecimientos educativos urbanos de la ciudad de Cuenca divididos en 42 particulares, 23 fiscales y 4 fiscomisionales; que en su totalidad dan una cifra aproximada de 43.727 estudiantes, ya que el trastorno alimenticio anorexia nerviosa (AN) es caracterizada por una excesiva preocupación por el peso y la forma corporal, una grave pérdida de peso autoimpuesta y disfunción endocrina que afectan principalmente a mujeres adolescentes; además de presentar un mortalidad elevada (1), que podrían estar influenciadas por corrientes anoréxicas bien organizadas que publican en páginas de internet por así decirlo de estrategias para llegar a ser anoréxica y como ocultar de los padres sus actitudes para no ser descubiertas. Entre las organizaciones más representativas de apoyo a estos trastornos alimenticios están la corriente ANA y MIA (2), que como aviamos mencionado antes son organizaciones cibernéticas que utilizan al internet como herramienta de promoción ya que es muy popular entre los adolescentes. También se debe considerar a otras fuentes de comunicación y principalmente la televisión, ya que según un artículo publicado en el diario EL PAIS se expone una encuesta realizada en 1998, exactamente 38 meses después de que comenzara a transmitir su señal el primer y único canal de televisión en Fiyi, un 74% de las niñas del país dijeron sentirse "muy corpulentas o gordas". La programación del canal consiste en series británicas, australianas y estadounidenses por lo que Un 15% de las niñas entrevistadas dijeron que habían recurrido al vómito como medida para controlar su peso (3).

Un estudio descriptivo transversal realizado por la doctora Nancy Auquilla Díaz aplicado en el colegio Fiscomisional Experimental Asunción de la ciudad de Cuenca del 2002 al 2003, con una muestra aleatoria de 346 adolescentes, a quienes se les ejecutó una encuesta basada en los criterios del DSM IV TR para Anorexia, Bulimia y Trastornos Inespecíficos de la Alimentación, en la mayoría de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, da como resultado un



total de 7 casos de anorexia que corresponden al 2%, de los cuales 5 casos fueron de sexo masculino y 2 de sexo femenino (4), lo que contrapone con la bibliografía consultada que muestra una evidente inclinación de la epidemiología hacia el sexo femenino entre el 90% y 95%, y un caso de anorexia en varones por cada ocho mujeres (1) y podría estar influenciada por el papel de la familia como uno de los factores primordiales; como afirma el doctor Jorge Martínez en un artículo en el diario en línea Crónica afirmando que la migración de los padres como una de las principales causas de anorexia y bulimia en esa población cercana a la nuestra, pues según indica esta situación provoca padecimiento en los adolescentes(5). Por su parte, Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, en un estudio realizado con 1,534 alumnas adolescentes, reportaron que 3.4% mostraba un trastorno de la conducta alimentaria; la prevalencia de anorexia fue de 0.6%, de bulimia 0.6% y de casos incompletos 2.1%. (6). En cuanto a otras investigaciones en el ámbito regional y nacional no existen, por lo cual este trabajo podría constituir una herramienta importante para futuros programas de salud.

En lo que se refiere a investigaciones en América Latina, se realizó un estudio de corte transversal en Argentina coordinado en el ámbito de la Sociedad Argentina de Pediatría, en el cual se analizaron en el sector público y privado 1.971 adolescentes (1.231 mujeres y 740 varones). La edad media fue de 14,16 +- 2,51 en las mujeres y de 14,12 +- 2,44 en los hombres. En el análisis del cuestionario EDE-Q se observó que 1.591 casos (80,8%) tenían resultados normales, mientras que 380 (19,2%) eran sospechosos de tener Trastorno Alimenticio (TA). La relación fue de 3,36 casos femeninos por cada caso masculino. Entre los casos positivos analizados con EDE 12 (159 casos), en el 81,8% se confirmó trastorno compulsivo del comer, en el 3,8% anorexia y en el 0,6% bulimia. En el 13,8% de los casos no se comprobó TA a pesar de haber sido sospechosos(7).

Un estudio similar al mencionado anteriormente, realizado en Tunja capital del estado Boyacá-Colombia en 179 adolescentes se encontraron datos contradictorios, ya que el mayor porcentaje fue para la bulimia con 10,6% y para la anorexia nerviosa fue de 1,1%; identificándose factores de riesgo



asociados estadísticamente significativos como prácticas dietéticas en 14,3% de anoréxicos, y la práctica de ayuno independiente de la periodicidad en 8% de los anoréxicos. En lo que respecta a las variables de Sexo la prevalencia de la anorexia fue de 1,3% en mujeres, sin encontrarse anorexia en varones; y para la variable Edad hubo ausencia de la enfermedad en adolescentes de 13 a 15 años y en edades de 16 a 17 la prevalencia fue de 4,1% (8), en la misma tónica de los factores de riesgo de anorexia nerviosa no se puede dejar de mencionar como influye el nivel socio económico; para lo cual citaremos el estudio de tipo exploratorio descriptivo de María Loreto Correa V. Pediatra del Departamento de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile y sus colaboradores, con una medición única, el cual contó con una muestra intencional de 1.610 estudiantes, de 11 a 19 años de 9 establecimientos educativos de la región metropolitana de Santiago de Chile pertenecientes a comunas de distintos niveles socioeconómicos, cuyos resultados proyectaron una mayor prevalencia de riesgo en comunas de menores ingresos: bajo 11,3%, medio 8,3% y alto 5,1%; esta diferencia fue estadísticamente significativa con una prevalencia < 0,02(9). Datos similares se encontró en un estudio en Santiago de Chile donde se estima la prevalencia de anorexia nerviosa entre un 0,5% y 3% pudiendo aumentar hasta el 6% cuando se incluyen mujeres jóvenes y sanas (10). De igual manera se debe considerar el Índice de masa corporal como factor de riesgo, demostrándose a través de un estudio transversal realizado en Cali-Colombia en un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, a quienes se les aplicó una encuesta de evaluación del comportamiento alimenticio, que indica un rango normal con el 65.2%, mientras que el 17.4% estaba en el rango de bajo peso y el 13% tenía sobrepeso (11).

Cabe mencionar trabajos realizados en otros continentes para que así se pueda comparar cómo se comporta la anorexia en las distintas realidades, así un estudio observacional transversal en Reus – España en una muestra aleatoria poblacional de 551 adolescentes de sexo femenino de 12 a 21 años, dando como resultado anorexia nerviosa en 0,9 % y bulimia nerviosa en 2,9 % del total de los adolescentes (12).



Por otro lado Ruiz y Alonso de la Torre en Salamanca-España colocan la prevalencia de esta enfermedad entre un 0,12%-0.1% siendo de mayor prevalencia en mujeres (13) y Morales en España expone que la edad de comienzo varía según los autores, siendo las más aceptada un tope de 25 años de edad, sin embargo se acepta un rango de hasta 35 años, situándose la media de edad en 17-18 años, esta enfermedad resulta rara antes de los 12 años y por encima de los 30, por lo general se presenta en la adolescencia, siendo por encima de los 25 o por debajo de los 13 de infrecuente diagnóstico (14); por otro lado según un estudio en Inglaterra por la National Collaborating Centre for Mental Health propone que la edad de inicio de esta enfermedad se ubica y es más prevalente entre los 15 y 19 años de edad (15) y en lo que se refiere a la prevalencia anorexia; en cuanto a sexo un estudio realizado en España por Mendoza y Guadamarra encontraron en una muestra de 316 adolescentes que el 14% de los participantes de sexo masculino fueron propensos a padecer trastornos alimentarios (6% anorexia, 6% bulimia y 2% trastornos mixtos); en cambio en el sexo femenino el 6% presentó bulimia, 10% anorexia nerviosa y 4% trastornos mixtos; como observamos el sexo femenino en este estudio también resultó ser el de mayor afectación (16); que se ve afirmado por el estudio de Rivas et. Al también en España quienes realizaron un estudio en 1.555 adolescentes demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Específicamente para la anorexia nerviosa, el porcentaje fue de 0.5% en hombres y de 3.9% en mujeres, mientras que para la bulimia nerviosa los porcentajes son 0.6 y 0.2%, respectivamente. (17).



1.3 JUSTIFICACIÓN

Estudios en diferentes países demuestran una diferencia significativa en cuanto a la prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes. En Guatemala en los colegios privados se presenta el 22.5% en sexo femenino y 7.3% en sexo masculino y en los colegios públicos el 16.2% de sexo femenino y del 8.2 % para el sexo masculino(18); en Argentina el 0.8% en mujeres y el 0.6% en hombres (19), y en España se detectó 0% para varones y un porcentaje de 0.35% para mujeres de casos de anorexia nerviosa(20); por lo tanto estos datos no se pueden extrapolar a nuestra realidad, ya que estos se contraponen a los obtenidos por la doctora Nancy Auquilla (4), por tal razón creemos importante obtener datos confiables que nos permitan orientarnos a la realidad de los y las adolescentes de la ciudad de Cuenca, para que así puedan tomar conciencia de este problema y sus consecuencias y crear medidas que puedan contribuir en la puntualización de sus posibles soluciones. Además que podría transformarse en una información valiosa para los programas estatales como “A vivir *bien*, *comer sano*, y *moverse. Ecuador*” lanzado el 1 de marzo de 2008 cuya duración será en un lapso de 5 años por lo que todavía no se han obtenido resultados. (21)



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ADOLESCENCIA

2.1.1 Definición

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (22)

La OMS refiere: "Adolescente es el grupo poblacional de 10 a 19 años. En este período se continúa el cambio hacia la búsqueda y consecución paulatina de la madurez bio-psico-social y emocional"(23).

2.1.2 Etapas de la Adolescencia

2.1.2.1 Adolescencia inicial o temprana. 10 a 14 años

Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. (24)



2.1.2.2 Adolescencia media. (12- 13 a 16 años).

Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquía que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto. (24)

2.1.2.3 Adolescencia tardía. (16 a 19 años).

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente. (24)

2.2 ANOREXIA NERVIOSA

2.2.1 Concepto

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimenticio que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de diuréticos. El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Tras doce años de evolución de la enfermedad en una persona la curación se considera prácticamente imposible.



Se habla también de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia nerviosa, aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimenticios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos. (25)

2.2.2 DATOS HISTÓRICOS

Los casos de Anorexia Nerviosa se han identificado desde 1694 por Morton, quien reseña el caso de una joven con anorexia nerviosa, amenorrea, desnutrición y apego excesivo al ejercicio, la misma que rechaza cualquier tipo de tratamiento y finalmente muere, que en ocasiones eran considerados verdaderas posesiones demoníacas. De igual manera, en la edad media se relatan procesos de “Anorexia Sagrada”, mujeres pertenecientes a sociedades patriarcales, sometían su cuerpo a ayuno extremo, a fin de alcanzar metas espirituales superiores; cuando aparentemente el logro era controlar su cuerpo ante la represión de las necesidades básicas reprimidas. Tal es el caso de Santa Catalina de Siena quien a los 15 años, a punto de contraer matrimonio, inicia restricción alimentaria extrema, con presencia de una personalidad perfeccionista, desinterés social y exceso de actividades.

Es a partir de los años 40 cuando la escuela psicoanalítica enfoca la enfermedad desde un punto de vista psicodinámico y da pie al estudio de este trastorno. El rechazo a la comida se considera como la inhibición de los impulsos.

En la década de los 70 se postuló la teoría en la que la Anorexia es la respuesta de evitación fóbica a la comida, resultado de la tensión social y sexual generada por los cambios físicos de la pubertad. Otros estudios sostienen que la Anorexia se da gracias a una disfunción del Hipotálamo, presentada en disminución de hormonas como noradrenalina, serotonina y dopamina. En la década de los 90 hay autores que demuestran que las pacientes anoréxicas generalmente tienen familiares cercanos con trastornos

afectivos y sus madres han desarrollado trastornos psiquiátricos, especialmente obsesivos–compulsivos. (25)

2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% en mujeres adolescentes. Las bailarinas, atletas y gimnastas constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar la enfermedad. En las últimas décadas se ha visto un aumento importante en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población adolescente. Los trastornos del apetito son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales. La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años.

En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1. (10)

2.2.4 FACTORES CAUSALES

- **Predisponentes:** Factores genéticos, Edad 13 a 20 años, trastorno afectivo, introversión/ inestabilidad, sobrepeso en la pubertad y adolescencia, nivel social medio/ alto, familiares con trastorno afectivo, familiares con adicciones, familiares con trastornos de la ingesta, obesidad materna, valores estéticos dominantes.(26)
- **Precipitantes:**Cambios corporales, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales con el padre, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física, acontecimientos vitales.(26)
- **Perpetuantes:**consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones anoréxicas, actividad física excesiva, iatrogenia.(26)



2.2.5 CLASES DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN DSM (DIAGNOSTIC AND STATICAL MANUAL OF MENTAL DISEASES)

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa:

- **Tipo restrictivo:** La persona no está comprometida firmemente con un régimen alimenticio o un comportamiento purgativo, esto es, inducción al vómito, ejercicio excesivo o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.
- **Tipo purgativo/compulsivo:** La persona se ha comprometido firmemente a una dieta rigurosa o a un comportamiento purgativo, esto es, inducción al vómito, ejercicio excesivo o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.(27)

2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

2.2.6.1 Manifestaciones Físicas

Síntomas de disminución de peso significativa con atrofia muscular y prominencias óseas (ej.: costillas y escápulas visibles). Excesiva sensibilidad al frío. Piel pálido-amarillenta, reseca. Puede haber acné y pérdida significativa del cabello, debido a anemia y trastornos hormonales. Debilidad y mareos. Palpitaciones. Ritmo cardíaco alterado, hipotensión. Calambres musculares. Halitosis (mal aliento). Agrandamiento de las glándulas parótidas. Constipación. Meteorismo (gases intestinales). Trastornos auditivos (sensación de un "eco") por pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído. Propensión a las infecciones debido a inmunodeficiencia (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables). (28)

2.2.6.2 Manifestaciones cardiovasculares

Se producen bradicardias e hipotensión. Además adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco. Hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se



produciría una menor contracción cardíaca. Además, disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso. (29)

2.2.6.3 Manifestaciones gastrointestinales

Presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento. En algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayuda a perder peso y de esta manera facilitan su acostumbramiento. (29)

2.2.6.4 Manifestaciones hematológicas

La anemia es relativamente frecuente. En la mayoría de las pacientes la anemia es normocrómica, pero en algunas es ferropenia. También la médula ósea aparece hipoplasia en ciertos casos con un aumento exagerado de mucopolisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso. (29)

2.2.6.5 Otros cambios biológicos

La elevación de las concentraciones séricas de carotenos, responsables de la pigmentación amarillenta que presentan algunas pacientes y no aparece en otras formas de malnutrición. (29)

2.2.6.6 Trastornos hipotalámicos y endócrinos

En la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional. Entre los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. (29)



2.2.6.7 Metabolismo hidrocarbonado

En la anorexia nerviosa mental, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal, además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa. (29)

2.2.6.8 Manifestaciones psicológicas

La mayoría de las anoréxicas perciben una imagen corporal distorsionada, porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la anoréxica requiere más atención de quienes la rodean.

Estos pacientes por lo general presentan un historial de ligero sobrepeso, un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes, elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso: las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista, presentan además cambios conductuales como: iniciar una dieta restrictiva, utilizan varios recursos para seguir la dieta como el vómito, el uso de laxantes, diuréticos, hiperactividad como caminar varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico.

La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico. (29)

2.2.6.8.1 Comportamiento familiar: es el primer sitio donde la anoréxica ataca porque es el lugar en el que se realizan las comidas. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar y producirá comportamientos desadaptados. (29)

2.2.6.8.2 Conducta social y sexual: El interés sexual de la anoréxica está disminuido o acumulado. Ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran menos peso. (29)



2.2.7 PRESIÓN SOCIAL Y ESTEREOTIPOS SOCIALES

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de diferente manera en las distintas épocas de la historia del mundo occidental. Los avances históricos acarrear cambios culturales y en los patrones estéticos y corporales. La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen autoestima baja.

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde la TV, prensa, radio, bombardean continuamente con múltiples mensajes a los ciudadanos. El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Es difícil predecir si esta tendencia se mantendrá, por eso antes había una gran preocupación por la salud y actualmente lo que se está dando es un vuelco hacia lo estético; es decir, se hace notar que se vende más la motivación en estética que lo sanitario. (30)

La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida en la sociedad actual, que es un fenómeno que puede considerarse como normal en la experiencia femenina; lo anormal es el no- preocupación por el cuerpo.

-Comer con prisas: El modelo de familias tradicional tenía establecido la ingestión de tres comidas: desayuno, comida y cena, que no sólo era ocasión para alimentarse sino también de reunirse, comunicarse, en definitiva de convivir.

-El mercado del adelgazamiento: Los medios de comunicación junto con mensajes verbales, lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión e interiorización de la cultura de la delgadez. (30)

-Los medios de comunicación: El papel que las televisiones ejercen en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es el medio de comunicación más intensivo. (29)

2.2.8 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de la anorexia nerviosa se basa en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV- TR). Estos criterios incluyen:

2.2.8.1 Trastornos de la conducta alimentaria

Tabla de los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- 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.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre de forma regular a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre de forma regular a atracones o purgas (es decir, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Fuentes: DSM-IV TR. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed). Washington, DC. (30)

Elaborado por: American Psychiatric Association

1.- Desde el punto de vista pediátrico, es interesante resaltar el primer criterio: 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 o el índice de masa corporal menor a 17,5 kg/m². Este criterio, adaptado para el niño en crecimiento, permite hacer un diagnóstico precoz en la edad pediátrica y por lo tanto, poder llevar a cabo medidas preventivas adecuadas. Por otra parte, el primer criterio implica la presencia de un marcado bajo peso de causa no orgánica. Dado que muchos de estos pacientes llegan al especialista en situación clínica bastante evolucionada, es importante para el diagnóstico saber cuándo se ha producido la pérdida de peso, ya que existen personas con una importante delgadez constitucional que tienen hábitos alimentarios normales y no padecen anorexia nerviosa. (30)

Por último, el manual del DSM-IV TR aconseja considerar con cautela la reducción de peso superior al 15 % del peso ideal para la talla y edad del paciente y establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa en pacientes que presenten un porcentaje algo inferior si cumplen todos los demás criterios. (30)

2.-El segundo criterio hace referencia a la existencia de un miedo desmesurado a engordar, a pesar de estar en situación de bajo peso. Es importante distinguir entre los pacientes que presentan miedo a engordar y los que no. En general, el miedo a engordar aparece en fases avanzadas de la enfermedad. En una primera fase el paciente pierde el peso deseado, descubre que es capaz de mantenerlo y sigue con dietas estrictas, apareciendo en ese momento el miedo a ganar un solo gramo y agravándose la pérdida de peso. En este momento algunos pacientes se asustan por su pérdida de control y consultan con el especialista. Estos casos deben ser diagnosticados de EDNOS, tienen mejor pronóstico.

Pero pueden evolucionar a estados de anorexia nerviosa si no se hace un diagnóstico y una prevención adecuados. (31)

3.-El tercer criterio se refiere a la distorsión de la imagen corporal. La pérdida de la autoestima condiciona actitudes y sentimientos negativos hacia la propia imagen y existe una negación de la gravedad de la emaciación e inanición. Los pacientes se sienten gordos en la totalidad o en partes de su cuerpo. Algunas pacientes tienen una percepción exacta de su cuerpo superior, pero sobreestiman el tamaño del área abdominal y pelviana. (31)



4.-El cuarto criterio es la falta de menstruación durante tres ciclos seguidos, si se trata de una paciente en la etapa posmenárquica. Suele ser motivo de consulta, sobre todo por parte de familiares. La amenorrea se relaciona con la pérdida de peso, pero no depende totalmente de ella.

En un reducido número de mujeres se inicia antes de que se haya producido una pérdida de peso importante y persiste después de que éste haya vuelto a ser normal. Una vez establecido el diagnóstico, se cataloga la anorexia nerviosa en dos tipos: *a)* anorexia restrictiva o anorexia producida por dieta severa, donde los pacientes no presentan atracones ni purgas, y *b)* anorexia purgativa, o pacientes anoréxicos bulímicos, donde se producen atracones, seguidos de conductas compensatorias como son la provocación del vómito o el uso de diuréticos y/o laxantes. (31)

2.2.8.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnostico diferencial

Trastorno afectivo:

Anorexia melancólica:

- 1) El paciente no come porque cree no merecerlo.
- 2) Se ha comparado la anorexia-bulimia con el trastorno bipolar, en el período anoréxico equivaldría a la omnipotencia maniaca del control de las necesidades del cuerpo y la bulimia a la fase depresiva en que la avidez de afecto es equivalente a la avidez de alimento. (32)

Esquizofrenia:

- 1) Idea delirante de no poseer esófago o de ser envenenado.
- 2) Delirio de tipo ascético: Castigo del cuerpo, autopunición.

Neurosis histérica:



1) Fantasma de fecundación oral, el cuerpo y la sexualidad están culpabilizados se diferencia de la anorexia en que habrá un mayor contenido simbólico y rico, no estará la problemática circunscrita a lo oral.

Neurosis fóbica:

1) El miedo a ahogarse mientras se alimenta, habrá un despliegue de rasgos fóbicos más allá de la alimentación.

Neurosis obsesivo:

1) Coincide con la anorexia nerviosa en el temor a alimentarse como, parte de una situación placentera y su relación con la sexualidad también posee un contenido de "miedo a la contaminación" en el acto de alimentarse. Pero con una profusión de síntomas que va más allá de la nutrición. (32)

2.2.9 TRATAMIENTO

2.2.9.1 Tratamiento Médico

El tratamiento médico es imprescindible para que una vez diagnosticada la sintomatología clínica, se pueda realizar el tratamiento adecuado en cada caso. Siempre en congruencia con la búsqueda de la recuperación de su peso y de su autoestima. El tratamiento médico vigilará la función de los órganos, sobre todo el cardiovascular, disfunciones por falta de vitaminas y minerales y la necesidad de usar o no antidepresivos.

El tratamiento nutricional para la anorexia nerviosa comprende la valoración nutricional del paciente, la dieta como terapia inmediata para corregir la malnutrición, y la educación nutricional para la creación de hábitos alimenticios. Por ello, una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de un plan nutricional debe ser inmediato, acorde con el tratamiento médico y psicológico, de manera que se puedan alcanzar los objetivos. (33)

Objetivos del tratamiento nutricional:



- Corregir la malnutrición, el bajo peso y sus secuelas.
- Reestructurar los hábitos alimentarios del paciente para que incluya en su alimentación todos los grupos de alimentos en sus proporciones adecuadas.

Para planificar el tratamiento nutricional es importante conocer las pautas de alimentación que seguía el paciente, antes de empezar con la restricción voluntaria de alimentos que lo llevó a la anorexia. Este es un trabajo que debe realizar un profesional con experiencia en el tratamiento de estos pacientes ya que el paciente anoréxico, como es conocido, tiene una tendencia a manipular la información sobre su alimentación, ocultando datos, aumentando las raciones que ha consumido, etc.

A través de este tipo de encuesta dietética se podrá estimar la ingesta proteica, los alimentos que temen o rechazan, conocer las frecuencias y tipo de comidas que realizan, etc. para poder indicar un tratamiento dietético más adecuado en cada caso.

La individualización del tratamiento permitirá plantear la conveniencia de un ingreso hospitalario para casos muy extremos, donde incluso hasta se podrá optar por una alimentación por sonda. Aunque la mayoría de estos pacientes pueden alimentarse por vía oral y siempre que el paciente muestre predisposición y el entorno familiar sea favorable, será preferible un tratamiento ambulatorio.

En términos generales se iniciará el tratamiento con una cantidad energética de unas 1200-1400 Kcal/día realizando incrementos lentos y progresivos de 100 a 200 Kcal/día a intervalos de varios días, para promover una tasa constante de aumento de peso. Esta tasa en pacientes hospitalizados suele ser un incremento de 900/1300 g/semana y, en pacientes ambulatorios, de 450 g/semana.

Una vez que se establece el total de calorías de la dieta se deberá intentar que:

- El 25-30% de las calorías totales sean a través del consumo de las grasas, preferentemente las que aportan ácidos grasos esenciales (aceite de oliva, aceites de pescado, frutos secos, aguacate).
- El 15-20% de las calorías totales sean a través del consumo de proteínas, seleccionando las de origen animal por ser de mejor calidad, por ejemplo: las carnes, el pescado y el huevo.
- El 50-55% de las calorías totales se adquieran a través del consumo de carbohidratos, como los cereales o harinas integrales, las legumbres y las frutas y verduras. Se fomentará el consumo de estos carbohidratos con fuentes de fibra para compensar el estreñimiento que se suele observar en la anorexia.(33)

Algunas de las complicaciones provocadas por la pérdida de peso en la anorexia nerviosa, generan una serie de molestias digestivas importantes una vez que el paciente reanuda una alimentación más completa. Es fundamental que el paciente conozca esta situación para evitar posibles frustraciones en el tratamiento. Se debe hablar con él, tranquilizarlo, informándole de que es una situación transitoria que desaparecerá al normalizar su estado nutricional.

Algunos consejos que contribuyen al éxito del tratamiento nutricional.

- Se intentará que la alimentación sea lo más variada posible, que no sea monótona, ni repetitiva. Ésta es la clave para que una alimentación sea completa y equilibrada y garantice el consumo de todos los alimentos y sus nutrientes.(33)
- Al inicio del tratamiento, conviene empezar con la utilización de los alimentos menos rechazados, como las frutas, las verduras y las ensaladas.
- A medida que progresan en su ganancia de peso se incorporará de modo progresivo aquellos alimentos que habían eliminado por temor al valor energético o por la connotación que le han asignado. Los que mayor rechazo les ocasionan son los alimentos ricos en grasas, por lo que se empezará con el consumo de alimentos como la leche entera,



sopa o batidos, donde la grasa no es tan evidente como en la mantequilla, los aceites, las carnes, la yema de huevo o los aderezos.

- Se organizará un horario fijo de comidas para que sea más fácil cumplir con el plan de alimentación.
- Se fraccionarán las comidas hasta que alcancen unas 4 ó 5 comidas al día, para que cada toma no sea muy abundante. De este modo se disminuye la sensación de plenitud siendo menos probables las molestias digestivas. En los refrigerios serán de utilidad los suplementos líquidos de forma definida.
- Se aumentará poco a poco el tamaño de las raciones, para que el organismo empiece a recibir una mayor cantidad de nutrientes para recuperar sus funciones.
- Se procurará que los pacientes participen a la hora de la comida de un entorno familiar habitual y que no intervengan en la elaboración de sus platos.

Un modelo del plan de alimentación adecuado para entregarle al paciente con anorexia nerviosa se puede conformar de la siguiente manera:

- Recordatorio de las consecuencias de la malnutrición y la importancia de la alimentación equilibrada.
- Relación de los distintos grupos de alimentos y sus características.
- Recomendaciones muy generales acerca de la salud. (33)

2.2.9.2 Tratamiento Psicológico

El tratamiento de la anorexia nerviosa es una intervención compleja fundamentalmente por dos motivos: la dificultad del problema y la habitual falta de cooperación por parte de los pacientes.

La apropiada relación entre terapeuta y paciente en este contexto es un elemento crucial, debiendo evitarse confrontaciones que pondrían en peligro la continuidad de la intervención. En general, no es adecuado querer avanzar demasiado rápido, sobre todo en lo que respecta a la modificación de



cogniciones disfuncionales, siendo necesario que el terapeuta prepare al paciente antes de abordar los aspectos más delicados.

La intervención psicológica puede distribuirse, básicamente, en dos fases. En la primera, casi siempre en régimen hospitalario, se aplican estrategias que permiten regular el peso del paciente y prepararlo para la segunda fase; en ésta, los objetivos son mantener el peso apropiado y reducir la vulnerabilidad del paciente. (33)

2.2.9.3 Terapia de familia: Muchos terapeutas la recomiendan en enfermas anoréxicas adolescentes que con frecuencia viven con sus padres.

2.2.9.4 Psicoterapia individual: Quizá el aspecto más importante de la terapia es el desarrollo de una relación cálida entre la paciente y el terapeuta. (29)

2.2.9.5 ¿CUÁNDO SE NECESITA HOSPITALIZACIÓN?

Un eslabón intermedio entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización está en la utilización de hospitales de día, que en los casos menos graves pueden sustituir a la hospitalización completa. Las ventajas de los hospitales de día está en la reducción de tasa de ingresos hospitalarios, siempre precarios en camas disponibles, la no separación de los pacientes de su ambiente habitual y ser marco adecuado de actividades que ni el medio ambulatorio ni el hospitalario facilitan: tareas de información, sensibilización de la población y programas de prevención; cursos de formación de personal, atención más permanente, grupos sociales y familias y programas de tratamiento más intensivos a un mayor número de pacientes. (34)

En un programa de hospital de día el tratamiento se basa esencialmente en la terapia grupal, la mayor parte de las actividades son en grupo. Estos grupos se dedican unos esencialmente al tratamiento de la alimentación alterada: grupos de educación alimentaria, nutrición y cocina, monitorización de comidas y autocontrol. Otros grupos están orientados hacia el control del peso, evaluación, valoración de la figura y reestructuración de las cogniciones



erróneas. Una tercera línea de terapia grupal está dedicada al tratamiento de las relaciones personales y familiares, la asertividad, la expresión y el control del ejercicio. Criterios de hospitalización: (34)

-Pérdidas de peso de un 25 a 30%, del que corresponde en aquel momento por edad y estatura.

-Enfermedades físicas, secundarias o no a la anorexia nerviosa, que requieran hospitalización, por ellas mismas o porque asociadas a la anorexia les imprime mayor gravedad.

-Trastornos psiquiátricos graves: ansiedad, depresión y riesgo de suicidio.

-Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario.

-Fracaso confirmado y reiterado del tratamiento ambulatorio o del hospital de día. (34)

2.2.10 ANOREXIA NERVIOSA EN HOMBRES

Los trastornos de la alimentación afectan a todas las personas: hombres, mujeres, niños, adultos, etc. Actualmente se sabe que una gran parte de las personas que padecen anorexia nerviosa son hombres y también requieren de ayuda.

2.2.10.1 Semejanzas

Los hombres que padecen anorexia nerviosa tienen síntomas clásicos: pérdida del apetito, baja de peso, trastornos psicológicos, comportamiento obsesivo respecto a la comida, etc. Sin embargo, en los hombres existe una mayor tendencia a mantener el problema oculto por mucho tiempo, lo cual hace que al momento de detectarlos, las complicaciones sean más severas.

2.2.10.2 Diferencias

Algunas de las teorías sugieren que las diferencias sociales modifican la presentación de la enfermedad. En general, los hombres no se sienten



obligados a ser delgados como las mujeres, por lo que es poco común que se sometan a dietas extremas, aunque es más frecuente que hagan ejercicio en exceso. Muchos hombres empezaron a desarrollar la enfermedad después de realizar ejercicios extremos como carreras largas, pesas o ejercicios de alto rendimiento que requieren disciplina. (35)



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, año lectivo 2011- 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1. Determinar la frecuencia de anorexia nerviosa según el sexo en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2011- 2012.

3.2.2. Establecer la frecuencia de anorexia nerviosa según la edad en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2011- 2012.

3.2.3. Identificar los factores influyentes de la anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2011-2012, tales como: imagen corporal distorsionada, la influencia de programas de televisión de modelaje.

3.2.4. Determinar la frecuencia de anorexia nerviosa según el tipo de colegio particular o fiscal en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2011- 2012.

3.2.5. Establecer la frecuencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2011- 2012, según emigración de algún familiar.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal o prevalencia.

4.2 Área de investigación

Nuestra investigación se realizó en los 69 colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, en el año 2012.

4.3 Universo de Estudio

El estudio se constituyó por un total de 43.727 adolescentes secundarios de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, registrados en la Dirección Provincial de Educación de Cuenca, en el año lectivo 2011- 2012.

4.4 Selección y Tamaño de la Muestra

Para nuestro estudio se utilizó el programa de EpiInfo versión 6 con el cual del universo de 43.727 adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca; se determinó el número de adolescentes que participaron por randomización en el estudio, siendo estos 740. Para el cálculo hemos empleado el 2% en el parámetro frecuencia esperada, un peor aceptable del 3%; además se utilizó el nivel de confianza del 95% y se adicionó el 10% de posibles pérdidas, lo cual significa que la muestra es de 814 adolescentes.

4.5 Unidad de Análisis y Observación

Adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.



4.6 Criterios de Inclusión y exclusión

4.6.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron los y las adolescentes que se encuentren matriculados y cursando el periodo lectivo 2011- 2012 de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, y que aceptaron participar en la investigación firmando el asentimiento informado y obteniéndose el consentimiento de los representantes legales.

4.6.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron las personas que no entran en la clasificación de adolescentes según la OMS (10-19), las y los adolescentes que no se encontraban matriculados en el periodo lectivo 2011- 2012; de igual manera no participaron en la investigación las personas que se negaron a firmar el asentimiento informado.

4.6.3 Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar.

Se solicitó la autorización pertinente para la realización de las encuestas mediante un oficio dirigido a los/as rectores/as de los planteles educativos (ver anexo 2), los mismos que fueron aprobados por las respectivas autoridades de los colegios en estudio.

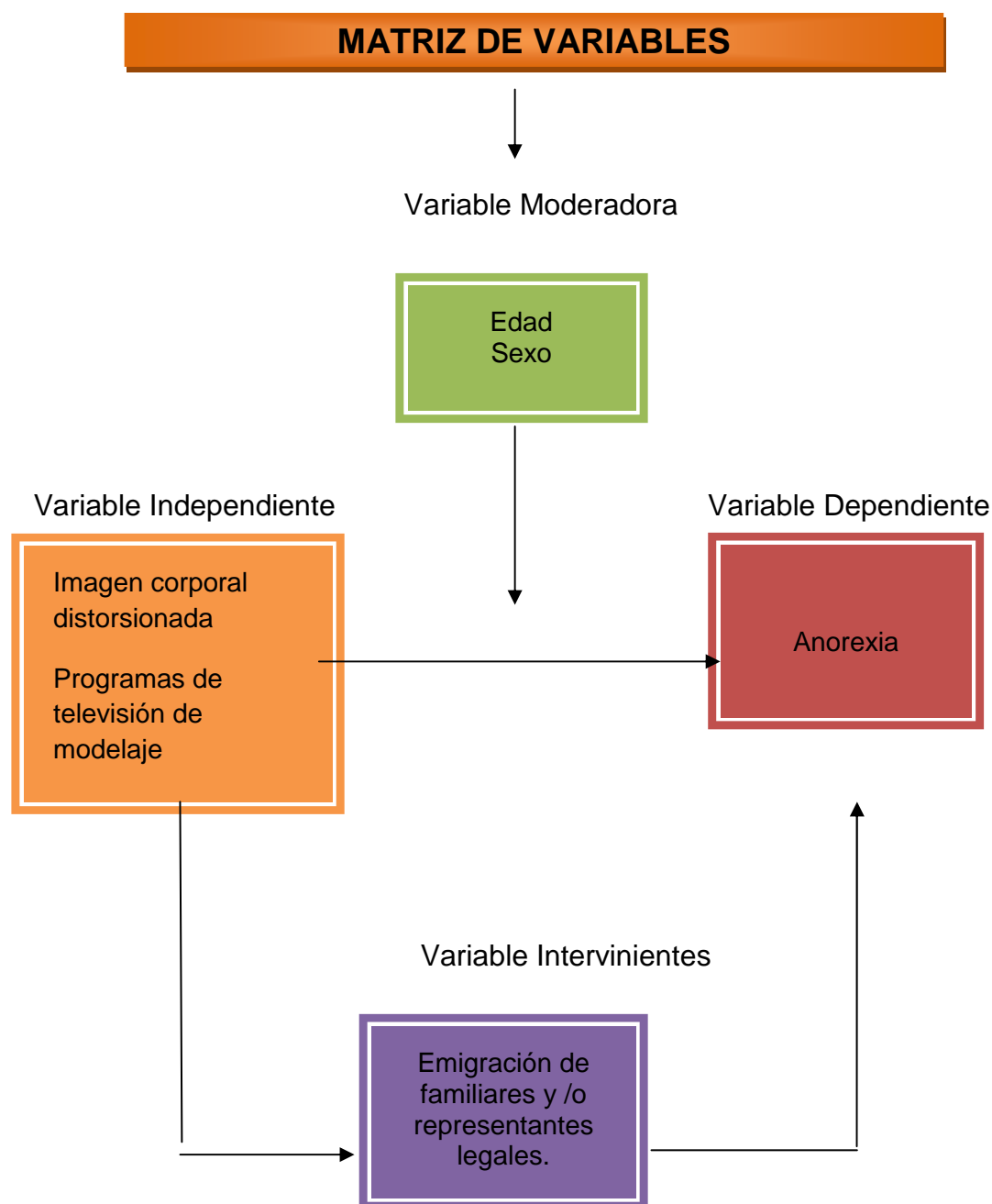
Posteriormente se entregó a las/os estudiantes el consentimiento (ver anexo 3) y asentimiento informado (ver anexo 4), los cuales dieron a conocer a los padres de las/os alumnos y estudiantes participantes, el objetivo del estudio.

Una vez aceptado el consentimiento y asentimiento informado, se procedió a aplicar la entrevista con el formulario respectivo (ver anexo 6).

En la entrevista se utilizó la técnica de formularios auto-administrados, previamente validado basada en el "MINI test de anorexia nerviosa del libro de test del MINI International Neuropsychiatric Interview" (43)(ver anexo 7) el cual consta de un título claro y que resume el concepto de nuestra investigación,

seguido de las instrucciones de la encuesta para continuar con los datos de filiación, preguntas relacionadas con el tipo de colegio y nivel que cursan los y las adolescentes para concluir con las preguntas referentes a las variables expuestas por nuestra investigación. Misma que tuvo una duración de 10 a 15 minutos en los cursos inferiores, y de 7-10 minutos en los cursos superiores, con la presencia del investigador que solventó todas las dudas de las y los investigados.

4.7 Matriz de Variables





4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido entre el nacimiento y la fecha actual.	Años	Número de años cumplidos	Numérica
Sexo	Clasificación de un individuo en masculino y femenino teniendo en cuenta criterios anatómicos.	Sexo	Femenino Masculino	Si/No
Año de estudio	Año que cursa actualmente	Año	Octavo de Básica Noveno de Básica Decimo de Básica Primer curso de Bachillerato Segundo curso de Bachillerato Tercer curso de bachillerato	Si/No
Emigración	Es todo desplazamiento de población desde un lugar de origen hacia otro destino, y que implica un cambio de la residencia habitual.	Familia	Padre Madre	Si / No



VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Colegio	Lugar donde reciben los conocimientos los individuos considerados niños y adolescentes para la sociedad.	Colegio	Particular Fiscal	Si/No
Imagen Corporal Distorsionada	Falta de capacidad para percibir la realidad de la situación de su propio cuerpo.	Imagen Corporal Distorsionada	Imagen Corporal Distorsionada	Si /No
Programas de televisión	Conjunto de emisiones periódicas, agrupadas bajo un título o cabecera común, en las que, a modo de bloque, se incluye la mayor parte de los contenidos audiovisuales que se ofrecen por televisión.	Programas televisivos	Noticias sobre dietas Modelaje Entrevistas a modelos Concursos de belleza Deportes para bajar de peso Películas (actrices) Telenovelas	Si/No
IMC	Medida de asociación entre peso y talla de un individuo que mide el estado nutricional del mismo	Bajo peso severo Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	$< 17.5 \text{ kg/m}^2$ $17.6- 18.4\text{kg/m}^2$ $18.5 - 24.9\text{kg/m}^2$ $25- 29.9\text{kg/m}^2$ $<30\text{kg/m}^2$	Numérico



4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS

- Se solicitó la aprobación: del Comité de Ética de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se solicitó el permiso correspondiente de las autoridades de los Colegios para la investigación.
- Se les entregó el consentimiento informado a los/as representantes legales de los y las adolescentes.
- Se les entregó el asentimiento informado a los y las adolescentes.
- Los y las participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista. Se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.
- Se respetará su autonomía.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron de acuerdo a los obtenidos por los formularios auto-administrados, previamente validado basada en el “MINI test de anorexia nerviosa del libro de test del MINI International Neuropsychiatric Interview” determinándose el numero de adolescente con anorexia de acuerdo a los criterios establecidos por en este test y los adolescente con peso inferior al 85% del peso ideal para cada uno de ellos tomando en cuenta el IMC, que para nuestro estudio y según la OMS se encuentra por debajo de $17,5\text{kg/m}^2$. Una vez hecha la aclaración se recomienda al lector revisar el test original en los anexos del trabajo (ver anexo 7).

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizó en 69 colegios de la ciudad de Cuenca, (jornada matutina, vespertina y doble), en los cuales se obtuvieron 750 encuestas, las mismas que fueron contestadas por las y los estudiantes de manera individual y en los horarios de asistencia a clase de cada institución educativa.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Fueron seleccionados 814 estudiantes de colegios de jornada matutina, vespertina y doble, pertenecientes a distintos paralelos que van desde octavo de básica hasta el tercero de bachillerato, en las edades comprendidas entre 10 y 19 años. De este total, 64 adolescentes no han formado parte de este estudio, por criterios de exclusión obteniendo así 750 encuestas para el levantamiento de datos de esta investigación.

5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.3.1 Prevalencia de anorexia nerviosa y factores asociados

Tabla # 1

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según prevalencia de anorexia nerviosa y factores asociados. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa			
	Prevalencia		Chi Cuadrado	Valor de p
	n	%		
Edad				
11-13 años	4	2,5	0,128	0.938
14-16 años	13	2,6		
17-19 años	5	3,1		
Total	22	2,7		
Sexo				
Masculino	14	3,2	1,013	0.314
Femenino	8	2,1		
Total	22	2,7		
Migración familiar				
Presente	9	3,4	0,812	0,367
Ausente	13	2,4		
Total	22	2,7		



Variable	Anorexia nerviosa			
	Prevalencia		Chi Cuadrado	Valor de p
	N	%		
Tipo de familiar				
Migrante				
Madre	0	0	3,901	0,272
Padre	7	4,9		
Ambos	2	2,6		
Ninguno	13	2,4		
Total	22	2,7		
Tipo de colegio				
Particular	7	2,3	1,519	0,468
Fiscal	9	2,4		
Fiscomisional	6	4,2		
Total	22	2,7		
Imagen corporal				
Distorsionada				
Si	6	2,9	0,035	0,851
No	16	2,6		
Total	22	2,7		



Variable	Anorexia nerviosa			
	Prevalencia		Chi Cuadrado	Valor de p
	n	%		
Programas de Noticias				
Si	0	0	1,323	0,250
No	22	2,9		
Total	22	2,7		
Programas de Entrevistas				
Si	3	4,4	0,824	0,364
No	19	2,5		
Total	22	2,7		
Programas de Deportes				
Si	3	3,1	0,064	0,801
No	19	2,6		
Total	22	2,7		
Programas de Telenovelas				
Si	4	1,9	0,685	0,408
No	18	3		
Total	22	2,7		



Variable	Anorexia nerviosa			
	Prevalencia		Chi cuadrado	Valor de p
	n	%		
Programas de Modelaje				
Si	5	5,2	2,518	0,113
No	17	2,4		
Total	22	2,7		
Programas de Concursos				
Si	4	3,6	0,397	0,529
No	18	2,6		
Total	22	2,7		
Películas				
Si	11	3,4	0,909	0,340
No	11	2,3		
Total	22	2,7		
Otros programas				
Si	11	2,5	0,159	0,690
No	11	2,9		
Total	22	2,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La prevalencia de anorexia nerviosa en la población en estudio fue de 2,7% representados por 22 adolescentes y entre estos fue mayor en los



siguientes casos: en adolescentes entre los 17-19 años (3,1%), en el sexo masculino (3,2%), adolescentes con migración familiar (3,4%); en adolescentes con migración del padre de familia (4,9%), adolescentes en colegios fiscomisionales (4,2%), los adolescentes con imagen corporal distorsionada (2,9%), la exposición a programas televisivos presentaron la siguiente prevalencia de anorexia nerviosa: programas de noticias (0%), de entrevistas (4,4%), de deportes (3,1%), de telenovelas (1,9%), de modelaje (5,2%), de concursos (3,6%), de películas (3,4%) y otros programas (2,5%).

Según la valoración del Chi cuadrado y el valor de p no se encontró asociación entre la anorexia nerviosa y la edad, sexo, tipo de colegio e imagen corporal distorsionada; tampoco en la exposición a programas fueron estadísticamente significativos.



5.3.2 Estado nutricional

Tabla # 2

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según estado nutricional. Cuenca 2012.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso Extremo	34	4,2
Bajo peso	100	12,3
Normal	577	70,9
Obesidad	17	2,1
Sobrepeso	86	10,6
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J

Interpretación: El 70,9% de la población presentó un estado nutricional normal según la valoración del IMC, dentro de las alteraciones nutricionales, la de mayor prevalencia fue el sobrepeso con un 10,6% de la población, el bajo peso también tuvo su impacto con un 12,3%.



5.3.3. Edad

Tabla # 3

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según edad. Cuenca 2012.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 - 13 años	158	19,4
14 - 16 años	495	60,8
17 - 19 años	161	19,8
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

\bar{X} = 15 años
DS= 1,66 años

Interpretación: La media de edad se ubicó en 15 años, los adolescentes entre los 14-16 años fueron el grupo más numeroso representaron el 60,8% de la población.

5.3.4 Sexo

Tabla # 4

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según sexo. Cuenca 2012.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	432	53,1
Femenino	382	46,9
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El sexo de mayor prevalencia fue el masculino con el 53,1% de la población.

5.3.5 Año de estudio

Tabla # 5

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según año de estudio. Cuenca 2012.

Año de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Octavo de Básica	90	11,1
Noveno de Básica	145	17,8
Decimo de Básica	201	24,7
Primero de Bachillerato	102	12,5
Segundo de Bachillerato	191	23,5
Tercero de Bachillerato	85	10,4
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: Se incluyeron estudiantes desde octavo año de educación básica hasta tercero de bachillerato, el año de estudio que más alumnos incluyó fue el décimo de básica con un 24,7%.

5.3.6 Emigración familiar

Tabla # 6

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según migración familiar. Cuenca 2012.

Persona que ha migrado	Frecuencia	Porcentaje
Madre	39	4,8
Padre	144	17,7
Ambos	78	9,6
Ninguno	553	67,9
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El 67,9% de la población no presentó emigración de ninguno de sus padres, mientras que el padre es el familiar que más prevalencia de emigración presentó con el 17,7% de la población.

5.3.7 Tipo de colegio

Tabla # 7

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según tipo de colegio. Cuenca 2012.

Tipo de colegio	Frecuencia	Porcentaje
Particular	298	36,6
Fiscal	374	45,9
Fiscomisional	142	17,4
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El 45,9% de la población estudia en un colegio fiscal, también se identificaron colegios particulares y fiscomisionales.

5.3.8 Imagen corporal distorsionada

Tabla # 8

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según imagen corporal distorsionada. Cuenca 2012.

Imagen corporal distorsionada	Frecuencia	Porcentaje
Si	209	25,7
No	605	74,3
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El 25,7% de la población adolescente presentó falta de capacidad para percibir la realidad de la situación de su propio cuerpo.



5.3.9 Presencia de anorexia nerviosa

Tabla # 9

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según presencia de anorexia nerviosa. Cuenca 2012.

Anorexia nerviosa	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	2,7
No	792	97,3
Total	814	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El 2,7% de la población presentó anorexia nerviosa representada por 22 adolescentes de los colegios urbanos de Cuenca.

5.3.10 Anorexia nerviosa según edad

Tabla # 10

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca. Anorexia nerviosa según edad. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	n	%	N	%	N	%		
Edad								
11-13 años	4	2,5	154	97,5	158	100	0,128	0.938
14-16 años	13	2,6	482	97,4	495	100		
17-19 años	5	3,1	156	96,8	161	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: En el grupo de adolescentes de entre 11-13 años la prevalencia de anorexia nerviosa se ubicó en 2,5% siendo la más baja si la comparamos con los demás grupos de edad al analizar la razón de prevalencia encontramos que para la edad 11-13 años la RP fue de 0,92 (IC 95% 0,32-2,69) con un valor de p: 0,88 lo que indica los resultados no son estadísticamente significativos según el valor de p encontrado.

Para el grupo de edad de entre 14-16 años la razón de prevalencia se ubicó en 0,93 (IC 95% 0,40-2,15) con un valor de p de 0,86; lo que nos indica que este valor del riesgo no es estadísticamente significativo para este grupo de edad.

Para el grupo de edad de entre los 17-19 años la razón de prevalencia se ubicó en 1,19 (IC 95% 0,45-3,19) con un valor de p de 0,72; lo que nos indica que este grupo de edad no es factor de riesgo para anorexia nerviosa en base al riesgo obtenido y al valor de p.

Al analizar de manera global la influencia de la variable edad en la presentación de la anorexia nerviosa encontramos un valor de $p > 0,05$ lo que nos indica que esta variable no se asocia a la presentación de anorexia nerviosa en esta población; sin embargo al momento de analizar por grupo es de anotar la influencia del grupo de menor edad.

5.3.11 Anorexia nerviosa según migración familiar

Tabla # 11

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca. Anorexia nerviosa según Emigración familiar. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Emigración Familiar								
Presente	9	3,4	252	96,6	261	100	0,812	0,367
Ausente	13	2,4	540	97,6	553	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: Al dicotomizar la variable migración observamos que en los adolescentes con presencia de migración familiar la anorexia nerviosa se presentó en el 3,4%. La razón de prevalencia se ubicó en 1,47 (IC 95% 0,64-3,39) con un valor de p de 0,367; lo que nos indica que la variable migración no se asocia con la presentación de anorexia nerviosa ni aumenta el riesgo de esta patología.

5.3.12 Influencia de TV

Tabla # 12

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según influencia de la televisión. Cuenca 2012.

Variable	Exposición						Chi	Valor de p
	Si		No		Total			
	n	%	N	%	N	%		
Programas de noticias	45	5,5	769	94,5	814	100	1,323	0,250
Programas de entrevistas	68	8,4	746	91,6	814	100	0,82	0,364
Programas de deportes	97	11,9	717	88,1	814	100	0,064	0,801
Programas de telenovelas	210	25,8	604	74,2	814	100	0,685	0,408
Programas de modelaje	97	11,9	717	88,1	814	100	2,518	0,113
Programas de concursos	111	13,6	703	86,4	814	100	0,397	0,529
Películas	327	40,2	487	59,8	814	100	0,909	0,340
Otros	441	54,2	373	45,8	814	100	0,159	0,690

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: Las películas representaron la mayor prevalencia de exposición hacia los adolescentes, el 40,2% de éstos se ven expuestos a influencias sobre su apariencia corporal, un 25,8% lo hace a través de programas de telenovelas.

5.3.13 Anorexia nerviosa según sexo

Tabla # 13

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca. Anorexia nerviosa según sexo. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	N	%	n	%		
Sexo								
Masculino	14	3,2	418	96,8	432	100	1.013	0,314
Femenino	8	2,1	374	97,9	382	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: Al analizar la variable sexo y su influencia en la presentación de anorexia nerviosa en esta población encontramos que en el sexo masculino el 3,2% de esta población presentó anorexia nerviosa y en el sexo femenino presentó una prevalencia del 2,1%; al momento de analizar la asociación entre el sexo y la anorexia nerviosa encontramos que esta variable no influye en la presentación de anorexia nerviosa con un valor de p de 0,314; la razón de prevalencia para el sexo masculino se ubicó en 1,55 (IC 95% 0,66-3,65) con un valor de p de 0,314; lo que indica la predisposición del sexo masculino hasta en 1,55 veces de desarrollar anorexia nerviosa en comparación con el sexo femenino, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

5.3.14 Anorexia nerviosa según tipo de familiar Emigrante

Tabla # 14

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca. Anorexia nerviosa según tipo de familiar migrante. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	n	%		
Tipo de familiar Emigrante								
Madre	0	0	39	100	39	100	3,901	0.272
Padre	7	4,9	137	95,1	144	100		
Ambos	2	2,6	76	97,4	78	100		
Ninguno	13	2,4	540	97,3	553	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La tabla 12 nos indica que cuando la madre es la migrante la prevalencia de anorexia nerviosa fue del 0%; mientras que cuando el padre es el migrante se presentó una prevalencia del 4,9%; al momento de analizar la razón de prevalencia colocando como migración paterna como factor de riesgo se encontró que la migración del padre aumenta el riesgo de anorexia nerviosa fue del 2,17 veces (IC 95% 0,90-5,23) en comparación con otro tipo de familiar migrante sin embargo esta razón de prevalencia no fue estadísticamente significativa pues el valor de p para este grupo (madre migrante) se ubicó en 0,07; mientras que de manera general el tipo de familiar migrante no influye en la presentación de anorexia nerviosa pues no se encontró significancia estadística con un valor de p de 0,272.

5.3.15 Anorexia nerviosa según tipo de colegio

Tabla # 15

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca. Anorexia nerviosa según tipo de colegio. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	n	%	N	%	n	%		
Tipo de colegio								
Particular	7	2,3	291	97,7	298	100	1,519	0,468
Fiscal	9	2,4	365	97,6	374	100		
Fiscomisional	6	4,2	136	95,8	142	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: Los adolescentes de los colegios fiscomisionales presentaron mayor prevalencia de anorexia nerviosa con un 4,2%, en los fiscales alcanzó un 2,4% y en los particulares un 2,3%. De manera general el tipo de colegio no se asocia con la presentación de anorexia nerviosa (valor de p 0,468); colocando al tipo de colegio fisco misional como factor de riesgo para anorexia nerviosa (por ser proporcionalmente el tipo de colegio de donde mayor prevalencia se presentó anorexia nerviosa) encontramos que estudiar en un colegio Fiscomisional aumenta el riesgo de anorexia nerviosa en 1,77 veces (IC 95% 1,71-4,46) en comparación con estudiar en colegios de otro tipo estos resultados no fueron estadísticamente significativos con un valor de p de 0,21.

5.3.16 Anorexia nerviosa e imagen corporal distorsionada

Tabla # 16

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa e imagen corporal distorsionada. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Valor de p
	Presente		Ausente		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Imagen corporal distorsionada							
Si	6	2,9	202	97,1	208	100	0,035
No	16	2,6	590	97,4	606	100	
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: El 2,9% de los adolescentes que presentaron imagen corporal distorsionada también presentaron anorexia nerviosa. Mientras que el 2,6% de los adolescentes que no presentaron imagen corporal distorsionada presentaron anorexia nerviosa, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0,851.

La razón de prevalencia se ubicó en 1,09 (IC 95% 0,43-2,76) con un valor de p de 0,851 lo que nos indica que poseer una imagen distorsionada se comporta como factor protector para la presentación de anorexia nerviosa, sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

5.3.17 Anorexia nerviosa y programas televisivos de noticias

Tabla # 17

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos de noticias. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	n	%		
Programas de noticias								
Si	0	0	45	5,7	45	100	1,323	0,250
No	22	2,9	747	97,1	769	100		
Total	22	2,9	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La prevalencia de anorexia nerviosa en los estudiantes que se exponen a programas televisivos fue del 0% mientras en los estudiantes que los estudiantes sin exposición a este tipo de programas presentaron una prevalencia de 2,9% estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (valor de p 0,250); la razón de prevalencia no se logró calcular por existir frecuencias cero.

5.3.18 Anorexia nerviosa y programas televisivos de entrevistas

Tabla # 18

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos de entrevistas. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	N	%	n	%		
Programas de entrevista								
Si	3	4,4	65	95,6	68	100	0,82	0,364
No	19	2,5	727	97,5	746	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: En los pacientes que se exponen a programas de entrevistas la prevalencia de anorexia nerviosa se ubicó en 4,4% y en los estudiantes no expuestos en 2,5%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0,364.

La razón de prevalencia se ubicó en 1,73 (IC 95% 0,53-5,71) lo que nos indica que la exposición a un programa de televisión de entrevistas es un factor predisponente para anorexia nerviosa sin embargo estadísticamente estos resultados no fueron significativos.

5.3.19 Anorexia nerviosa y programas televisivos de deportes

Tabla # 19

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos de deportes. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	N	%		
Programas de deportes								
Si	3	3,1	94	96,9	97	100	0,064	0,801
No	19	2,6	698	97,4	717	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La prevalencia de anorexia nerviosa en estudiantes que se exponen a programas televisivos de deportes se ubicó en 3,1% mientras que en los estudiantes que no se encuentran expuestos a este tipo de programas la anorexia nerviosa se presentó en el 2,6% sin embargo no se encontró que estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de p 0,064.

La razón de prevalencia encontrada fue de 1,17 (IC 95% 1,35-3,87) lo que indica que la exposición a este tipo de programas aumenta el riesgo de anorexia nerviosa en 1,17 veces en comparación con estudiantes no expuestos a este tipo de programas, sin embargo no son estadísticamente significativos estos resultados.

5.3.20 Anorexia nerviosa y programas televisivos - telenovelas

Tabla # 20

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos-telenovelas. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						CHI2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	n	%		
Programas de telenovelas								
Si	4	1,9	206	98,1	210	100	0,685	0,408
No	18	3	586	97	604	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La prevalencia de anorexia nerviosa en los estudiantes expuestos a programas de telenovelas fue del 1,9% mientras que en los estudiantes no expuestos a esta situación fue de un 3%; estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0,408.

La razón de prevalencia se ubicó en 0,64 (IC 95% 0,22-1,87) lo que nos indica que la exposición a programas de telenovelas es un factor protector para desarrollar anorexia nerviosa, sin significancia estadística.

5.3.21 Anorexia nerviosa y programas televisivos- modelaje

Tabla # 21

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos-modelaje. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa							Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	n	%		
Programas de modelaje								
Si	5	5,2	92	94,8	97	100	2,518	0,113
No	17	2,4	700	97,6	717	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: En los estudiantes expuestos a programas de modelaje la anorexia nerviosa se presentó en el 5,2% de esta población, mientras que en los estudiantes no expuestos a este tipo de programas la anorexia nerviosa se presentó en un 2,4%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0,113.

La razón de prevalencia se ubicó en 2,17 (IC 95% 0,82-5,76) con un valor de ya mencionado, este tipo de programas no influyen en la aparición de anorexia nerviosa y la estimación del riesgo no fue significativa.

5.3.22 Anorexia nerviosa y programas televisivos – concursos

Tabla # 22

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos-concursos. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	N	%	n	%	n	%		
Programas de concursos								
Si	4	3,6	107	96,4	111	100	0,397	0,529
No	18	2,6	685	97,4	703	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: La prevalencia de anorexia nerviosa en estudiantes expuestos a programas televisivos de concursos se ubicó en 3,6% mientras que en los estudiantes no expuestos a este tipo de programas presentaron una prevalencia de anorexia nerviosa de 2,6%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de p de 0,529.

La razón de prevalencia se ubicó en 1,41 (IC 95% 0,49-4,08) lo que nos indica que a exposición a este tipo de programas es un factor de riesgo para la presentación de anorexia nerviosa, aunque sin significancia estadística.

5.3.23 Anorexia nerviosa y programas televisivos – películas

Tabla # 23

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y programas televisivos-películas. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Chi2	Valor de p
	Presente		Ausente		Total			
	n	%	N	%	n	%		
Películas								
Si	11	3,4	316	96,6	327	100	0,909	0,340
No	11	2,3	476	97,7	487	100		
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación: En los estudiantes expuestos a películas la prevalencia de anorexia nerviosa se presentó en un 3,4% mientras que los estudiantes no expuestos a este tipo de programas se ubicó en 2,3%, siendo estas diferencias estadísticamente no significativas con un valor de p de 0,034.

La exposición a películas aumenta el riesgo de anorexia nerviosa en 1,49 veces (IC 95% 0,65-3,39) en comparación con los estudiantes que no son expuestos a este tipo de programas televisivos, no se encontró significancia estadística en lo mencionado.

5.3.24 Anorexia nerviosa y otros programas televisivos

Tabla # 24

Distribución de 814 adolescentes de los Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca según anorexia nerviosa y otros programas televisivos. Cuenca 2012.

Variable	Anorexia nerviosa						Valor de p
	Presente		Ausente		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Otros programas							
Si	11	2,5	430	97,5	441	100	0,159
No	11	2,9	362	97,1	373	100	
Total	22	2,7	792	97,3	814	100,00	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.

Interpretación tabla 23: La prevalencia de anorexia nerviosa en estudiantes expuestos a otros programas fue del 2,5% mientras que en estudiantes que no fueron expuestos a este tipo de programas; la razón de prevalencia fue de 0,85 (IC 95% 0,37-1,93) estos resultados no fueron estadísticamente significativos encontrando un valor de p de 0,690.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La anorexia nerviosa es una enfermedad en aumento que atrapa cada vez más a más individuos principalmente a jóvenes que se ven ensimismados en corrientes de moda y autocrítica errónea lo ha causado mucha preocupación en los organismos de salud mundiales; ya que es uno de los trastornos alimentario en mayor crecimiento y prevalencia. (9)

Se estudiaron 814 estudiantes de los colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca, con una media poblacional de 15 años y un desvío estándar de 1,66 años; de los cuales el 53,1% de los casos fueron de sexo masculino, el 24,7% estudiantes del décimo año de educación básica; un 32.1% presentaron migración y fue el padre el familiar que más migró con el 17,7% de prevalencia; y el 45,9% de la población estudiaba en un colegio de tipo Fiscomisional, siendo esto datos los más relevantes de nuestra investigación.

La prevalencia de anorexia nerviosa en nuestro estudio se ubicó en un 2,7% (22 casos); esta resulta ser una prevalencia relativamente elevada si la comparamos con resultados de otros estudios como lo demuestra Ruiz y Alonso de la Torre en Salamanca-España (37), quienes encontraron una prevalencia de esta enfermedad entre un 0,12%-0.1%, aunque su población no fue mayor de 37 individuos; pero si la comparáramos con un estudio más grande semejante en número y característica poblacional como lo es el estudio de Bay y colaboradores en Argentina (7), quienes encontraron en una muestra de 1971 niños y adolescentes argentinos una prevalencia de trastornos alimentarios alrededor del 19,2%; en cuya muestra no se logró encontrar caso alguno de anorexia nerviosa encontramos que la prevalencia en nuestro estudio sigue siendo mayor.

De las misma manera podemos citar a la doctora Auquilla que realizo su estudio en la Ciudad de Cuenca (4), en una muestra de 346 estudiantes encontrando una prevalencia de anorexia nerviosa del 2%; este estudio posee la ventaja de ser realizado en la misma región, nuestra estudio no difiere



significativamente del estudio mencionado, la diferencia porcentual no supera la unidad, corroborando que la anorexia es una patología relativamente baja en nuestros adolescentes, aunque mayor comparada a los estudios anteriormente mencionados.

Pudiendo equipararse nuestra prevalencia encontrada con el estudio de Rivas, Bersabé y Castro en España (17) los que realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, aunque tan solo el 4.4% de ellos presentaron anorexia nerviosa, lo que produce gran preocupación y arroja un dato muy importante para futuras campañas y programas de salud que concentren su atención ante datos tan alarmantes.

Analizando la anorexia nerviosa por edad, se encontró en nuestro estudio, que, en los adolescentes de entre 17-19 años de edad la prevalencia de anorexia nerviosa fue del 3,1% siendo ésta la de mayor presencia, en los estudiantes de 14-16 años se ubicó en un 2,6% y por último en los adolescentes de 11-13 años en un 2,5%, la tendencia como observamos es clara, a medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia de anorexia nerviosa; esto se corrobora con lo encontrado por Bay y colaboradores (7), quienes demostraron que los trastornos alimenticios se concentran con mayor prevalencia entre los 14-15 años (26% y 24% respectivamente), dato concordante con nuestro estudio.

De los datos de estos autores también se deriva que es en los adolescentes de 19 años donde la prevalencia de esta enfermedad es mayor (32%) y en nuestra población es en este grupo de edad donde la anorexia nerviosa se presentó con mayor intensidad (3,1%).

Otra serie de casos estudiada en Inglaterra por la National Collaborating Centre for Mental Health (15), proponen la edad de inicio de esta enfermedad como más prevalente entre los 15 y 19 años de edad, estos estudios corroboran lo encontrado en nuestra población, ya que exponemos una prevalencia de anorexia nerviosa mayor a estas edades lo que condiciona aún más la situación de riesgo por lo frágil de esta población adolescente.



Se puede notar una coincidencia en todos los estudios; que la población entre los 13-19 años es la más afectada por esta enfermedad.

En lo referente a la relación entre el sexo de la población y anorexia en nuestra indagación, destaca a la población masculina con una prevalencia mayor de anorexia ubicándose en 3,2% mientras que en el sexo femenino en un 2,1%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$), lo que llama la atención debido a investigaciones reportan a esta variables a la inversa como demuestra el estudio de Morales (14) en su investigación denominada “Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa”, que expresa al sexo femenino como el más afectado por esta enfermedad, afirmando una proporción de varones afectada de un 3% con respecto al 10% del sexo femenino, la ligazón de las variables socioculturales con el sexo femenino justificarían este importante contraste proporcional.

Lo que se vería corroborado por el estudio de Guadarrama y Mendoza (16) quienes encontraron en una muestra de 316 adolescentes que el 14% de los participantes de sexo masculino fueron propensos a padecer trastornos alimentarios (6% anorexia, 6% bulimia y 2% trastornos mixtos); en cambio en el sexo femenino el 6% presentó bulimia, 10% anorexia y 4% trastornos mixtos; como observamos el sexo femenino en este estudio también resultó ser el de mayor afectación.

Además en España, Rivas, Bersabé y Castro (17) realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, y de ellos la anorexia nerviosa tenía una prevalencia de 4.4%, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Específicamente para la anorexia, el porcentaje fue de 0.5% en hombres y de 3.9% en mujeres.

Como hemos observado en todos los estudios anteriormente mencionados, el sexo femenino es el de mayor afectación; en nuestra población la relación se invierte y el sexo masculino es el más afectado por esta patología, por lo que vale la pena hacer una comparación con estudios a nivel local donde las características y la realidad de la población son las mismas para lo cual



citaremos nuevamente el estudio de la doctora Auquilla en la Ciudad de Cuenca (4) en una muestra de 346 estudiantes donde encontró 7 casos de anorexia nerviosa, de éstos el 71,42% fueron de sexo masculino y el restante de sexo femenino.

Lo aludido en la anterior comparación corroboraría lo encontrado en nuestro estudio, contraponiéndose con la bibliografía revisada, pero pone en evidencia que al parecer este trastorno esta extrapolado a la realidad de nuestra población, lo que causaría un mayor auge con relación al sexo masculino.

En lo que compete a los adolescentes que presentaron a uno de los progenitores en el exterior se encontró a la anorexia nerviosa en un 3,4% y en lo estudiantes sin padres emigrantes en un 2,4%, estas diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$); aunque cabe recalcar que la mayor prevalencia de anorexia se presentó en aquellos adolescentes cuyo padre fue el emigrante con un 4,9%; que coincidiría con la investigación de Arias A. en la Ciudad de Ambato (39) quien expone que la carencia de figuras y modelos positivos adheridos a la migración de los padres y el hecho de que el trabajo es también motivo de abandono a creado en los jóvenes sentimientos de soledad y ausencia de autoestima sin motivos de autovaloración o distorsión de la misma, han creado en nuestros adolescentes una errónea percepción corporal, lo que desencadenaría en trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa.

Para reafirmar lo expuesto en nuestra tesis podríamos mencionar un artículo publicado el 2010 en un periódico de la Ciudad de Loja (32) donde el Dr. Jorge Martínez coloca a la migración de los padres como una de las principales causas de anorexia y bulimia en esa población cercana a la nuestra, pues según indica esta situación provoca padecimiento en los adolescentes lo que es de gran relevancia, ya que la prevalencia de emigración en el Ecuador es muy alta y solo en la provincia del Azuay la prevalencia es del 10,89% (42).

Con referencia al tipo de colegio en nuestro estudio se asoció significativa con la anorexia nerviosa; en los colegios particulares la prevalencia de anorexia nerviosa se ubicó en 2,3% mientras que en los fiscales alcanzó un 2,4% y es



en los colegios fiscomisionales donde la prevalencia de anorexia nerviosa fue la más elevada con un 4,2%; el tipo de colegio no ha sido una variable estudiada de manera regular, como dato comparativo nos ayuda lo encontrado por Auquilla en la Ciudad de Cuenca (4) en un colegio Fiscomisional donde encontró 7 casos de anorexia nerviosa, caso parecido a lo encontrado en nuestro estudio.

La imagen corporal distorsionada no se asoció con la presentación de anorexia nerviosa aunque en los adolescentes que la presentaron la prevalencia de anorexia nerviosa fue superior a la de los estudiantes con imagen corporal normal, estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas, aunque no demuestran cuales de estas tenían predisposición a la anorexia nerviosa (34).

Las influencia de los programas de televisión en la presentación de anorexia nerviosa es variada, los programas que más influyeron en la presentación de esta enfermedad fueron: los modelaje (5,2% de anorexia) y los de entrevistas (4,4% de anorexia), los programas de noticias no influyeron en la presentación de anorexia en ni un solo caso. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para los siguientes ningún programa televisivo.

Esto podría estar aseverado por un artículo publicado en el Diario El País (3) donde se expone una encuesta realizada en 1998, exactamente 38 meses después de que comenzara a transmitir su señal el primer y único canal de televisión en Fiyi, un 74% de las niñas del país dijeron sentirse "muy corpulentas o gordas". La programación del canal consiste en series británicas, australianas y estadounidenses, como Seinfeld, ER, Melrose Place y Beverly Hills, 90210, entre otras. "Un 15% de las niñas entrevistadas dijeron que habían recurrido al vómito como medida para controlar su peso".

Además al preguntar a los jóvenes si en general están conformes con la imagen que la televisión ofrece de ellos, la mayoría responde con un no



rotundo según una encuesta realizada por UNICEF en Internet en marzo de 2003. Destacan entre sus respuestas la injusticia con la que la televisión les trata, ofreciendo una imagen errónea, negativa y estereotipada de ellos en la mayoría de los casos, y afirmando no sentirse identificados con las referencias que la televisión ofrece de la juventud. (41) lo que podría ser la causa de la estadística encontrada en nuestro estudio.

En conclusión de vemos decir que según el estudio que hemos realizado la prevalencia de anorexia nerviosa es parecida a lo reportado en otras poblaciones y que al contrario de otras investigaciones el mayor porcentaje es para los hombres, por lo que como hemos mencionado anteriormente los programas de salud deben dirigirse a esta población, poniendo mayor énfasis en la adolescencia media y en los colegios fiscomisionales y particulares sin dejar de lado al resto de la población, como también a aquellos cuyos padres emigraron, además de realizar control de la programación expuesta para tratar de disminuir la influencia que estos puedan aportar al aumento de trastornos alimenticios.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Se estudió una población de 814 adolescentes con una media de edad de 15 años con una desviación estándar de 1,66 años, el 53,1% fue de sexo masculino, el 67,9% de la población no presentó migración, el 17,7% presentó migración del padre de familia y el 45,9% estudiaba en un colegio fiscal.
- La prevalencia de anorexia nerviosa se ubicó en un 2,7%.
- El grupo de edad más afectado por anorexia nerviosa fue el de 17-19 años de edad con el 2,5%; el sexo masculino con el 3,2%; aquellos adolescentes con migración del padre con un 4,9%.
- La influencia de los programas de televisión en la presentación de anorexia nerviosa es variada, los programas que más influyeron en la presentación de esta enfermedad fueron: los de modelaje con el 5,2% y los de películas con el 4,4%; los de menor influencia fueron los noticieros con un 0% y los programas de telenovelas con un 1,9%.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) para la variable edad, sexo y tipo de colegio.
- Para la variable sexo destaca que el sexo masculino fue el de mayor afectación.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) para la asociación entre todos los programas y la anorexia nerviosa.



7.2 RECOMENDACIONES

- Los trastornos alimenticios y en especial la anorexia nerviosa van en aumento en nuestra población siendo los jóvenes los más afectados, se debe intervenir en estas poblaciones para reducir el riesgo y mejorar la atención a los adolescentes que ya padecen esta enfermedad.
- Incluir a la población masculina en los programas de salud concernientes con los trastornos alimentarios.
- La televisión como medio de comunicación debe implementar programas educativos que contribuya a disminuir la anorexia nerviosa, o en su defecto los adolescentes deberían ser informados sobre los riesgos de la exposición a programas televisivos no recomendables.
- Continuar con otros estudios similares al nuestro que profundicen y ayuden a crear programas de intervención para disminuir el riesgo de esta patología.
- Crear grupos de apoyo psicológico en los colegios donde la prevalencia de anorexia nerviosa sea más alta, y donde se han establecido casos claros de esta patología.
- Concienciar a padres de familia con cursos prácticos y didácticos donde se expongan los factores de riesgo y las señales claras de los adolescentes con riesgo de padecer esta patología.
- Impartir materias que profundicen el tema de los trastornos alimenticios para crear en los adolescentes las herramientas de defensa necesarias contra estas patologías.



Bibliografía final

1. TORO, L; et. Al. Manual de Psiquiatría, 4ª. ed; Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004; Medellín),
2. Anaandmia. Terminología pro ana y pro mia, blogdiario (serial online) 2008, octubre 13, disponible en: www.anaandmia.blogdiario.com)
3. Diario El País. Archivo. Un estudio muestra el impacto de la televisión en la anorexia nerviosa y la bulimia. Las series anglosajonas hacen estragos entre las adolescentes de las islas Fiyi. 1999. Disponible en: http://elpais.com/diario/1999/05/23/sociedad/927410407_850215.html
4. Nancy Auquilla Díaz: Beatriz Zhañay Delgado, Juan Aguilera Muñoz, Carlos Flores Durán; Trastornos De La Conducta Alimentaria En Adolescentes De 12 A 19 Años Del Colegio Asunción De La Ciudad De Cuenca En El Año Lectivo 2002-2003, Cuenca 2003
5. Crónica. Dos de cada 10 chicas padecen anorexia nerviosa y bulimia. Loja. 2010. Disponible en: <http://cronica.com.ec/index.php/loja/11023-dos-de-cada-10-chicas-padecen-anorexia-nerviosa-y-bulimia.html>
6. Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. y Muñoz, P. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, 85. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 2004
7. Luisa B. Bay, Cecile Rausch Herscovici, Irina Kovalskys, Enrique Berner, Liliana Orellana, Andrea Bergesio; Alteraciones Alimentarias en Niños y Adolescentes Argentinos que Concurren al Consultorio del Pediatra; Arch.argent.pediatr 200,; pág. 305-309
8. Fred G. Manrique, Lina F. Barrera, Juan M. Ospina; Prevalencia de Bulimia y Anorexia nerviosa en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados; AVANCES EN ENFERMERÍA. Vol. XXIV #2; Diciembre 2006. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480363&indexSearch=ID>

9. María Loreto Correa, Tamara Zubarew, Patricia Silva, María Inés Romero; Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana; Revista chilena de pediatría. v.77 n.2;153-160 Santiago abr. 2006 / http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext&tlng=es.
10. Urrejola P. Anorexia Nerviosa. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Trastornos Nutricionales. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>.
11. Andrés Fandiño, Sandra C. Giraldo, Carolina Martínez, Claudia Paola, Rafael Espinosa; Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia; octubre 8, 2007 / http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-95342007000400002&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Olesti Baiges, et. al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus-España; AnPediatr (Barc); 68(1): 18-23, ene.2008 / <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-58676>.
13. Ruiz A, Alonso De La Torre A. Anorexia nerviosa. Trastornos mentales en atención primaria. 2ª edición, Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Salamanca, 119-135, 1993
14. Morales C. Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa. (Serie Tesis Doctorales). España. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.k.ull.es/ccppytec/cp230.pdf>.
15. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester / London (United Kingdom): The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists; 2004.
16. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo.



- ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA VOL. 16, NUM. 1: 125-136 ENERO-JUNIO, 2011. Disponible en: http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Guadarrama.pdf.
17. Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. 2001. *Salud Mental*, 24(2), 25-31.
18. Mincy C. Cifuentes; Prevalencia de los Trastornos Alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género; 2004 pág. 68-75.
19. Luisa B. Bay, Cecile Rausch Herscovici, Irina Kovalskys, Enrique Berner, Liliana Orellana, Andrea Bergesio; Alteraciones Alimentarias en Niños y Adolescentes Argentinos que Concurren al Consultorio del Pediatra; *Arch. argent. pediatr* 2005, pág. 305/
www.scielo.org.arpdfaapv103n4v103n4a05.pdf.
20. Francisco J. Arrufat Nebot; Estudio de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Ozona; España 2006, pág. 72 /
www.tdr.cesca.es/tesis/UBA/AVAILABLE...FJAN_TESIS.pdf
21. Ministerio de salud Pública. SALUD al DIA, Ecuador, 2008. (Serie online) disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_anorexia_nerviosa.
22. Pineda Pérez S. Aliño M. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
23. Organización Mundial de la Salud, 2012. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
24. Reinerio Camejo L. La Adolescencia y sus etapas, 2011. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>.
25. Ayala D. LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES CON ÉNFASIS EN PREVENCIÓN DE VIH/SIDA. Costa Rica, 2007. Disponible en:



- <http://sexosalud.blogspot.com/2007/02/cambios-fsicos-durante-la-adolescencia.html>
26. Bazan, Nelio E. Dumont, M. Prevalencia de Factores de Riesgo asociados a Anorexia en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de Actividad Física y Salud. Buenos Aires, 2006. Disponible en: <http://www.plazadedeportes.com/imgnoticias/10766.pdf>
27. Mardomingo M. Psiquiatría del niño y del adolescente. Julio 30, 2009. Disponible en: <http://books.google.co.ec/books?id=l1prN154iFgC&pg=PA523&dq=Epidemiología+Anorexia>.
28. Anorexia Nerviosa. Buenos Aires. Argentina 2006. (Serial Online) Disponible en: <http://www.zonamedica.com.ar/enfermedades/explorar/20/Anorexia-nerviosa>.
29. TORO, JOSEP Y VILARDELL, ENRIC: " Anorexia nerviosa". Ed. Martínez Roca, Barcelona 1987. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>.
30. DSM-IV TR. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed). Washington, DC.
31. Kreipe M. Eating disorders in adolescents and young adults. *ObstetGynecolClinNorth Am* 2000; 27: 101-124. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/download.asp?url=/publicaciones/2000TCA/Cap12.pdf>
32. ANOREXIA Y BULIMIA TRASTORNOS ALIMENTARIOS. CAPITULO 17: ANOREXIA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. EMAGISTER 2012. Disponible en: <http://www.emagister.com/curso-anorexia-bulimia-trastornos-alimentarios/anorexia-diagnostico-diferencial>
33. Tratamiento psicológico de la anorexia. Psicología. (Serial online) 2012. Disponible en: <http://online-psicologia.blogspot.com/2011/02/tratamiento-psicologico-de-la-anorexia.html>
34. Dr. Turón. Prevención de los trastornos de la alimentación. Tratamiento de la anorexia nerviosa. Aban 2012. Disponible en: <http://aban.es/9tratanorex.htm>



35. Anorexia en hombres. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. (Serial online) 2012. Disponible en: <http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/anorexia%20en%20hombres.pdf>
36. TORO, JOSEP: " El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad". Ed. Ariel, Barcelona 1996.
37. Ruiz A, Alonso De La Torre A. Anorexia nerviosa. Trastornos mentales en atención primaria. 2ª edición, Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Salamanca, 119-135, 1993.
38. Universidad Técnica Particular de Loja. Instituto Latinoamericano de la Familia. El papel de la familia, clave contra la anorexia. 2012. Disponible en: http://www.utpl.edu.ec/ilfam/index.php?option=com_content&view=article&id=247&Itemid=100015.
39. Arias A. "LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS COMO: LA ANOREXIA Y LA BULIMIA Y SU INCIDENCIA EN EL DESEMPEÑO DEPORTIVO DE LOS CLUBES DE MODELAJE, BASTONERAS Y CHEERLEADERS DEL COLEGIO T. H. E. QUITO, DEL CANTÓN QUITO DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA EN EL PERIODO 2009-2010". Universidad Técnica de Ambato. Tesis. 2010. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/537/CF-36.pdf?sequence=1>.
40. Zagalaz L, Romero S, Contreras O. LA ANOREXIA NERVIOSA COMO DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESCOLAR EN LA PROVINCIA DE JAÉN. Universidad de Castilla-La Mancha, España. OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653). Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>
41. García L. Juventud y medios de comunicación. La televisión y los jóvenes: Aproximación estructural a la programación y los mensajes. ÁMBITOS. Nº 11-12 - 1er y 2º Semestres de 2004 (pp. 115-129). Disponible en: <http://grupo.us.es/grehcco/ambitos11-12/reina.pdf>



42. Dirección Nacional de Migración y Ecuador. Anuario de Migración internacional – INEC, 2008 (serial online) disponible en: www.inec.ec/estadisticas.
43. Ferrando J, Bodes J, Gilbert. MINI International Neuropsychiatric Interview, versión Español, Madrid España, 2000 (serial online) disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/9881538



ANEXOS

ANEXO #1

Tabla # 25

Tabla de los colegios urbanos de Cuenca por numero de estudiantes, sexo, y tipo de colegio. Cuenca 2011- 2012

Colegio	Tipo De Colegio	Estudiantes Hombres	Estudiantes Mujeres	Total De Estudiantes
Unidad Educativa Particular Rosa De Jesús Cordero	Particular	0	883	883
Cebcl	Particular	146	123	269
Home School	Particular	54	78	132
Elena Moscoso Tamariz	Particular	0	345	345
Francisco Tamariz Valdivieso	Fiscal	245	135	380
Europa	Particular	52	6	58
Miguel Cordero Crespo	Particular	610	0	610
Cesar Davila Andrade	Fiscal	600	187	787
Jose F Hidalgo	Particular	102	87	189
Francisco Febres Cordero	Fiscal	597	348	945
Carlos Cueva Tamariz	Fiscal	511	364	875
Corazon De Maria	Particular	35	844	879
Julio Matovelle	Particular	344	12	356
Colegio Pio XII	Particular	112	0	112
Carlos Crespi li	Fiscal	157	511	668
Republica De Israel	Particular	76	14	90
Manuel J Calle	Fiscal	932	455	1387
Carlos Arizaga Vega	Fiscal	187	146	333
San Luis Beltran	Particular	344	133	477
Santa Mariana De Jesus	Particular	28	788	816
Censtudios	Particular	27	15	42
Octavio Cordero Palacios	Fiscal	702	344	1046
Daniel Cordova Toral	Fiscal	788	0	788
San José De La Salle	Particular	1123	305	1428

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.



ANEXO #1 Continuación:

Tabla # 25

Tabla de los colegios urbanos de Cuenca por numero de estudiantes, sexo, y tipo de colegio. Cuenca 2011- 2012

Colegio	Tipo De Colegio	Estudiantes Hombres	Estudiantes Mujeres	Total De Estudiantes
Centro Educativo Fe Y Alegria	Fiscomisional	488	499	987
La Asuncion	Particular	723	1103	1826
Juan Bautista Stiehle	Fiscomisional	156	107	263
Unidad Educativa Politécnica Kennedy	Particular	245	98	343
Cesar Andrade Y Cordero	Fiscal	189	134	323
Manuela Garaicoa De Calderón	Fiscal	0	1980	1980
Corel	Particular	98	89	187
Centro Educativo Latinoamericano Sudamericano	Particular	134	123	257
Sudamericano	Particular	511	223	734
Sagrados Corazones	Particular	29	786	815
Unidad Educativa Santana Unesa	Particular	187	165	352
Liceo Cristiano De Cuenca	Particular	134	141	275
Victor Gerardo Aguilar	Fiscal	234	75	309
Unidad Educativa Las Pencas	Particular	80	74	154
Colegio Nacional Tecnico Ecuador	Fiscal	108	719	827
Ciudad De Cuenca	Fiscal	8	1209	1215
Madrid	Particular	54	95	149
Madre Enriqueta Aymer Sccc	Fiscomisional	120	245	365
Centro De Desarrollo Infantil Solidario El Cebollar	Municipal	19	18	37
Luisa De Jesus Cordero	Particular	0	587	587
Bilingue Interamericano	Particular	265	417	682
Antonio Avila Maldonado	Fiscal	645	391	1036
Benigno Malo	Fiscal	1223	340	1563
Colegio Nacional Mixto Miguel Merchan Ochoa	Fiscal	599	491	1090

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J



ANEXO #1 Continuación:

Tabla # 25

Tabla de los colegios urbanos de Cuenca por numero de estudiantes, sexo, y tipo de colegio. Cuenca 2011- 2012

Colegio	Tipo De Colegio	Estudiantes Hombres	Estudiantes Mujeres	Total De Estudiantes
Une Del Azuay	Fiscal	134	105	239
Herlinda Toral	Fiscal	39	1567	1606
Manuel Corral Jauregui	Fiscal	109	84	193
Mario Rizzini	Particular	889	824	1713
Miguel Moreno Ordoñez	Fiscal	852	532	1384
Liceo Americano Catolico	Particular	430	410	840
Juan Pablo Ii	Particular	67	62	129
Los Andes	Particular	99	82	181
Integracion Iberoamericano	Particular	18	13	31
Tecnico Salesiano	Fiscomisional	1339	0	1339
Fray Vicente Solano	Particular	351	240	591
Pio XII	Particular	240	292	532
Liceo Integral Cuenca	Particular	139	109	248
Borja	Particular	1448	0	1448
Espiritu De Sabiduria	Particular	149	118	267
Manuel Cordova Galarza	Fiscal	323	256	579
Unidad Educativa Los Fresnos	Particular	113	82	195
Abdon Calderon	Particular	545	307	852
Colegio Técnico San Francisco De Sales	Particular	92	25	117
Alborada	Particular	344	323	667
Javeriano	Fiscal	232	113	345
TOTAL		21971	21756	43727

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Coronel J. Chica G. Romero J.



ANEXO # 2



**PLANTILLA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN
DIRIGIDA A LAS/OS RECTORES DE LOS COLEGIOS.**

Cuenca, _____ de 2012

Señor/a Lcdo.

RECTOR DEL COLEGIO _____

Ciudad

De mi consideración:

Nosotros. Gabriela Carolina Chica Heredia, Jesica Paola Coronel Zarate, Juan Emmanuel Romero Alvarado, portadores de la cédula de ciudadanía N° 010383571-6, 010444546-5, 010454801-1; respectivamente; estudiantes de la Escuela de Medicina, perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, tenemos el agrado de invitarle a Usted y por su digno intermedio al colegio al que representa, para formar parte de la investigación titulada "Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca", para lo cual solicitamos a Usted la autorización pertinente para realizar las encuestas a los y las estudiantes de su institución, a quienes se les entregará un cuestionario, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada alumno posea sobre el tema del proyecto.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio para los colegios y estudiantes que participen será conocer los resultados de la investigación.

Por su gentileza dispensada a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

Gabriela Carolina Chica Heredia,

Jesica Paola Coronel Zarate,

Juan Emmanuel Romero Alvarado.



ANEXO # 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Nosotros. Gabriela Carolina Chica Heredia, Jesica Paola Coronel Zarate, Juan Emmanuel Romero Alvarado estamos por realizar un proyecto de investigación sobre “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca” para lo cual es necesario la participación de su hijo/a; a quien se le entregará un cuestionario, el mismo que será respondido de acuerdo a los intereses, perspectivas y conceptos propios que tenga su hijo.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio para las personas participantes será conocer los resultados de la investigación.

Yo, representante de, soy conocedor/a del proyecto de estudio “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca”, y autorizo a mi hijo/a en calidad de encuestado/a a participar en esta investigación.

Nombre del representante

Firma del representante



ANEXO # 4



ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Nosotros. Gabriela Carolina Chica Heredia, Jesica Paola Coronel Zarate, Juan Emmanuel Romero Alvarado, estamos por realizar un proyecto de investigación sobre “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca” para lo cual es necesaria la participación de jóvenes estudiantes; a quienes se les entregará un cuestionario, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que tengan sobre el tema del proyecto.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio para los estudiantes que participen será conocer los resultados de la investigación.

Yo, estudiante del Colegio conoedor/a del proyecto de estudio “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca”, decido colaborar en este estudio, en calidad de encuestado/a.

Nombre.....

Firma.....

**ANEXO # 5**

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**Informe de validación del instrumento de recolección de datos de la tesis
titulada “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de
los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca”**

El día 19 de mayo de 2012 a las 9h45 am, se validó el formulario denominado “Encuesta para determinar prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, 2012” con la participación de 60 estudiantes, 30 hombres y 30 mujeres entre los 10-19 años de edad, perteneciente al colegio mixto Nacional Santa Isabel Ubicado a 6Kms. de la ciudad de Cuenca , para garantizar así la comprensión del cuestionario por parte de las/os investigados, previamente a ser aplicado al colectivo seleccionado para este estudio, tomándose en cuenta los siguientes aspectos:

1. Petición de autorización para realizar la encuesta de validación en el colegio Nacional Santa Isabel.
2. Previo a la evaluación, la encuestadora dio la explicación pertinente sobre los objetivos del estudio y la importancia de la validez del cuestionario.
3. Firma del consentimiento y asentimiento informado de los/as representantes y de los/as estudiantes.



ANEXO # 5 (Continuación).

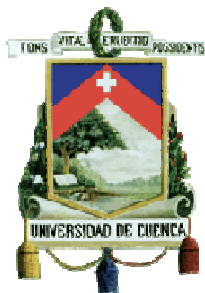


Informe de validación del instrumento de recolección de datos de la tesis titulada “Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca”

4. Cronometraje del tiempo necesario para la encuesta; siendo de 17 minutos para jóvenes de 11-13 años de edad y 13 minutos para alumnos/as de 14 a 19 años.
5. Estructura semántica: Para asegurar y mejorar la comprensión de todas las preguntas, se realizó las siguientes modificaciones:
 - en la pregunta número 5, que cuestiona, ¿a qué colegio perteneces? se agrega la opción, Fiscomisional ya que existían colegios en esta categoría.
 - Con respecto a las preguntas número 8 y 9, un gran número de estudiante no conocía su talla y peso, por lo que opto por la estrategia de pedir a los estudiantes en el momento de la entrega del consentimiento informado que sean pesados y tallados para el día de entrega del Mismo
 - Por lo demás la encuesta demostró ser concreta y precisa
6. Observaciones: Las/os encuestados hicieron hincapié que las demás preguntas eran entendibles y fáciles de contestar.



ANEXO # 6



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Formulario N° ____

ENCUESTA PARA DETERMINAR PREVALENCIA DE ANOREXIA
NERVIOSA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS
DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2012.

La información que provea es enteramente confidencial. Asimismo, su identidad no será revelada a ninguna tercera persona ajena a este proyecto. Los datos serán procesados por los autores de la tesis.

INSTRUCCIONES:

- Marca con una X el casillero de tu respuesta
- Las preguntas tienen una sola respuesta, excepto las preguntas que se mencionan tener más de una respuesta.
- Toma el tiempo necesario para responder cada pregunta con toda sinceridad.

1. EDAD: años
2. SEXO: 2.2 MASCULINO 2.3 FEMENINO
3. CURSO:
- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 3.1 OCTAVO DE BÁSICA | 3.5 SEGUNDO DE BACHILLERATO | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 NOVENO DE BÁSICA | 3.6 TERCERO DE BACHILLERATO | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 DÉCIMO DE BÁSICA | | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 PRIMERO DE BACHILLERATO | | <input type="checkbox"/> |
4. ¿ALGUNO DE TUS PADRES ESTA FUERA DEL PAIS?
- | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 4.1 SOLO MAMÁ | <input type="checkbox"/> | 4.3 MAMÁ Y PAPÁ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 SOLO PAPÁ | <input type="checkbox"/> | 4.4 NINGUNO | <input type="checkbox"/> |
5. ¿A QUE COLEGIO PERTENECES?
- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 5.1 PARTICULAR | <input type="checkbox"/> | 5.2 FISCAL | <input type="checkbox"/> | 5.3 FISCOMISIONAL | <input type="checkbox"/> |
|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|



6. ¿CAMBIARÍAS ALGUNA PARTE DE TU CUERPO?

6.1 SÍ

6.2 NO

7. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS TE GUSTA VER MÁS? (puedes señalar más de una opción)

7.1 NOTICIAS SOBRE DIETAS

7.5 MODELAJE

7.2 ENTREVISTAS A MODELOS

7.6 CONCURSOS DE BELLEZA

7.3 DEPORTES PARA BAJAR DE PESO

7.7 PELÍCULAS (ACTRICES)

7.4 TELENOVELAS

8. ¿CUÁL ES TU ESTATURA?

9. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿CUAL HA SIDO SU PESO MAS BAJO?

10. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:		
	SÍ	NO
10.1 ¿SI TENIAS BAJO PESO, EVITABAS ENGORDAR?		
10.2 ¿TE CONSIDERAS GORDO/A O QUE UNA PARTE DE SU CUERPO ERA DEMASIADO GORDA?		
10.3 ¿INFLUYÓ MUCHO SU PESO O SU FIGURA EN LA OPINION QUE TENÍAS SOBRE TÍ MISMO?		
10.4 ¿SI TENIAS BAJO PESO; HAS PENSADO QUE ESTE ES UN PROBLEMA SERIO?		
SOLO PARA MUJERES QUE MENSTRUAN:		
10.5 ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES DEJASTE DE TENER TUS PERIODOS MENSTRUALES?		

Fuente: MINI International Neuropsychiatric Interview
Elaborado por: Coronel J. Gabriela C. Romero J.

AGRADECEMOS TU COLABORACIÓN

SOLO PARA EL INVESTIGADOR: ANOREXIA NERVIOSA:.....



Anexo # 7

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso		4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Pies/pulgadas																
Libras		84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm		144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso		5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Pies/pulgadas																
Libras		105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm		154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)