



RESUMEN TÍTULO

PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011.

Objetivo: Determinar la prevalencia de bulimia y factores asociados, en adolescentes de 10 a 19 años de los colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca.

Método y materiales: El presente estudio es de tipo cuantitativo transversal de prevalencia. Universo de N= 38118 La muestra final fue de n= 1215, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la entrevista estructurada aplicándose un cuestionario conformado por variables socio-demográficas, además del test de bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edimburgh, BITE). Los resultados tuvieron un análisis estadístico en SPSS 15.00. Versión Evaluación

Resultados: En la muestra 84 casos 7,3% presentan posible bulimia nerviosa sub clínica y 47 casos equivalente al 4,1 % tienen posible bulimia nerviosa. 442 estudiantes, el 38,3 % no desayunan; 228 estudiantes, el 19,8 % presentan sentimientos de soledad; 152 estudiantes, el 13,2 % presentan carencia afectiva; 259 estudiantes, el 22,4 % se consideran influenciados por los mass media; 386 estudiantes, el 33,4 % tienen dificultad para resolver conflictos; 359 estudiantes el 31,1 % tienen dificultades para comunicar emociones; 378 estudiantes, el 32,8 % presentan imagen corporal deteriorada; sumando las familias disfuncionales y las familias severamente disfuncionales tenemos 272 que representan el 23,5 % de los investigados.

Conclusiones: 7,3% presentan posible bulimia nerviosa sub clínica y 4,1 % tienen posible bulimia nerviosa.

Palabras claves: Bulimia, Adolescencia, test de Edimburgo, imagen corporal.



ABSTRACT

TITLE

PREVALENCE OF BULIMIA NERVOSA AND ASSOCIATED FACTORS IN THE ADOLESCENTS FROM URBAN HIGH SCHOOLS OF CUENCA, 2011.

Objective: To determine the prevalence of bulimia and associated factors in adolescents 10 to 19 years from urban high schools of Cuenca.

Method and Materials: This study is a quantitative cross-sectional prevalence. Population of N = 38118 the final sample of n = 1215, which met the inclusion criteria. Structured interview was used to apply a questionnaire consisting of socio-demographic variables, as well as bulimia test of Edinburgh (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE). The results were statistically analyzed in SPSS 15.00. Evaluation Version

Results: 84 cases 7.3% sub-clinical bulimia nervosa and 47 cases equivalent to 4.1% have possible bulimia nervosa. 442 students, 38.3% did not eat breakfast, 228 students, 19.8% have feelings of loneliness, 152 students, 13.2% are deficient affective; 259 students, 22.4% were strongly influenced by the mass media; 386 students, 33.4% had difficulty in resolving conflicts; 359 students 31.1% have difficulty communicating emotions; 378 students, 32.8% have impaired body image; dysfunctional families and severe dysfunctional families 272 cases representing 23.5%.

Conclusions: 7.3% have possible sub-clinical bulimia nervosa and 4.1% had bulimia nervosa possible.

Key words: Bulimia, Adolescence, Edinburgh test, body image.



INDICE

INDICE	1
ABSTRACT	2
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	8
RESPONSABILIDAD	9
INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	18
FUNDAMENTO TEÓRICO	18
2.1. ADOLESCENCIA	18
2.1.1 Definición	18
2.1.1.1 Concepto Fisiológico	19
2.1.1.2 Concepto Bio-energético	19
2.1.1.3 Concepto Psicológico	19
2.1.1.4 Concepto Socio – Cultural	20
Clasificación	20
Características de la adolescencia	21
2.2.2 Desarrollo en la Adolescencia	23
2.2.3 Factores comunes a todos los/las adolescentes	24
BULIMIA NERVIOSA	26
2.3.1 Definición	26
2.3.2 Historia	26
2.3.3 Prevalencia	27
2.3.4 Epidemiología	28
2.3.5 Etiología y Patogenia	28



2.3.6 Manifestaciones Clínicas y Fisiológicas	32
2.3.7 Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa	33
2.4 HIPÓTESIS.....	34
CAPÍTULO III	35
3. OBJETIVOS	35
3.1. OBJETIVO GENERAL	35
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
CAPÍTULO IV	36
4. DISEÑO METODOLÓGICO	36
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	36
4.1.1. Tipo de estudio.	36
4.1.2. Área de Investigación.....	36
4.1.3. Definiciones Operacionales.....	36
4.1.4. Universo de Estudio.	36
4.1.5. Selección de la Muestra.....	36
4.1.6. Unidad de Análisis y Observación.....	37
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	37
4.2.1. Criterios de Inclusión.....	37
4.2.2. Criterios de Exclusión.....	37
4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	37
4.3.1 Métodos de procesamiento de la información.....	38
4.3.2. Técnica.	38
4.3.3. Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar.....	38
4.3.3.1. Tablas.	39
4.3.3.2. Medidas estadísticas.....	39



4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	40
4.6 Matriz de Variables	40
4.7 Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO V	45
5. RESULTADOS	45
5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	45
5.1.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	45
5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	45
5.2.1. RESULTADOS DE LA MUESTRA	45
5.2.1.1. Estadística descriptiva de distribuciones presentada en tablas simples	45
5.2.1.2. Estadística bivariada de distribuciones presentada en tablas de doble entrada.....	55
CAPÍTULO VI	97
DISCUSIÓN.....	97
CAPITULO VII.....	101
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
CAPITULO VIII	103
BIBLIOGRAFIA.....	103
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
8.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	106
ANEXO # 1	108
ANEXO 2.....	111
ANEXO 3.....	112
ANEXO 4.....	113
ANEXO 5.....	114



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011.**

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

AUTORES:

**SRTA. MONICA ANDRADE CABRERA
SR. SANTIAGO ARCENTALES PERALTA**

DIRECTOR:

DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

Cuenca-Ecuador

2011



DEDICATORIA:

Dedico este proyecto de tesis primero a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento.

A mis hermanos quienes depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad;

Y a mi novio compañero inseparable de cada jornada quien representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Mónica Andrade

A mi Padre Celestial y a mi Madre amada la Virgen María; por sus bendiciones que día a día recibo de su infinito amor.

A mis queridos padres Rolando y Teresita; por su ejemplo, amor y apoyo incondicional que me brindan, para alcanzar y convertir en realidad mis aspiraciones profesionales.

A mis hermanos, cuñados y sobrinos; en especial a mi hermana Ximenita; por su cariño motivador convirtiéndose también en coparticipes de mis estudios.

Santiago Arcentales



AGRADECIMIENTO

Dejamos constancia de nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Julio Jaramillo, maestro noble de grandes virtudes; Asesor y Director del presente trabajo investigativo.

A los directivos y maestros de la Facultad de Ciencias Medicas de la Escuela de Medicina, quienes desde nuestro comienzo en la carrera de Medicina cincelaron nuestros pensamientos de nobles virtudes, para llegar a ser médicos y de quienes como discípulos seguimos sus huellas.

Mónica Andrade

Santiago Arcentales



RESPONSABILIDAD

Las opiniones, criterios, interpretaciones, análisis, conclusiones, recomendaciones, bibliografías vertidas en la presente tesis, son de absoluta responsabilidad de los autores.

Mónica Andrade

010521954-7

Santiago Arcentales

010443162-2



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es una etapa de la vida que viene determinada por cambios físicos, psicológicos y sociales importantes. Diversos estudios demuestran que gran parte de jóvenes de entre 10 y 18 años quieren adelgazar.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como una mala regulación del comportamiento alimentario, caracterizada por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales asociados a la dieta, al peso y a la figura corporal, manifestándose clínicamente asociados a una psicopatología abundante y variada **(1)**.

Los TCA han existido desde tiempos remotos, sin embargo, actualmente la frecuencia de los mismos está aumentando de manera considerable.

En las últimas décadas, la moda, el entretenimiento y las industrias publicitarias han bombardeado a la sociedad con una imagen femenina característica: el ideal actual de la belleza se centra en la delgadez. La mujer resulta ser la más afectada ya que la sociedad condiciona a que el atractivo físico ejerce una gran influencia sobre el éxito profesional y la aceptación social. Al mismo tiempo, se considera que una mujer físicamente atractiva es más femenina que una menos atractiva. El afán de alcanzar la imagen ideal provoca que algunas mujeres se sometan a dietas estrictas y posteriormente a adoptar medidas compensatorias inadecuadas para bajar de peso, características de los trastornos alimenticios. A pesar de que los trastornos alimenticios se dan principalmente en mujeres, estudios epidemiológicos indican que alrededor de 5 a 15% de los casos de dichos trastornos ocurren en hombres; sin embargo,



se cree que muchos de éstos se ignoran o niegan debido a la poca prevalencia de los mismos o a la existencia de cierto tabú respecto a ello **(2)**.

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una conducta de comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve período de tiempo, seguida de un intenso sentimiento de culpabilidad y auto-desprecio hacia uno mismo, lo cual con frecuencia implica para la persona que la padece el mantenimiento de conductas purgativas o compensatorias **(1)**.

Tanto la bulimia nerviosa como otros trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y los no especificados, los mismos que no se consideran en este estudio) están clasificados detalladamente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición-texto revisado (DSM IV-TR), en el cuál se basa este estudio **(3)**.

Conociendo que en el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años) **(4)**. Nació la idea de realizar una investigación sobre prevalencia de bulimia nerviosa y factores asociados en adolescentes de los colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca, 2011; a sabiendas de que en Ecuador y específicamente en la ciudad de Cuenca, no existe un trabajo de investigación que ofrezca datos estadísticos certeros sobre la prevalencia de bulimia nerviosa, por lo que se ha considerado de utilidad efectuar un estudio de la misma entre adolescentes de 10 a 19 años de ambos sexos. El estudio se llevará a cabo en adolescentes hombres y mujeres pertenecientes a centros educativos ubicados en la zona urbana de la



ciudad de Cuenca, a quienes se les aplicará el Test de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh BITE por sus siglas en inglés), un instrumento autoadministrado que sirve para valorar la sintomatología bulímica y la severidad de sus síntomas **(5)**, al que se le sumarán otras preguntas que servirán para establecer una asociación entre las variables de estudio.

Las variables en estudio que se consideran son: variable moderadora (edad, sexo), variable independiente (baja autoestima), variable interviniente (historia familiar, ser perfeccionista, ser complaciente, dificultad para comunicar emociones, dificultad para resolver conflictos, padres sobreprotectores, sentimientos de soledad, falta de afecto, identidad corporal, influencia de los medios, migración de los progenitores), y variable dependiente (bulimia nerviosa).

Los beneficiarios de la presente investigación serán todas las personas que deseen conocer sobre los factores que influyeron en la aparición de bulimia nerviosa en las/los estudiantes de los colegios de Cuenca; para las autoridades de los colegios que participaron en dicha investigación para que puedan hacer programas de intervención conociendo la realidad de los planteles participantes, y en especial para los/las adolescentes, para que sean entendidos por parte de sus padres, profesores de sus colegios y la sociedad en general, de que hay situaciones que influyen en sus vidas. Y así poder ser ayudados por ellos.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La bulimia nerviosa constituye un problema de salud pública en todos los países en la sociedad moderna cuya iniciación generalmente ocurre en la adolescencia. Muchos factores individuales, familiares y sociales son de influencia en esta etapa vulnerable de la vida en la que el adolescente atraviesa la búsqueda de su identidad para sentirse como un adulto.

Como no existen cifras oficiales sobre estos trastornos, las siguientes estadísticas están basadas en importantes investigaciones científicas; algunas han sido recopiladas en el ámbito de la salud pública –hospitales y centros médicos- y otras han resultado de las pesquisas e iniciativas particulares de organizaciones y asociaciones que luchan en la prevención y mitigación de los trastornos de la alimentación. Así encontramos los siguientes datos:

En nueva Zelanda, Bushnell, Wells, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, en 1990, determinaron la prevalencia de bulimia nerviosa según el DSM-III, del 1.9 % sobre una muestra de 994 mujeres entre 18 y 64 años de edad.

En una amplia muestra realizada en Ontario, Canadá, Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kaplan, y Woodside, en 1995 hallan una prevalencia de bulimia nerviosa sobre una muestra de 4285 mujeres entre 15-65 años, del 1.1 %, siguiendo los criterios del DSM-III-R.

En 1995, Garfinkel, Lin, Goering, Spegg y Goldbloom, presentan una muestra de población general 8116 sujetos de Ontario, Canadá. El equipo pretendía estudiar la bulimia nerviosa y hallar la prevalencia y comparación entre grupos,



a través de la entrevista estructurada. Los resultados dieron una prevalencia de 1.1 % en mujeres frente al 0.1 % en hombres **(6)**.

Estados Unidos de Norteamérica: en relación con la bulimia algunos estudios ingleses y norteamericanos señalan prevalencias del 2 al 4% en mujeres jóvenes, con tendencia al incremento. Un estudio de 1996 entre los hombres de la armada norteamericana reportó una prevalencia de 6.8 % de bulimia. Un estudio entre los hombres civiles con trastornos alimentarios dio como resultado que el 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales.

México: de acuerdo con la psicóloga Laura Elliot directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", entre el 1.5 a 2.5 % de las mujeres jóvenes padecen bulimia.

Argentina: en la provincia de Salta un equipo de profesionales del hospital local que llevan a cabo un programa de detección y tratamiento de trastornos alimentarios encontraron en las estadísticas del último semestre de 1997 que de 190 personas atendidas un 15 % presentaba bulimia, el 60 % del total de víctimas no superan los 25 años y el nivel socioeconómico en la mayoría es bajo **(7)**.

Otro estudio realizado en el mismo país en la ciudad de Córdoba, sobre trastornos alimentarios de riesgo en los adolescentes en 2006; tuvo como resultado lo siguiente: la muestra fue de 1240 alumnos de sexo femenino con edades comprendidas entre 11 y 19 años, del total de encuestados el 23.39 % tiene patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa), el 11.45% posible bulimia nerviosa sub-clínica y el 8.39% tiene patrones de comportamientos muy alterados (posible bulimia nerviosa), mientras que el



56.77% no presenta comportamientos compulsivos hacia la comida. De los resultados obtenidos los más significativos se hallaron en los grupos etarios de 16 años, 18 y 19 años. Se observó que a mayor edad aumenta el porcentaje de jóvenes con trastornos alimentarios **(8)**.

España: un estudio realizado sobre prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario concluyó que la prevalencia de bulimia está entre 1 y 3%, y que las edades más frecuentes de inicio de la misma oscilan entre los 16 y los 25 años **(9)**.

Otro estudio en este mismo país en la ciudad de Barcelona en el 2008 sobre la prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA, incluyó una muestra de 551 adolescentes con una media de edad de 17,6 años (derivación estándar 2,6). Presentaron criterios diagnósticos de bulimia nerviosa del 2,9% (IC 95 %: 1,7-4,7) **(1)**.

Costa Rica: estudio sobre anorexia y bulimia realizado en el hospital nacional de niños en 2002, incluyó 22 adolescentes, de los cuales el 22.7 % fue diagnosticado de bulimia nerviosa al ingreso en ese centro **(10)**.

Así es, por lo antes mencionado, y la severidad del problema nos motiva a investigar la bulimia nerviosa.

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Estudios en diferentes países muestran que las cifras de prevalencia son similares en adolescentes con porcentajes de 2 al 4%, en Estados Unidos de Norteamérica; en México 1.5 a 2.5 %**(7)**; en España 1 a 3 %**(9)**, por lo tanto, es



muy probable que estos datos se pueden extrapolar a nuestra realidad, pero al no existir información sobre este problema de salud pública, no podemos afirmar esta hipótesis, por tal razón creemos que es muy importante el obtener datos confiables que nos permitan orientarnos a la realidad de los 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.

Al concluir el trabajo, los datos resultantes ponemos a disposición en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas donde podrán ser utilizados por profesores, autoridades de salud y de manera prioritaria por los estudiantes de los diferentes colegios, para generar pautas y comportamientos que permitirán conocer si ellos mismos o alguien cercano padece bulimia nerviosa, para que de esta manera pueda recibir la ayuda necesaria; así como también frenar el progreso de este trastorno en etapas iniciales; de igual manera pretendemos que generen conciencia sobre los riesgos, fisiológicos y psicológicos que puede producir el padecimiento de este trastorno alimentario.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ADOLESCENCIA

2.1.1 Definición

La edad que sucede a la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia. El término proviene de la palabra latina *adolescētia*.

La adolescencia es, en otras palabras, la transición entre el infante y el adulto. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.

Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que comienza a una edad determinada debido a los cambios hormonales. La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto **(11)**.

Esta etapa se caracteriza por cambios biológicos, físicos y psicológicos, siendo considerada la etapa crítica y conflictiva del ser humano en donde se desarrollan nuevas capacidades, se expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación, caracterizándose este grupo por la búsqueda de su identidad sexual e independencia. **(12)**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es



una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere(13).

2.1.1.1 Concepto Fisiológico

Sostiene que la adolescencia comienza con la pubertad. Es decir que como consecuencia de la maduración del organismo hay cambios biológicos significativos.

En primer lugar, las glándulas de secreción interna se activan provocando la aparición de los caracteres sexuales secundarios y capacitando al organismo para la reproducción. Al mismo tiempo se acelera el crecimiento con el propósito de que el organismo alcance el tamaño adulto.

2.1.1.2 Concepto Bio-energético

Según Stanley Hall el organismo individual, en el proceso de desarrollo, atraviesa etapas correspondientes a las que se sucedieron en la historia de la humanidad.

Cada individuo revive en su propio organismo el desarrollo de la raza.

2.1.1.3 Concepto Psicológico

La adolescencia es la edad durante la cual la estructura mental y la psiquis alcanzan la madurez. En esta etapa el joven se diferencia de los otros y busca su independencia con logros y desaciertos que le permiten medir sus capacidades para solucionar conflictos. En la búsqueda de esta identidad los



adolescentes experimentan cambios de humor bruscos, exploran en soledad, cuestionan las reglas establecidas y experimentan en sondeo del cuerpo perfecto, atraíble para otros.

2.1.1.4 Concepto Socio – Cultural

Reconoce la existencia de factores biológicos en el apareamiento de la pubertad y por ende de la adolescencia, sin embargo considera a la adolescencia un fenómeno cultural, pues existen culturas en donde esta etapa pasa desapercibida o es simplemente un rito entre la niñez y la adultez.

Los jóvenes se enfrentan a responsabilidades mayores, a una autonomía muchas veces unida al abandono, inquietudes sexuales desconocidas para ellos y nunca mencionadas por los adultos y cambios hormonales que modifican su conducta muchas veces sin ser entendidas y sostenidas por los adultos **(14)**.

2.2 Clasificación

- Adolescencia Temprana (10-13 años)

La inteligencia se demuestra a través de la manipulación lógica y sistemática de símbolos relacionados con objetos concretos. El interés hacia las partes del cuerpo, favorece la intervención en salud, pero su pensamiento concreto previene la forma de dar la información. En esta etapa es necesario integrarlo a la toma de decisiones, que generen responsabilidad y a su vez autonomía. Según Russell y Bakken, existen tres tipos de autonomía, emocional, de



comportamiento y de valores. En la emocional, los adolescentes cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares.

- **Adolescencia Media (14-16 años)**

Existe disminución de su interés en el cuerpo lo que limita las acciones en salud, ya que los mismos no se van a integrar a través de la estética, sin embargo el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. También en esta etapa, la inteligencia se demuestra a través del lógico uso de símbolos relacionados con conceptos abstractos. Por fortuna, el desarrollo de este pensamiento, puede originar la evaluación de consecuencias, y lograr el manejo de la información de manera preventiva, por ejemplo, con énfasis en que unos hábitos inadecuados pueden ocasionar problemas en un futuro. Al estar muy influidos por los pares, la intervención debe dirigirse al grupo, si dentro del grupo hay líderes positivos, de lo contrario elegir la intervención individualizada sería lo más conveniente.

- **Adolescencia Tardía (mayores de 17 -19 años)**

La comunicación se facilita, porque existe la influencia tanto familiar como de los pares en la toma de decisiones. Esto implica que en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables pueden nuevamente intervenir los padres. Una explicación concreta y teórica como sustento del tratamiento se puede aceptar con mayor facilidad así como los efectos que tendría sobre su vida **(15)**.

2.2.1 Características de la adolescencia

- **REBELDIA:** es una característica propia de los adolescentes que se pone de manifiesto en sus actitudes de diferentes maneras; protestando



constantemente, oponiéndose a las normas o a lo establecido, desobedeciendo por sistema y enfrentándose con frecuencia a los padres y demás personas que los rodean, el comportamiento rebelde de los adolescentes es la consecuencia de la búsqueda de independencia.

- **AUTOESTIMA:** es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto y consideración que nos tenemos de nosotros mismos y de los demás. Una persona segura y con elevada autoestima irradiará sentimientos y actitudes positivas tanto hacia sí mismo como hacia los demás y esto le llevará a enfrentarse a la vida con confianza, seguridad y firmeza.
- **INSEGURIDAD:** hace referencia a las personas cuya inseguridad proviene de una falta de confianza en sí mismas, es decir, de una baja autoestima. Esta baja autoestima se manifiesta de un modo casi permanente, constituyendo un rasgo definitorio de su personalidad.
- **MADUREZ AFECTIVA:** consiste en lograr un equilibrio entre lo racional y lo afectivo. Es una cualidad de la madurez. Cuanto más integrados nos encontremos psíquica y emocionalmente mayor será este equilibrio.
- **ESTABILIDAD EMOCIONAL:** la estabilidad emocional nos va a ayudar a conectar mejor con los demás, a establecer relaciones sanas, expresar sentimientos abiertamente y sobre todo a lograr un equilibrio interior que se va a reflejar posteriormente en nuestra conducta. **(16)**
- **RESILIENCIA:** esta palabra ha sido tomada de la metalurgia y define la capacidad de los metales para resistir a los golpes y recuperar su estructura



interna, gracias a esta característica, el joven es capaz de atravesar duras pruebas y luchar y vencer obstáculos extraordinarios. **(17)**

2.2.2 Desarrollo en la Adolescencia

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.
- Aspectos psicológicos dados fundamentalmente por:
 - Búsqueda de sí mismos, de su identidad.



- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
- Relación conflictiva con los padres.
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Con lo anteriormente referido vemos como los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo **(18)**.

2.2.3 Factores comunes a todos los/las adolescentes

La adolescencia sería la etapa de la vida que por sus características de crisis del desarrollo, presenta un potencial mayor de trastornos en múltiples áreas, que la hacen susceptible de manifestaciones patológicas. Resulta de interés considerar la adolescencia como un período en que el adolescente se encuentra sometido a enormes presiones, tanto internas como externas.

Entre los factores comunes a todos los adolescentes, que ejercen un efecto especial sobre su conducta y comportamiento destacaríamos tres:



2.2.3.1 Sus relaciones con sus padres: supone su capacidad de ir cambiando de un estadio de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, no dependiendo totalmente de como pudieran influir, condicionar o reaccionar sus padres. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que buscan sea secreta y propia. Esto es fuente de enriquecimientos lingüísticos ya que es la forma de crear un código de comunicación entre ellos que sea diferente e ininteligible para los adultos.

2.2.3.2 Sus relaciones con sus amigos: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, que aumenta, en grupo, sus esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Un grupo donde ensayar a través de las múltiples identificaciones proyectivas en sus miembros, su identidad y sus nuevas capacidades.

2.2.3.3 La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar su visión de su self, pasando de un self dependiente de los cuidados paternos a un self en el que se siente dueño de un cuerpo masculino o femenino. Su visión de sí mismo como persona le tiene que llevar a la exploración del mundo externo, donde ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y



preocupaciones. Es la proyección en el mundo exterior de la transformación que está viviendo, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales **(19)**.

2.3 BULIMIA NERVIOSA

2.3.1 Definición

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada (*binge* o atracón) y exagerada de alimentos en períodos muy cortos de tiempo. Todo esto, acompañado de una conducta tendiente a eliminar los efectos de esta ingesta calórica a través de la auto-provocación del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física. Estos episodios de ingesta compulsiva no pueden prevenirse ni interrumpirse una vez iniciados **(20)**.

2.3.2 Historia

El término bulimia, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente “hambre de buey” **(20)**.

En un inicio, se consideraba la bulimia nerviosa como una variante de la anorexia nerviosa. Esto se debía a que los pacientes indicaban haber presentado un episodio previo de anorexia nerviosa y ambos desórdenes compartían una psicopatología similar: el miedo a engordar **(21)**.



La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito auto-inducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma.² En el siglo 18, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada.

Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”. Actualmente el DSM IV propone una definición contemporánea de la bulimia nerviosa **(20)**.

2.3.3 Prevalencia

El DSM – IV- TR (APA, 2002) indica que entre las mujeres es aproximadamente del 1-3 % y entre los hombres es diez veces menor. Para otros autores como Van Hoeken, Lucas, y Hoek (1998), el índice de prevalencia de bulimia nerviosa en el ciclo vital parece ser 1% en mujeres y 0.1% en hombres. En nuestro país, los estudios son escasos **(21)**.



2.3.4 Epidemiología

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino, y es más frecuente que la anorexia nerviosa. El diagnóstico muchas veces es difícil por la ocultación de los síntomas y si bien es una enfermedad que se inicia en la adolescencia, puede pasar desapercibida y sólo ser descubierta después de muchos años, a veces después de más de una década de sintomatología **(20)**.

2.3.5 Etiología y Patogenia

Si bien se desconoce el origen exacto de esta patología, se sabe que un gran número de pacientes bulímicos comenzaron su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para adelgazar.

Gran cantidad de factores del área bio-psicosocial han sido asociados como importantes ingredientes en el desarrollo de esta patología. Como Cynthia Bulik dijo: “la genética carga el arma y el ambiente la gatilla” (el autor original se desconoce).

En forma creciente se plantea el posible origen biológico de esta enfermedad. En varios estudios, se observó que las pacientes bulímicas tenían una respuesta inadecuada a la secreción de colecistoquinina, con lo cual ésta no ejercería su función como estimulante de la saciedad. Jimerson y col. Observaron una relación entre la bulimia nerviosa y una respuesta inadecuada a la secreción postprandial de serotonina: al faltar el estímulo que ella ejerce sobre el centro de la saciedad podría explicarse, al igual que con la colecistoquinina, el motivo del atracón y la ingestión de importantes cantidades de alimentos. Por último, Kaye, Ballenger, Lydiard y col. sugieren la hipótesis



de una alteración a nivel de la noradrenalina en pacientes bulímicos con peso normal. Sin embargo, el déficit de noradrenalina puede ser secundario a la escasa ingesta nutricional, el estrés, altos niveles de actividad física y alteraciones del medio interno; todos estos factores se pueden hallar en un paciente bulímico. Esta es, tal vez, la explicación del círculo vicioso en donde la conducta alimentaria patológica puede provocar cambios a nivel del sistema noradrenérgico como consecuencia de la inanición, lo cual perpetuaría el trastorno de la conducta alimentaria **(20)**.

Entre los factores que pueden explicar la aparición de este trastorno, tenemos a los de tipo sociocultural. En este sentido, la literatura explica que los desórdenes alimentarios no ocurren uniformemente en todas las culturas todo el tiempo. De hecho, la obsesión con la delgadez se concentra en culturas donde la comida es abundante (Polivy y Herman, 2002). Estos valores relacionados a la delgadez son característicos de la cultura occidental, que rápidamente invade otras comunidades al desarrollarse socioeconómicamente (Toro et al., 2006).

Así, los factores culturales se relacionan con la insatisfacción corporal dado que estos influyen en la imagen corporal ideal (Toro et al., 2006). A su vez, esta es asociada con la restricción alimentaria en un intento por alcanzar una figura delgada y por controlar la autoestima (Jaeger et al., 2002).

Otros autores como Polivy y Herman (2004) consideran que se ha culpado a la presión sociocultural de contribuir al desarrollo de los desórdenes alimentarios, sin tomar en cuenta que la exposición voluntaria de las mujeres a estas imágenes mediáticas puede ser placentera.



Estos autores señalan que el problema se exagera (aunque no empieza) con los medios, ya que, en personalidades vulnerables, el efecto de la exposición a las imágenes idealizadas promueve restricción alimentaria (que es un corto paso a una alimentación desordenada) y esta es un fuerte predictor de trastornos alimentarios.

Por otro lado, muchas teorías apuntan a explicar cómo la dinámica familiar puede influir en el desencadenamiento o perpetuación de los desórdenes alimentarios (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Así, Goodsitt (1997) señala que antes de la aparición de la BN, la joven se encuentra en un conflicto entre seguir su propia vida y mantener el equilibrio psíquico de una figura parental que no es feliz y cuya vida ha sido perturbada por el divorcio, alcoholismo o inestabilidad mental.

Este conflicto también podría estar relacionado con la falta de resolución de problemas y con el bajo nivel de cohesión y de expresividad que caracterizan a la familia del paciente con bulimia nerviosa (Benninghoven et al., 2003). Con esto, estos pacientes perciben que las interacciones con los miembros de la familia están asociadas con emociones negativas. Waller (1994) encontró que los atracones eran más frecuentes cuando se percibía que la familia tenía pocas habilidades para la resolución de problemas y eran menos frecuentes cuando se percibía que la familia tenía un estilo más cohesivo.

Por otro lado, las actitudes negativas hacia la figura corporal ocupan una posición prominente entre los factores de riesgo de la BN (Jaeger et al., 2002). De hecho, en las mujeres que sufren de este trastorno se ha encontrado mayor presencia de cogniciones de una reactividad negativa relacionadas al cuerpo que en las mujeres que no muestran un desorden alimentario. Esto sugeriría un



sobre involucramiento con el propio cuerpo y un estrechamiento de su foco de atención que se refleja en experimentar pensamientos fuertes que se ven incrementados sustancialmente cuando son confrontadas con su apariencia física (Hilbert y Tuschen- Caffier, 2005).

Otros factores de riesgo para los desórdenes alimentarios son los rasgos de personalidad. La relación entre ambos no es clara, ya que pueden predisponer a o ser el resultado de un desorden alimentario o no tener influencia el uno sobre el otro sino deberse a una tercera variable que aumenta el riesgo para una o para ambas alteraciones (Wonderlich y Mitchell, 2001). Así se han asociado muchos rasgos a la bulimia nerviosa tales como la baja autoestima y después el perfeccionismo (Fairburn y Harrison, 2003). En cuanto al perfeccionismo, Castro Fornieles et al. (2005) encontraron que los pacientes que tienen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa tienen un mayor perfeccionismo orientado en el self entendido este como un escrutinio crítico del self, con estándares irreales impuestos y una perfección del self requerida. Este tipo de perfeccionismo sería común a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, y distintivo de estos desórdenes diferenciándolos de otros desordenes psiquiátricos como los desórdenes depresivos o de ansiedad.

Por otro lado, la baja autoestima o el concepto negativo del self ha tenido un rol central en muchas teorías clínicas de los desordenes alimentarios. De hecho, los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa exhiben déficits en el concepto del self con respecto a los grupos controles sanos. Esto se confirma tanto en la autoestima global como en la idea de ineffectividad (Jacobi et al., 2004) **(21)**.



2.3.6 Manifestaciones Clínicas y Fisiológicas

- **Trastornos Endócrinos:** en pacientes con bulimia nervosa se han reportado niveles bajos de insulina plasmática, de péptido C, triyodotironina y glucosa; y niveles elevados de ácido betahidroxibutírico. Las concentraciones de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y cortisol se encuentran significativamente elevadas en estos pacientes. Se ha encontrado en pacientes con bulimia nervosa un incremento en el nivel de hormona del crecimiento (GH) durante la noche, la dieta intermitente puede ser la responsable de este hallazgo. El aumento en los niveles de prolactina durante la noche es menor en pacientes bulímicos que en sujetos controles sanos. Esta diferencia es probablemente causada por la producción de estrógeno reducida en pacientes bulímicos. Amenorrea ocurre aproximadamente en 50% de estos pacientes.

Estudios de péptidos en el líquido cefalorraquídeo muestran valores normales de neuropéptido Y pero niveles elevados de PYY después de un tratamiento exitoso. También se observan niveles bajos de beta-endorfina, lo cual concuerda con el hecho de que las endorfinas inhiben la ingesta de comida. La colecistocinina (CCK) desempeña un papel importante en la regulación de la saciedad; en algunos estudios, se ha encontrado que pacientes bulímicos tienen niveles reducidos de CCK después de una prueba de alimentos, en comparación con voluntarios sanos.

- **Alteraciones en neurotransmisores:** estudios en pacientes bulímicos han demostrado alteraciones en la secreción de norepinefrina, aunque en menor



grado. Los niveles de serotonina se encuentran disminuidos, lo contrario que se observa en pacientes con anorexia nervosa.

- **Alteraciones dermatológicas:** los pacientes con bulimia nerviosa a menudo presentan queratosis folicular, caracterizada por piel seca y cabello quebradizo, lo cual se da a consecuencia de la deshidratación, está presente el signo de Russell, que consiste en la presencia de callosidades en los dedos o abrasiones en el dorso de la mano como resultado de la autoinducción del vómito; ésta es una característica patognomónica.

- **Alteraciones dentales:** erosión del esmalte dental, principalmente en la superficie lingual de los dientes superiores, es otro signo patognomónico de la autoinducción del vómito. Las amalgamas o rellenos de las muelas pueden sobresalir por encima de la superficie de éstas. Estudios han demostrado que muchos pacientes con bulimia nerviosa que han recurrido al vómito en un tiempo de 4 años o más, han presentado evidencia de erosión del esmalte **(2)**.

2.3.7 Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa

Nos basaremos en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR los cuales son:

A. Atracones recurrentes caracterizados por:

1. Ingesta en poco tiempo de más cantidad de alimento que la ingerida por la mayoría de las personas en circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.



- B. Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, para no ganar peso: vómitos, laxantes, enemas, ayunos, ejercicio físico excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensadoras tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el curso de una anorexia nerviosa.

Tipos:

Purgativo: durante el episodio incurre regularmente en vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.

No purgativo: durante el episodio incurre en ayunos o ejercicios excesivos, pero no en vómitos, laxantes, diuréticos o enemas **(22)**.

2.4 HIPÓTESIS

La prevalencia de bulimia nerviosa en los/las adolescentes de los colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca, se ve afectada por factores tales como: ser perfeccionista, ser complaciente, dificultad para comunicar emociones, dificultad para resolver conflictos, baja autoestima, padres sobreprotectores, sentimientos de soledad, falta de afecto, imagen corporal deteriorada, influencia de los mass media, migración de los progenitores y disfunción familiar.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de bulimia nerviosa y factores asociados en una población mixta de adolescentes escolarizados de la zona urbana de la ciudad de Cuenca en el año 2011.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de bulimia nerviosa según edad y sexo.
- Determinar la frecuencia de bulimia nerviosa según: ser perfeccionista, ser complaciente, dificultad para comunicar emociones, dificultad para resolver conflictos, baja autoestima, padres sobreprotectores, sentimientos de soledad, falta de afecto, imagen corporal deteriorada, influencia de los mass media y migración de los progenitores, disfunción familiar.
- Sistematizar la información obtenida en el presente estudio.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. Tipo de estudio.

Estudio cuantitativo transversal de prevalencia.

4.1.2. Área de Investigación.

Nuestra investigación se realizó en los colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca, en el año 2011.

4.1.3. Definiciones Operacionales.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación, criterios de inclusión y exclusión, procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos.

4.1.4. Universo de Estudio.

Homogéneo finito, estudiantes adolescentes hombres y mujeres de los Colegios urbanos de la ciudad de Cuenca. El universo está constituido por todos los/las 38118 estudiantes de los 63 colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca, registrados en la Dirección Provincial de Educación de Cuenca, en el año lectivo 2010-2011.

4.1.5. Selección de la Muestra.

Se utilizó el programa Epi Info versión 3.4.3, con un universo de 38118 estudiantes de los colegios de la ciudad de Cuenca; el número de estudiantes



que participaron en el estudio fueron de 1105, para el cálculo se utilizó el 11.45% en el parámetro frecuencia esperada, un peor aceptable del 9,6%; además se utilizó el nivel de confianza del 95%. Se adicionó el 10% de posibles pérdidas, lo cual significa que la muestra fue de 1215 estudiantes.

4.1.6. Unidad de Análisis y Observación.

Adolescentes estudiantes de los colegios de la zona urbana de la ciudad de Cuenca con edades comprendidas entre 10 y 19 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.2.1. Criterios de Inclusión.

Se incluyeron a los/las estudiantes que se encuentren matriculados y cursando el periodo lectivo 2010 – 2011 de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, y que acepten participar en la investigación firmando el asentimiento informado.

4.2.2. Criterios de Exclusión.

Se excluyeron a las personas que no entren en la clasificación de adolescentes según la OMS (10-19 años), los/las estudiantes que no se encuentren matriculados en el periodo lectivo 2010 – 2011; de igual manera no participarán en la investigación las personas que se nieguen a firmar el asentimiento informado, así como quienes no asistan a clases el día de la recolección de los datos, y quienes no presenten el consentimiento informado.

4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.

La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario, previamente validado.



4.3.1 Métodos de procesamiento de la información.

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS 15.00 (Statistical Product and Service Solutions para Windows) Versión Evaluación.

La investigación se basó en el método de medición de la frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, para presentar los resultados en tablas simple y doble entrada. Se utilizó también el estadístico Chi cuadrado, para medir la fuerza de asociación entre las variables socio-demográficas.

4.3.2. Técnica.

Se utilizó la entrevista estructurada aplicándose un cuestionario, conformado por variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, residencia y emigración de familiares, además del test de bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edimburgh, BITE).

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

El formulario consta de: el título del estudio, el escudo de la Universidad de Cuenca, el Número de formulario y el instructivo para contestar correctamente el formulario.

Se realizó la medición de variables socio-demográficas: edad, sexo, emigración, residencia, estado civil. Además de las preguntas del test de bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edimburgh, BITE).

Se utilizó un lenguaje apropiado y claro para evitar problemas de comprensión, además de la explicación de cómo llenar el test antes de que sea realizado por los/as estudiantes.



Luego de la recolección de los respectivos asentimientos y consentimientos informados, entregado días antes, se realizó previa explicación adecuada el llenado respectivo del test por los estudiantes del colegio, obteniendo los datos dentro de las respectivas aulas con presencia del inspector de cada curso.

4.3.3.1. Tablas.

Se utilizó tablas simples y de doble entrada para consignar los resultados que se plantearon en los objetivos.

4.3.3.2. Medidas estadísticas.

Las principales medidas estadísticas que se utilizaron fueron: frecuencias, porcentajes, Chi cuadrado y probabilidad.

4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.

- Se solicitó la aprobación: del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de los colegios para la investigación.
- Se entregó el consentimiento informado a los/las representantes legales de los y las adolescentes.
- Se entregó el consentimiento informado a los estudiantes mayores de 18 años.
- Se entregó el asentimiento informado a los y las adolescentes menores de 18 años.
- Los y las participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les aplicó el formulario. Se



les indicó también que la información era estrictamente confidencial y que no serían utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serían expuestos de ninguna forma.

- Se respetó su autonomía.

4.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

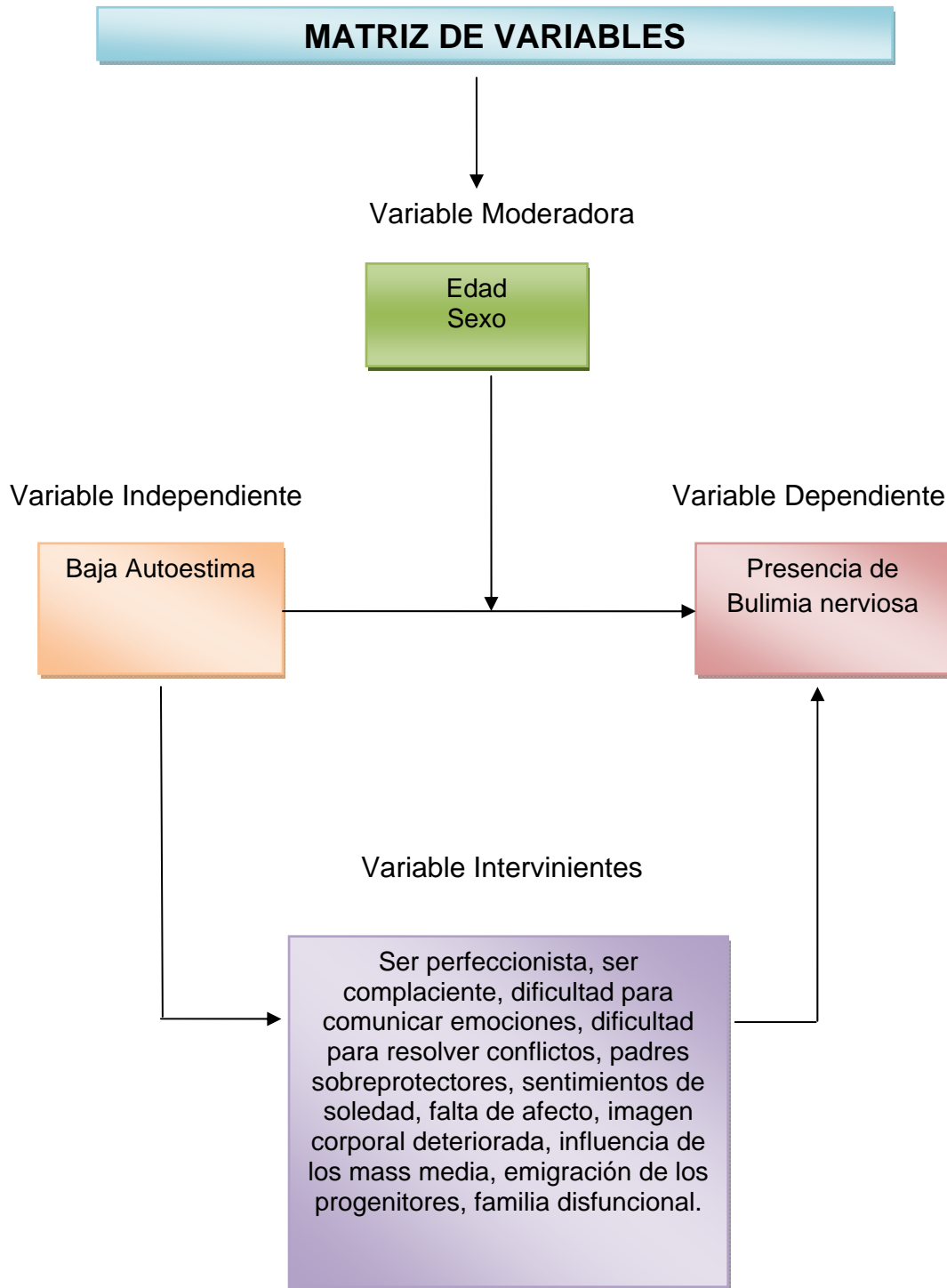
- **Variable Dependiente:** Presencia de Bulimia Nerviosa.
- **Variable Moderadora:** Edad y Sexo
- **Variable Independiente:** Disfunción familiar.
- **Variables Intervinientes:**

Factores Personales: ser perfeccionista, ser complaciente, dificultad para comunicar emociones, dificultad para resolver conflictos, sentimientos de soledad, falta de afecto, insatisfacción corporal.

Factores familiares: padres sobre-protectores, migración de los progenitores, familia disfuncional.

Factores sociales: influencia de los mass media.

4.6 Matriz de Variables





4.7 Operacionalización de 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 Décimo de Básica Primer curso de Bachillerato Segundo curso de Bachillerato Tercer curso de bachillerato	Si/No



VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Ser Perfeccionista	Creencia de que cualquier cosa por debajo de un ideal de perfección es inaceptable.	Ser perfeccionista	Ser perfeccionista	Si/No
Ser Complaciente	Persona propensa a complacer a los demás por la satisfacción que ello le produce.	Ser Complaciente	Ser Complaciente	Si/No
Dificultad para Comunicar Emociones	Incapacidad de expresar sus sentimientos a los demás.	Dificultad para comunicar emociones	Dificultad para comunicar emociones	Si/No
Dificultad para Resolver Conflictos	No saber cómo actuar en una confrontación, o hacerlo de manera errada.	Dificultad para resolver conflictos	Dificultad para resolver conflictos	Si/No
Padres Sobreprotectores	Implicación emocional intensa y excesiva, que conlleva a la necesidad de controlar al hijo.	Padres sobreprotectores	Padres sobreprotectores	Si/No
Sentimientos de soledad	Falta de contacto con otras personas, aislamiento o confinamiento.	Sentimiento de soledad	Sentimiento de soledad	Si/No



VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Falta de Afecto	Ausencia de expresión de amor de una persona a otra.	Falta de afecto	Falta de afecto	Si/No
Insatisfacción Corporal	Manifestación de disconformidad de su propio cuerpo.	Insatisfacción corporal	Insatisfacción corporal	Si/No
Influencia de los Mass Media	Seguir los estereotipos de moda que aparecen en la televisión o revistas.	Influencia de los mass media	Influencia de los mass media	Si/No
Migración de los Progenitores	Desplazamiento de uno o ambos padres desde su lugar de origen hacia otro destino.	Migración de los progenitores	Padre Madre Ambos Ninguno	Si/No
Familia Disfuncional	Falta de armonía dentro del grupo familiar, que afecta la salud de alguno de sus integrantes	Familia disfuncional	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Si/No



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

5.1.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se realizaron 1173 encuestas que cumplieron los criterios de inclusión de las 1215 previstas como muestra, en 62 colegios de la ciudad de Cuenca en la zona urbana. Dichas encuestas fueron contestadas por los/las estudiantes de manera individual, y en los horarios de asistencia a clase de cada institución. En un colegio no se obtuvo la autorización correspondiente y por consiguiente este colegio no participó en el estudio.

5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.2.1. RESULTADOS DE LA MUESTRA

La muestra representativa y aleatoria; para cada colegio se seleccionó, de nivel básico y bachillerato, un tamaño de muestra determinada (con una frecuencia esperada de 11.45 %, peor aceptable de 9.6 %, con un nivel de confianza de 95%), sobre la base de la información registrada en la Dirección Provincial de Educación; teniendo en cuenta la existencia de 63 colegios en la zona urbana, el tamaño total del universo de la ciudad fue $N= 38118$ con una muestra de 1105 estudiantes obtenidos mediante la aplicación del sistema Epi info más 10% de posibles pérdidas; la muestra final fue $n= 1215$.

A continuación presentamos los resultados de los análisis estadísticos sobre la muestra:

5.2.1.1. Estadística descriptiva de distribuciones presentada en tablas simples



TABLA # 1

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Año de estudio que cursa.

Curso	Frecuencia	Porcentaje
PRIMERO	173	15,0
SEGUNDO	159	13,8
TERCERO	163	14,1
CUARTO	169	14,6
QUINTO	218	18,9
SEXTO	272	23,6
Total	1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 272 estudiantes, es decir, el 23,6 % se encuentran en sexto curso.

TABLA # 2

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Edad del encuestado en años cumplidos.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11	1	,1
12	163	14,1
13	134	11,6
14	172	14,9
15	153	13,3
16	195	16,9
17	221	19,2
18	88	7,6
19	27	2,3
Total	1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 221 estudiantes, es decir, el 19,2 % se tienen 17 años de edad.



TABLA # 3

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	femenino	627	54,3
	masculino	527	45,7
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra la diferencia por género es ligeramente mayor en mujeres.

TABLA # 4

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Alguno de tus padres vive y trabaja en el extranjero (emigración de los progenitores)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	PAPA	219	19,0
	MAMA	40	3,5
	AMBOS	98	8,5
	NINGUNO	780	67,6
	Total	1137	98,5
No contestan		17	1,5
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra el fenómeno migratorio alarmante es que el 8,5 % de los investigados tienen ambos progenitores ausentes.



TABLA # 5

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Resultado del test de Edimburgo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida.	810	70,2
	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente B. N.).	202	17,5
	Posible bulimia nerviosa sub clínica.	84	7,3
	Patrones de comportamiento muy alterado (posible B. N.).	47	4,1
	Total	1143	99,0
No contestan		11	1,0
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 84 estudiantes, es decir, el 7,3% presentan posible bulimia nerviosa sub clínica y 47 equivalente al 4,1 % tienen posible bulimia nerviosa.

TABLA # 6

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Te saltas alguna comida (desayuno, almuerzo o merienda).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	376	32,6
	NO	382	33,1
	A VECES	387	33,5
	Total	1145	99,2
No contestan		9	,8
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 376 estudiantes, es decir, el 32,6 % si se saltan alguna de las comidas.



TABLA # 7

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: qué comida es la que te saltas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DESAYUNO	442	38,3
	ALMUERZO	174	15,1
	MERIENDA	150	13,0
	NINGUNA	126	10,9
	Total	892	77,3
No contestan		262	22,7
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 442 estudiantes, es decir, el 38,3 % no desayunan.

TABLA # 8

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Te sientes identificado con la siguiente descripción (perfeccionista)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	399	34,6
	NO	654	56,7
	A VECES	90	7,8
	Total	1143	99,0
No contestan		11	1,0
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 399 estudiantes, es decir, el 34,6 % encajan en la descripción de perfeccionistas.



TABLA # 9

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. *Según:* Haces lo que los demás te piden solo para agradarles (ser complaciente)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	128	11,1
	NO	710	61,5
	A VECES	302	26,2
	Total	1140	98,8
No contestan		14	1,2
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 128 estudiantes, es decir, el 11,1 % encajan en la descripción de ser complacientes.

TABLA # 10

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. *Según:* Sientes que tienes padres sobreprotectores

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	420	36,4
	NO	544	47,1
	A VECES	181	15,7
	Total	1145	99,2
No contestan		9	,8
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 420 estudiantes, es decir, el 36,4 % aceptan tener padres sobreprotectores.



TABLA # 11

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Con frecuencia sientes que estas solo y que nadie te entiende (sentimientos de soledad)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	228	19,8
	NO	425	36,8
	A VECES	489	42,4
	Total	1142	99,0
No contestan		12	1,0
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 228 estudiantes, es decir, el 19,8 % presentan sentimientos de soledad.

TABLA # 12

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sientes que las personas que te rodean te aprecian: familia, amigos, enamorado/a (falta de afecto)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	731	63,3
	NO	152	13,2
	A VECES	265	23,0
	Total	1148	99,5
No contestan		6	,5
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 152 estudiantes, es decir, el 13,2 % presentan carencia afectiva.



TABLA # 13

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: tienes la necesidad de verte como los/las modelos que aparecen en la televisión y revistas (influencia de los mass media)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	259	22,4
	NO	738	64,0
	A VECES	150	13,0
	Total	1147	99,4
No contestan		7	,6
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 259 estudiantes, es decir, el 22,4 % se consideran influenciados por los mass media.

TABLA # 14

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: resuelves tus problemas fácilmente (dificultad para resolver conflictos)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	588	51,0
	NO	386	33,4
	A VECES	172	14,9
	Total	1146	99,3
Perdidos	Sistema	8	,7
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 386 estudiantes, es decir, el 33,4 % tienen dificultad para resolver conflictos.



TABLA # 15

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: te cuesta mucho comunicar tus sentimientos y emociones a las personas que amas (dificultad para comunicar emociones)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	359	31,1
	NO	430	37,3
	A VECES	356	30,8
	Total	1145	99,2
Perdidos	Sistema	9	,8
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 359 estudiantes, es decir, el 31,1 % tienen dificultades para comunicar emociones.

TABLA # 16

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: cuando te ves al espejo ves la forma de tu cuerpo adecuada para tu edad (imagen corporal deteriorada)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	443	38,4
	NO	378	32,8
	A VECES	330	28,6
	Total	1151	99,7
Perdidos	Sistema	3	,3
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra 378 estudiantes, es decir, el 32,8 % presentan imagen corporal deteriorada.



TABLA # 17

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: test de funcionalidad familiar FFSIL

TEST FFSIL		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Familias funcionales	399	34,6
	Familia moderadamente funcional	467	40,5
	Familia disfuncional	208	18,0
	Familia severamente disfuncional	64	5,5
	Total	1138	98,6
No contestan		16	1,4
Total		1154	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra, sumando las familias disfuncionales y las familias severamente disfuncionales tenemos 272 que representan el 23,5 % de los investigados.



5.2.1.2. Estadística bivariada de distribuciones presentada en tablas de doble entrada.

TABLA # 18

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y alguno de tus padres vive y trabaja en el extranjero (emigración de los progenitores)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	ALGUNO DE TUS PADRES VIVE Y TRABAJA EN EL EXTRANJERO				Total
	PAPA	MAMA	AMBOS	NINGUNO	
ADOLESCENCIA INICIAL	51	13	33	193	290
	17,6%	4,5%	11,4%	66,6%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	98	12	39	363	512
	19,1%	2,3%	7,6%	70,9%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	70	15	26	224	335
	20,9%	4,5%	7,8%	66,9%	100,0%
Total	219	40	98	780	1137
	19,3%	3,5%	8,6%	68,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra, 98 casos que equivale al 8,6% de la población estudiada $n= 1137$, tienen ambos progenitores emigrantes; repartidos en las tres etapas de la adolescencia, el dato alarmante es 33 casos que inician su adolescencia sin el cuidado protector de sus progenitores, este hecho podría ser factor de riesgo para una mala alimentación que a su vez desencadenaría la posibilidad de que se instaure un cuadro de bulimia. La asociación entre estas dos variables no presenta una significación estadísticamente significativa con una probabilidad $p= 0,191$.



TABLA # 19

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y resultado del test de Edimburgo.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	RESULTADO DEL TEST DE EDIMBURGO				Total
	Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente B. N.)	Posible bulimia nerviosa sub clínica	Patrones de comportamiento muy alterado (posible B. N.)	
ADOLESCENCIA INICIAL	233	41	13	6	293
	79,5%	14,0%	4,4%	2,0%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	370	92	35	17	514
	72,0%	17,9%	6,8%	3,3%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	207	69	36	24	336
	61,6%	20,5%	10,7%	7,1%	100,0%
Total	810	202	84	47	1143
	70,9%	17,7%	7,3%	4,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra, 84 casos que representan el 7,3% de la población estudiada $n= 1143$ tienen posible bulimia nerviosa sub-clínica; 47 casos que representan el 4,1% presentan patrones de comportamiento muy alterado lo que indica una posible bulimia nerviosa clínica. La asociación entre las variables: etapa de la adolescencia y los resultados del test de Edimburgo tiene una significancia estadísticamente significativa con una probabilidad $p = 0,000$ En la etapa de adolescencia tardía encontramos más casos de posible bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa se inicia en la adolescencia inicial, se incrementa en la adolescencia media y se consolida en la adolescencia tardía. Según nuestro estudio.



TABLA # 20

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y te saltas alguna comida

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	TE SALTAS ALGUNA COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO O MERIENDA)			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	97	113	86	296
	32,8%	38,2%	29,1%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	172	169	175	516
	33,3%	32,8%	33,9%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	107	100	126	333
	32,1%	30,0%	37,8%	100,0%
Total	376	382	387	1145
	32,8%	33,4%	33,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: En la muestra, 376 casos que equivale a 32,8% de la población estudiada $n= 1145$ se salta alguna comida; la adolescencia media es el grupo que más se salta las comidas con 172 casos que representan el 33,3%. La asociación entre las variables: etapa de la adolescencia y omisión de alguna comida no tiene una significancia estadísticamente significativa con una probabilidad $p=0,142$.



TABLA # 21

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y que comida es la que te saltas

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	QUE COMIDA ES LA QUE TE SALTAS				Total
	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	NINGUNA	
ADOLESCENCIA INICIAL	119	33	28	27	207
	57,5%	15,9%	13,5%	13,0%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	195	71	82	61	409
	47,7%	17,4%	20,0%	14,9%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	128	70	40	38	276
	46,4%	25,4%	14,5%	13,8%	100,0%
Total	442	174	150	126	892
	49,6%	19,5%	16,8%	14,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 442 casos que representan el 49,6% de la población estudiada n=892; se saltan el desayuno. En la adolescencia media 195 casos es decir el 47,7% se salta el desayuno; 71 casos que equivale a 17,4% se salta el almuerzo y 82 casos que corresponde al 20% se salta la merienda. Si existe significancia estadísticamente significativa. Con una probabilidad $p=0,015$. El hecho de omitir comidas deteriora los patrones alimentarios que son la entrada a la bulimia nerviosa.



TABLA # 22

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y te sientes identificado con la siguiente descripción (ser perfeccionista)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	TE SIENTES IDENTIFICADO CON LA SIGUIENTE DESCRIPCION			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	97	185	15	297
	32,7%	62,3%	5,1%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	174	302	40	516
	33,7%	58,5%	7,8%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	128	167	35	330
	38,8%	50,6%	10,6%	100,0%
Total	399	654	90	1143
	34,9%	57,2%	7,9%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 399 casos que equivale al 34,9% de la población estudiada $n=1143$; tienen rasgos de conducta perfeccionista. Si hay significancia estadísticamente significativa con una probabilidad de $p=0,016$. La conducta perfeccionista en la adolescencia puede llevar a conseguir formas idealizadas de alimentación que deteriorarían los estándares establecidos llevando a conductas alimentarias diferentes e inadecuadas.



TABLA # 23

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. *Según:* Etapas de la adolescencia y haces lo que los demás te piden solo para agradecerles (ser complaciente)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	HACES LO QUE LOS DEMAS TE PIDEN SOLO PARA AGRADARLES			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	26	203	67	296
	8,8%	68,6%	22,6%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	68	317	127	512
	13,3%	61,9%	24,8%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	34	190	108	332
	10,2%	57,2%	32,5%	100,0%
Total	128	710	302	1140
	11,2%	62,3%	26,5%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 128 casos que representan el 11,2% de la población estudiada $n=1140$ hacen lo que los demás les piden solo por agradecerles; la adolescencia media es el grupo que más conducta complaciente con 68 casos que equivale al 13,3%; la asociación entre las variables: etapas de la adolescencia y ser complaciente presentan significancia estadística con una probabilidad $p:0,008$. En la adolescencia media los pares presentan conducta complaciente para identificarse con sus coetáneos, es en esta etapa donde se presentan sentimientos de pertenencia a grupos, si estos grupos tienen conductas alimentarias deficitarias los miembros de dichos grupos podrían estar en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.



TABLA # 24

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. *Según:* Etapas de la adolescencia y sientes que tienes padres sobreprotectores

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	SIENTES QUE TIENES PADRES SOBREPROTECTORES			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	107	139	52	298
	35,9%	46,6%	17,4%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	188	243	84	515
	36,5%	47,2%	16,3%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	125	162	45	332
	37,7%	48,8%	13,6%	100,0%
Total	420	544	181	1145
	36,7%	47,5%	15,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 420 casos que representan el 36,7% de la población estudiada $n=1145$ sienten que tienen padres protectores; la adolescencia media es el grupo que presenta mayor frecuencia con 188 casos que equivale al 36,5% la asociación entre las variables: etapas de la adolescencia y presencia de progenitores sobre protectores, no presenta significancia estadística significativa con una probabilidad $p=0,741$. La sobreprotección parental es una conducta permisiva, de darse en relación a la comida los y las adolescentes se alimentan sin criterios nutricios y podrían establecerse pautas para trastornos alimentarios.



TABLA # 25

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y con frecuencia sientes que estas solo y que nadie te entiende (sentimientos de soledad)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	CON FRECUENCIA SIENTES QUE ESTAS SOLO Y QUE NADIE TE ENTIENDE			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	52	115	130	297
	17,5%	38,7%	43,8%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	115	192	207	514
	22,4%	37,4%	40,3%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	61	118	152	331
	18,4%	35,6%	45,9%	100,0%
Total	228	425	489	1142
	20,0%	37,2%	42,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 228 casos que equivalen al 20% de la población estudiada $n=1142$ sienten que están solos y que nadie les comprende; la adolescencia media es el grupo con más frecuencia 115 casos. % la asociación entre las variables: etapas de la adolescencia y presencia de soledad, no presenta significancia estadística con una probabilidad $p=0,312$. La presencia de sentimientos de soledad en algunos adolescentes genera ansiedad que a su vez altera los patrones alimentarios, convirtiéndose así esta conducta en factor de riesgo para bulimia nerviosa.



TABLA # 26

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. *Según:* Etapas de la adolescencia y sientes que las personas que te rodean te aprecian. (Falta de afecto)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	SIENTES QUE LAS PERSONAS QUE TE RODEAN TE APRECIAN (FAMILIA, AMIGOS, ENAMORADO/A)			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	185	44	68	297
	62,3%	14,8%	22,9%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	343	65	108	516
	66,5%	12,6%	20,9%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	203	43	89	335
	60,6%	12,8%	26,6%	100,0%
Total	731	152	265	1148
	63,7%	13,2%	23,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 152 casos que representan el 13,2% no sienten que las personas que les rodean les aprecian; la frecuencia en la adolescencia media es la más alta con 65 casos, la asociación de estas dos variables no presenta significancia estadística con probabilidad $p=0,310$.



TABLA # 27

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y tienes la necesidad de verte como los modelos que aparecen en la televisión y revistas (influencia de los mass media)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	TIENES LA NECESIDAD DE VERTE COMO LOS/LAS MODELOS QUE APARECEN EN LA TELEVISION Y REVISTAS			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	57	197	44	298
	19,1%	66,1%	14,8%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	119	333	64	516
	23,1%	64,5%	12,4%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	83	208	42	333
	24,9%	62,5%	12,6%	100,0%
Total	259	738	150	1147
	22,6%	64,3%	13,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 259 casos que representan el 22,6% sienten la necesidad de verse como los modelos que aparecen en la televisión y revistas, el grupo de la adolescencia media es el grupo más frecuente con 119 casos, no hay significancia estadística, probabilidad $p=0,455$. Según los resultados obtenidos en la adolescencia media los y las adolescentes son mas influenciados por los medios de comunicación, y como sabemos en la actualidad los patrones de belleza son de delgadez extrema, factor que genera trastornos alimentarios.



TABLA # 28

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y resuelves tus problemas fácilmente (dificultad para resolver conflictos)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	RESUELVES TUS PROBLEMAS FACILMENTE			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	165	85	47	297
	55,6%	28,6%	15,8%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	266	175	72	513
	51,9%	34,1%	14,0%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	157	126	53	336
	46,7%	37,5%	15,8%	100,0%
Total	588	386	172	1146
	51,3%	33,7%	15,0%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 386 casos que representan el 33,7% de la población estudiada $n=1146$; no resuelven sus problemas fácilmente; el grupo de la adolescencia media presenta la mayor frecuencia en su capacidad de resolución de problemas con 175 casos. La asociación entre estas dos variables no es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,148$



TABLA # 29

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y te cuesta mucho comunicar tus sentimientos y emociones a las personas que amas (dificultad para comunicar emociones)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	TE CUESTA MUCHO COMUNICAR TUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES A LAS PERSONAS QUE AMAS			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	84	124	90	298
	28,2%	41,6%	30,2%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	157	200	159	516
	30,4%	38,8%	30,8%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	118	106	107	331
	35,6%	32,0%	32,3%	100,0%
Total	359	430	356	1145
	31,4%	37,6%	31,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: De 359 casos que representan el 31,4% les cuesta mucho comunicar sus sentimientos y emociones a las personas que aman en la adolescencia media, no existe significancia estadística entre estas dos variables, probabilidad, $p=0,112$. Los y las adolescentes que no pueden comunicar emociones corren el riesgo de llegar a estados ansiógenos que a su vez generan una incesante necesidad de comer que podría generar bulimia nerviosa.



TABLA # 30

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y cuando te ves al espejo ves la forma de tu cuerpo adecuada para tu edad (imagen corporal deteriorada)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	CUANDO TE VES AL ESPEJO VES LA FORMA DE TU CUERPO ADECUADA PARA TU EDAD			Total
	SI	NO	A VECES	
ADOLESCENCIA INICIAL	128	84	86	298
	43,0%	28,2%	28,9%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	195	175	148	518
	37,6%	33,8%	28,6%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	120	119	96	335
	35,8%	35,5%	28,7%	100,0%
Total	443	378	330	1151
	38,5%	32,8%	28,7%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 378 casos que representan el 32,8% de la muestra estudiada $n=1151$, tienen imagen corporal deteriorada, la asociación entre estas dos variables no presenta significancia estadística, probabilidad $p=0,277$. Cuando la imagen corporal es visualizada como deficiente para la persona que la percibe de esa manera, genera pensamientos de incomodidad que obliga a cambiar patrones alimentarios inadecuados, que por lo general conllevan a atracones y posterior vómito; signos de bulimia nerviosa.



TABLA # 31

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Etapas de la adolescencia y test de funcionalidad familiar FFSIL

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FFSIL				Total
	Familias funcionales	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional	Familia severamente disfuncional	
ADOLESCENCIA INICIAL	124	117	41	9	291
	42,6%	40,2%	14,1%	3,1%	100,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	180	206	94	34	514
	35,0%	40,1%	18,3%	6,6%	100,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	95	144	73	21	333
	28,5%	43,2%	21,9%	6,3%	100,0%
Total	399	467	208	64	1138
	35,1%	41,0%	18,3%	5,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 208 casos que representan el 18,3% de familias disfuncionales y 64 casos, es decir, el 5,6% de la muestra estudiada n=1138, dan un 23,9% de disfuncionalidad familiar, estos datos son alarmantes ya que en hogares disfuncionales se gestan múltiples trastornos de conducta y entre ellos los trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa. La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística, probabilidad $p=0,004$.



TABLA # 32

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y alguno de tus padres vive y trabaja en el extranjero (emigración de los progenitores)

CURSO	ALGUNO DE TUS PADRES VIVE Y TRABAJA EN EL EXTRANJERO				Total
	PAPA	MAMA	AMBOS	NINGUNO	
PRIMERO	24	7	19	118	168
	14,3%	4,2%	11,3%	70,2%	100,0%
SEGUNDO	31	7	13	103	154
	20,1%	4,5%	8,4%	66,9%	100,0%
TERCERO	30	7	9	113	159
	18,9%	4,4%	5,7%	71,1%	100,0%
CUARTO	31	5	12	121	169
	18,3%	3,0%	7,1%	71,6%	100,0%
QUINTO	41	2	25	147	215
	19,1%	,9%	11,6%	68,4%	100,0%
SEXTO	62	12	20	178	272
	22,8%	4,4%	7,4%	65,4%	100,0%
Total	219	40	98	780	1137
	19,3%	3,5%	8,6%	68,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 98 casos que representan el 8,6% ambos progenitores han emigrado lo que deja a los y las adolescentes al cuidado de terceros que podrían negligir en el cuidado de la alimentación, lo que tendría efectos sobre el establecimiento de conductas alimentarias deficientes. La asociación entre estas dos variables no presenta significancia estadística, probabilidad $p=0,314$.



TABLA # 33

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y resultado del test de Edimburgo

CURSO	RESULTADO DEL TEST DE EDIMBURGO				Total
	ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente e B. N.)	posible bulimia nerviosa subclínica	Patrones de comportamiento muy alterado (posible B. N.)	
PRIMERO	139	24	5	3	171
	81,3%	14,0%	2,9%	1,8%	100,0 %
SEGUNDO	111	25	13	6	155
	71,6%	16,1%	8,4%	3,9%	100,0 %
TERCERO	119	19	18	4	160
	74,4%	11,9%	11,3%	2,5%	100,0 %
CUARTO	118	33	11	6	168
	70,2%	19,6%	6,5%	3,6%	100,0 %
QUINTO	150	47	8	12	217
	69,1%	21,7%	3,7%	5,5%	100,0 %
SEXTO	173	54	29	16	272
	63,6%	19,9%	10,7%	5,9%	100,0 %
Total	810	202	84	47	1143
	70,9%	17,7%	7,3%	4,1%	100,0 %

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 84 casos que representan el 7,3% de posible bulimia subclínica y 47 casos de posible bulimia nerviosa nos refieren un 11,4 de adolescentes que ya necesitan ayuda para manejar este trastorno alimentario, en ambos casos tanto de la sub-clínica como de bulimia nerviosa vemos que se instaura en la adolescencia inicial y se dispara a través de toda la adolescencia. La asociación entre curso y resultados del test de Edimburgo es estadísticamente significativa con una probabilidad $p=0,002$



TABLA # 34

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y te saltas alguna comida

CURSO	TE SALTAS ALGUNA COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO O MERIENDA)			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	61	59	52	172
	35,5%	34,3%	30,2%	100,0%
SEGUNDO	52	64	42	158
	32,9%	40,5%	26,6%	100,0%
TERCERO	47	51	62	160
	29,4%	31,9%	38,8%	100,0%
CUARTO	56	57	55	168
	33,3%	33,9%	32,7%	100,0%
QUINTO	75	67	75	217
	34,6%	30,9%	34,6%	100,0%
SEXTO	85	84	101	270
	31,5%	31,1%	37,4%	100,0%
Total	376	382	387	1145
	32,8%	33,4%	33,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 376 casos que representan el 32,8% de la población estudiada $n=1145$ se saltan alguna comida, esta nueva forma de evitar comer podría ser un inicio circunstancial como factor de riesgo para bulimia nerviosa. La asociación entre estas variables no es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,434$.



TABLA # 35

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y que comida es la que te saltas

CURSO	QUE COMIDA ES LA QUE TE SALTAS				Total
	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	NINGUNA	
PRIMERO	80	13	16	17	126
	63,5%	10,3%	12,7%	13,5%	100,0%
SEGUNDO	56	20	16	18	110
	50,9%	18,2%	14,5%	16,4%	100,0%
TERCERO	60	21	27	20	128
	46,9%	16,4%	21,1%	15,6%	100,0%
CUARTO	69	18	28	20	135
	51,1%	13,3%	20,7%	14,8%	100,0%
QUINTO	78	42	33	24	177
	44,1%	23,7%	18,6%	13,6%	100,0%
SEXTO	99	60	30	27	216
	45,8%	27,8%	13,9%	12,5%	100,0%
Total	442	174	150	126	892
	49,6%	19,5%	16,8%	14,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 442 casos que representan el 49,6% de una muestra estudiada $n=892$ se saltan el desayuno, el 19,5% (174 casos) el almuerzo y 14,1% nos indica que los patrones alimentarios adecuados están siendo negligidos y de seguir esta tendencia tendríamos casos de bulimia en la población escolarizada cuencana con características de problema de salud pública. La asociación entre curso y test de Edimburgo es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,007$.



TABLA # 36

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y te sientes identificado con la siguiente descripción (ser perfeccionista)

CURSO	TE SIENTES IDENTIFICADO CON LA SIGUIENTE DESCRIPCION			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	62	100	11	173
	35,8%	57,8%	6,4%	100,0%
SEGUNDO	54	94	8	156
	34,6%	60,3%	5,1%	100,0%
TERCERO	65	86	10	161
	40,4%	53,4%	6,2%	100,0%
CUARTO	51	100	18	169
	30,2%	59,2%	10,7%	100,0%
QUINTO	66	128	19	213
	31,0%	60,1%	8,9%	100,0%
SEXTO	101	146	24	271
	37,3%	53,9%	8,9%	100,0%
Total	399	654	90	1143
	34,9%	57,2%	7,9%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 399 casos, es decir el 34,9% de la muestra estudiada $n=1143$ tienen rasgos de conducta perfeccionista, que al ser canalizada podría ser factor protector pero si esta conducta se adapta a los requerimientos actuales de prototipos de belleza de extrema delgadez tendríamos un factor de riesgo para trastornos alimentarios, entre ellos la bulimia nerviosa. La asociación entre estas dos variables no es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,411$.



TABLA # 37

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y haces lo que los demás te piden solo para agradecerles (ser complaciente)

CURSO	HACES LO QUE LOS DEMAS TE PIDEN SOLO PARA AGRADARLES			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	17	113	42	172
	9,9%	65,7%	24,4%	100,0%
SEGUNDO	11	110	36	157
	7,0%	70,1%	22,9%	100,0%
TERCERO	24	99	38	161
	14,9%	61,5%	23,6%	100,0%
CUARTO	23	102	41	166
	13,9%	61,4%	24,7%	100,0%
QUINTO	28	129	57	214
	13,1%	60,3%	26,6%	100,0%
SEXTO	25	157	88	270
	9,3%	58,1%	32,6%	100,0%
Total	128	710	302	1140
	11,2%	62,3%	26,5%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 128 casos que representan el 11,2% de la muestra estudiada n01140 tienen conducta complaciente. De existir exigencias de pares a seguir modelos aculturados alimentarios, estaríamos ante la posibilidad de trastornos alimentarios tipo bulimia nerviosa. La asociación de estas variables no presenta significancia estadística, probabilidad $p=0,111$.



TABLA # 38

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y sientes que tienes padres sobreprotectores

CURSO	SIENTES QUE TIENES PADRES SOBREPROTECTORES			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	66	80	27	173
	38,2%	46,2%	15,6%	100,0%
SEGUNDO	58	70	31	159
	36,5%	44,0%	19,5%	100,0%
TERCERO	67	71	23	161
	41,6%	44,1%	14,3%	100,0%
CUARTO	64	75	29	168
	38,1%	44,6%	17,3%	100,0%
QUINTO	68	114	32	214
	31,8%	53,3%	15,0%	100,0%
SEXTO	97	134	39	270
	35,9%	49,6%	14,4%	100,0%
Total	420	544	181	1145
	36,7%	47,5%	15,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 420 casos que representan el 36,7% de la población estudiada $n=1145$ tienen progenitores sobre protectores, las frecuencias de estos casos están distribuidas en todos los cursos lo que indicaría que la sobre protección es un factor común en la adolescencia de los y las adolescentes escolarizados urbanos es necesario tener en cuenta que la sobre protección no es buena consejera para desarrollar capacidades de afrontamiento y de ser así tendríamos adolescentes con riesgo de optar por patrones alimentarios diferentes a los recomendados. No existe significancia estadística entre estas variables probabilidad $p=0,643$.



TABLA # 39

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y con frecuencia sientes que estas solo y que nadie te entiende (sentimientos de soledad)

CURSO	CON FRECUENCIA SIENTES QUE ESTAS SOLO Y QUE NADIE TE ENTIENDE			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	31	69	72	172
	18,0%	40,1%	41,9%	100,0%
SEGUNDO	35	53	70	158
	22,2%	33,5%	44,3%	100,0%
TERCERO	27	61	73	161
	16,8%	37,9%	45,3%	100,0%
CUARTO	41	69	58	168
	24,4%	41,1%	34,5%	100,0%
QUINTO	48	76	90	214
	22,4%	35,5%	42,1%	100,0%
SEXTO	46	97	126	269
	17,1%	36,1%	46,8%	100,0%
Total	228	425	489	1142
	20,0%	37,2%	42,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 228 casos que representan el 20% de los investigados tienen sentimientos de soledad, podría deberse al efecto social migratorio o al fenómeno globalizante de la individuación, en ambos casos genera en los y las adolescentes caldo de cultivo para desarrollar trastornos de conducta, entre ellos la compensación a su soledad con la comida. No existe significancia estadística, probabilidad $p=0,361$.



TABLA # 40

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y sientes que las personas que te rodean te aprecian (falta de afecto)

CURSO	SIENTES QUE LAS PERSONAS QUE TE RODEAN TE APRECIAN (FAMILIA, AMIGOS, ENAMORADO/A)			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	116	27	30	173
	67,1%	15,6%	17,3%	100,0%
SEGUNDO	92	19	48	159
	57,9%	11,9%	30,2%	100,0%
TERCERO	116	15	30	161
	72,0%	9,3%	18,6%	100,0%
CUARTO	105	26	37	168
	62,5%	15,5%	22,0%	100,0%
QUINTO	140	32	44	216
	64,8%	14,8%	20,4%	100,0%
SEXTO	162	33	76	271
	59,8%	12,2%	28,0%	100,0%
Total	731	152	265	1148
	63,7%	13,2%	23,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 152 casos que representan el 13,2% de la muestra estudiada $n=1148$ no se sienten queridos por sus familiares y amigos, de éstos 33 casos se encuentran en el sexto año de estudios. La asociación entre el curso y la pregunta de que si se sienten queridos presenta significancia estadística con una probabilidad de $p=0,044$. Recordemos que no sentirse queridos por familia y entorno genera baja auto estima y esta podría manifestarse con negativas a alimentarse adecuadamente que llevaría a desarrollar trastornos alimentarios.



TABLA # 41

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y tienes la necesidad de verte como los modelos que aparecen en la televisión y revistas (influencia de los mass media)

CURSO	TIENES LA NECESIDAD DE VERTE COMO LOS/LAS MODELOS QUE APARECEN EN LA TELEVISION Y REVISTAS			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	27	123	23	173
	15,6%	71,1%	13,3%	100,0%
SEGUNDO	43	90	26	159
	27,0%	56,6%	16,4%	100,0%
TERCERO	37	105	18	160
	23,1%	65,6%	11,3%	100,0%
CUARTO	42	103	23	168
	25,0%	61,3%	13,7%	100,0%
QUINTO	48	147	21	216
	22,2%	68,1%	9,7%	100,0%
SEXTO	62	170	39	271
	22,9%	62,7%	14,4%	100,0%
Total	259	738	150	1147
	22,6%	64,3%	13,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 259 casos que representan el 22,6% que están en sexto curso tienen la necesidad de verse como los/las modelos de televisión, la mayor frecuencia la encontramos entre estudiantes de sexta año. La asociación entre estas variables no es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,215$.



TABLA # 42

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y resuelves tus problemas fácilmente (dificultad para resolver conflictos)

CURSO	RESUELVES TUS PROBLEMAS FACILMENTE			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	98	52	22	172
	57,0%	30,2%	12,8%	100,0%
SEGUNDO	87	45	26	158
	55,1%	28,5%	16,5%	100,0%
TERCERO	91	47	22	160
	56,9%	29,4%	13,8%	100,0%
CUARTO	71	67	29	167
	42,5%	40,1%	17,4%	100,0%
QUINTO	106	83	28	217
	48,8%	38,2%	12,9%	100,0%
SEXTO	135	92	45	272
	49,6%	33,8%	16,5%	100,0%
Total	588	386	172	1146
	51,3%	33,7%	15,0%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 386 casos que representan el 33,7% de la muestra estudiada $n=1146$ tienen dificultades para resolver conflictos. Los y las adolescentes cuya capacidad de resolución de conflictos es limitada son presa de la presión de pares y por ello son personas en riesgo de seguir modelos que difieran de lo adecuado generándose así la posibilidad de presentar conductas, entre otras, alimentarias deficientes. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre estas variables, probabilidad $p=0,164$.



TABLA # 43

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y te cuesta mucho comunicar tus sentimientos y emociones a las personas que amas (dificultad para comunicar emociones)

CURSO	TE CUESTA MUCHO COMUNICAR TUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES A LAS PERSONAS QUE AMAS			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	58	70	45	173
	33,5%	40,5%	26,0%	100,0%
SEGUNDO	35	62	62	159
	22,0%	39,0%	39,0%	100,0%
TERCERO	53	69	39	161
	32,9%	42,9%	24,2%	100,0%
CUARTO	62	49	57	168
	36,9%	29,2%	33,9%	100,0%
QUINTO	69	84	63	216
	31,9%	38,9%	29,2%	100,0%
SEXTO	82	96	90	268
	30,6%	35,8%	33,6%	100,0%
Total	359	430	356	1145
	31,4%	37,6%	31,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 359 casos que representan el 31,4% tienen dificultad en comunicar sus emociones, es decir tres de cada diez adolescentes no es asertivo, condición que genera adolescentes en riesgo de deprimirse y encontrar sosiego en el comer. La asociación entre estas variables encontrada es altamente significativa desde el punto de vista estadístico, probabilidad $p=0,029$.



TABLA # 44

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y cuando te ves al espejo ves la forma de tu cuerpo adecuada a tu edad (imagen corporal deteriorada)

CURSO	CUANDO TE VES AL ESPEJO VES LA FORMA DE TU CUERPO ADECUADA PARA TU EDAD			Total
	SI	NO	A VECES	
PRIMERO	82	46	45	173
	47,4%	26,6%	26,0%	100,0%
SEGUNDO	55	47	57	159
	34,6%	29,6%	35,8%	100,0%
TERCERO	63	56	42	161
	39,1%	34,8%	26,1%	100,0%
CUARTO	66	52	51	169
	39,1%	30,8%	30,2%	100,0%
QUINTO	82	84	52	218
	37,6%	38,5%	23,9%	100,0%
SEXTO	95	93	83	271
	35,1%	34,3%	30,6%	100,0%
Total	443	378	330	1151
	38,5%	32,8%	28,7%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 378 casos que representan el 32,8% tienen una imagen corporal deteriorada, síntoma subyacente al trastorno alimentario bulimia nerviosa, equivaldría a decir que este grupo de adolescentes están en riesgo de padecer formas de bulimia. La asociación está cercana a la significancia estadística, probabilidad $p=0,090$.



TABLA # 45

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Curso y test de funcionalidad familiar FFSIL

CURSO	TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FFSIL				Total
	Familias funcionales	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional	Familia severamente disfuncional	
PRIMERO	70	65	27	7	169
	41,4%	38,5%	16,0%	4,1%	100,0%
SEGUNDO	61	63	26	5	155
	39,4%	40,6%	16,8%	3,2%	100,0%
TERCERO	61	65	25	10	161
	37,9%	40,4%	15,5%	6,2%	100,0%
CUARTO	50	70	31	17	168
	29,8%	41,7%	18,5%	10,1%	100,0%
QUINTO	73	80	48	14	215
	34,0%	37,2%	22,3%	6,5%	100,0%
SEXTO	84	124	51	11	270
	31,1%	45,9%	18,9%	4,1%	100,0%
Total	399	467	208	64	1138
	35,1%	41,0%	18,3%	5,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: de la muestra estudiada $n=1138$, 208 casos que representan el 18,3% de familias disfuncionales y 64 casos, es decir, el 5,6% de familias severamente disfuncionales, son un factor de riesgo bastante alto para la instauración de trastornos de conducta y entre ellos los alimentarios. Sin embargo no se encuentra significancia estadística entre estas variables, probabilidad $p=0,119$.



TABLA # 46

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y alguno de tus padres vive y trabaja en el extranjero (emigración de los progenitores)

ALGUNO DE TUS PADRES VIVE Y TRABAJA EN EL EXTRANJERO						
		PAPA	MAMA	AMBOS	NINGUN O	Total
SEXO	femenino	137	28	45	405	615
		22,3%	4,6%	7,3%	65,9%	100,0%
	masculino	82	12	53	375	522
		15,7%	2,3%	10,2%	71,8%	100,0%
Total		219	40	98	780	1137
		19,3%	3,5%	8,6%	68,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 40 casos que representan el 3,5% de emigración materna y 98 casos equivalente al 8,6 de emigración de ambos progenitores representan el 12,1% de la muestra estudiada 1137. En la sociedad cuencana la madre de familia es la que comúnmente se encarga de la alimentación de los hijos e hijas, y si ella falta en un hogar, los patrones alimentarios cambian, este hecho es muy relevante al momento de comprender el porqué de la instauración de casos de bulimia nerviosa en la población adolescente. La asociación entre estas dos variables es estadísticamente significativa, ´probabilidad $p=0,002$.



TABLA # 47

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y resultado del test de Edimburgo

		RESULTADO DEL TEST DE EDIMBURGO				Total
		Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente B. N.)	Posible bulimia nerviosa subclínica	Patrones de comportamiento muy alterado (posible B. N.)	
SEXO	femenino	392	141	56	33	622
		63,0%	22,7%	9,0%	5,3%	100,0%
	masculino	418	61	28	14	521
		80,2%	11,7%	5,4%	2,7%	100,0%
Total		810	202	84	47	1143
		70,9%	17,7%	7,3%	4,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: la presencia de posible bulimia sub clínica y posible bulimia nerviosa está a una razón de dos a uno respecto de los varones. La asociación entre la variable sexo y la presencia de bulimia sub clínica y bulimia nerviosa es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,000$, razón por la que podría llevar a la bulimia nerviosa.



TABLA # 48

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y te saltas alguna comida

		TE SALTAS ALGUNA COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO O MERIENDA)			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	214	189	219	622
		34,4%	30,4%	35,2%	100,0%
	masculino	162	193	168	523
		31,0%	36,9%	32,1%	100,0%
Total		376	382	387	1145
		32,8%	33,4%	33,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 376 casos que representan el 32,8% de la muestra estudiada $n=1145$ se saltan alguna comida, siendo las mujeres quienes lo hacen con mayor frecuencia (214 casos). La asociación es ligeramente significativa $p=0,066$.



TABLA # 49

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y que comida es la que te saltas

		QUE COMIDA ES LA QUE TE SALTAS				Total
		DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	NINGUNA	
SEXO	femenino	245	101	91	71	508
		48,2%	19,9%	17,9%	14,0%	100,0%
	masculino	197	73	59	55	384
		51,3%	19,0%	15,4%	14,3%	100,0%
Total		442	174	150	126	892
		49,6%	19,5%	16,8%	14,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: Toda la muestra estudiada se salta alguna comida, pero son las mujeres quienes saltan más el desayuno 245 casos 48,2%; almuerzo 101 casos 19,9%; y merienda 91 casos 17,9%. No se encuentra asociación estadística significativa, $\hat{p}=0,714$.



TABLA # 50

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y te sientes identificado con la siguiente descripción (ser perfeccionista)

		TE SIENTES IDENTIFICADO CON LA SIGUIENTE DESCRIPCION			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	252	327	40	619
		40,7%	52,8%	6,5%	100,0%
	masculino	147	327	50	524
		28,1%	62,4%	9,5%	100,0%
Total		399	654	90	1143
		34,9%	57,2%	7,9%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: De 399 casos equivalente al 34,9% de la muestra estudiada $n=1143$, las mujeres (frecuencia 252 casos) refieren tener una característica de personalidad perfeccionista, en una razón dos a uno respecto de los hombres (frecuencia 147 casos). La asociación entre las variables: sexo y rasgo de perfeccionismo es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,000$.



TABLA # 51

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y haces lo que los demás te piden solo para agradarles (ser complaciente)

		HACES LO QUE LOS DEMAS TE PIDEN SOLO PARA AGRADARLES			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	79	374	165	618
	12,8%	60,5%	26,7%	100,0%	
	masculino	49	336	137	522
	9,4%	64,4%	26,2%	100,0%	
Total		128	710	302	1140
		11,2%	62,3%	26,5%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 128 casos que representan el 11,2% de la muestra estudiada $n=1140$; siendo las mujeres quienes presentan esta conducta complaciente-obediente como forma de presión de pares con una frecuencia mayor (79 casos) respecto de los hombres (49 casos). No existe significancia estadística $p=0,165$.



TABLA # 52

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y sientes que tienes padres sobreprotectores

		SIENTES QUE TIENES PADRES SOBREPTECTORES			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	258	289	76	623
	41,4%	46,4%	12,2%	100,0%	
	masculino	162	255	105	522
	31,0%	48,9%	20,1%	100,0%	
Total		420	544	181	1145
		36,7%	47,5%	15,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 258 casos que representan el 41,4% de sexo femenino sienten que sus padres son sobreprotectores. Esta percepción se explicaría porque en la sociedad machista los progenitores tienden a sobreproteger más a las mujeres que a los hombres en la adolescencia. La asociación estadística encontrada es significativa, probabilidad $p=0,000$.



TABLA # 53

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y con frecuencia sientes que estas solo y que nadie te entiende (sentimientos de soledad)

		CON FRECUENCIA SIENTES QUE ESTAS SOLO Y QUE NADIE TE ENTIENDE			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	142	220	259	621
		22,9%	35,4%	41,7%	100,0%
	masculino	86	205	230	521
		16,5%	39,3%	44,1%	100,0%
Total		228	425	489	1142
		20,0%	37,2%	42,8%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 142 casos que representan el 22,9% de sexo femenino sienten que están solas y que nadie les entiende. Los sentimientos de soledad expresados mas por la población femenina se corresponde con la aparición de bulimia sub clínica y bulimia nerviosa, esto significaría que la aparición de sentimientos de soledad en mujeres sería un factor desencadenante de la posibilidad de establecimiento de alguna forma de bulimia. La asociación estadística encontrada es significativa, probabilidad $p=0,026$.



TABLA # 54

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. **Según: Sexo y sientes que las personas que te rodean te aprecian (falta de afecto)**

		SIENTES QUE LAS PERSONAS QUE TE RODEAN TE APRECIAN (FAMILIA, AMIGOS, ENAMORADO/A)			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	401	87	135	623
		64,4%	14,0%	21,7%	100,0%
	masculino	330	65	130	525
		62,9%	12,4%	24,8%	100,0%
Total		731	152	265	1148
		63,7%	13,2%	23,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 87 casos que representan el 14,0% de sexo femenino sienten que las personas que les rodean no les aprecian. Esta falta de afecto percibida por las mujeres las hacen presa fácil de estados ansiógenos que desencadenarían la necesidad de comer como compensación a la ansiedad, lo que indudablemente de mantenerse por largo tiempo, iniciaría alteraciones en los patrones alimentarios, elevando la posibilidad de apareamiento de bulimia nerviosa. No se encontró asociación estadística significativa, probabilidad $p=,402$.



TABLA # 55

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y tienes la necesidad de verte como los modelos que aparecen en la televisión y revistas (influencia de los mass media)

		TIENES LA NECESIDAD DE VERTE COMO LOS/LAS MODELOS QUE APARECEN EN LA TELEVISION Y REVISTAS			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	163	393	66	622
	26,2%	63,2%	10,6%	100,0%	
	masculino	96	345	84	525
	18,3%	65,7%	16,0%	100,0%	
Total		259	738	150	1147
		22,6%	64,3%	13,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 163 casos que representan el 26,2% de sexo femenino tienen la necesidad de verse como los/las modelos que aparecen en la televisión y revistas. La influencia de los mass media afecta más a mujeres (163 casos) que a hombres (96 casos); esta influencia generalmente altera los patrones alimentarios obligando a los y las adolescentes a seguir modelos disonantes con la cultura cuencana. La asociación entre estas variables es estadísticamente significativa, probabilidad $p=0,001$.



TABLA # 56

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y resuelves tus problemas fácilmente (dificultad para resolver conflictos)

		RESUELVES TUS PROBLEMAS FACILMENTE			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	320	227	73	620
		51,6%	36,6%	11,8%	100,0%
	masculino	268	159	99	526
		51,0%	30,2%	18,8%	100,0%
Total		588	386	172	1146
		51,3%	33,7%	15,0%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 227 casos que representan el 36,6% de sexo femenino no resuelven sus problemas con facilidad. Esta dificultad de resolución de conflictos genera conductas ansiógenas que podrían llevar a consumo excesivo de alimentos, iniciándose un círculo vicioso conducente a la alteración de patrones alimentarios. La asociación entre estas variables es estadísticamente significativa, probabilidad $p= 0,002$.



TABLA # 57

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y te cuesta mucho comunicar tus sentimientos y emociones a las personas que amas (dificultad para comunicar emociones)

		TE CUESTA MUCHO COMUNICAR TUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES A LAS PERSONAS QUE AMAS			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	216	203	202	621
	34,8%	32,7%	32,5%	100,0%	
	masculino	143	227	154	524
	27,3%	43,3%	29,4%	100,0%	
Total		359	430	356	1145
		31,4%	37,6%	31,1%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 216 casos que representan el 34,8% de sexo femenino les cuesta mucho expresar sus sentimientos y emociones. Esta dificultad en comunicar emociones hace que las adolescentes mujeres traten de esconder en sus conductas esta carencia asertiva e inicien en formas inadecuadas de socialización, siendo una de ellas la alteración de patrones alimentarios como forma disfrazada de comunicación, subiendo así la posibilidad de establecimiento de trastornos alimentarios. La asociación entre estas variables es estadísticamente significativa $p= 0,001$.



TABLA # 58

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y cuando te ves al espejo ves la forma de tu cuerpo adecuada para tu edad (imagen corporal deteriorada)

		CUANDO TE VES AL ESPEJO VES LA FORMA DE TU CUERPO ADECUADA PARA TU EDAD			Total
		SI	NO	A VECES	
SEXO	femenino	225 36,1%	205 32,9%	194 31,1%	624 100,0%
	masculino	218 41,4%	173 32,8%	136 25,8%	527 100,0%
Total		443 38,5%	378 32,8%	330 28,7%	1151 100,0%

FU Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 205 casos que representan el 32,9% de sexo femenino cuando se ven al espejo sienten que su cuerpo no es adecuado para su edad. Esta imagen corporal distorsionada es un síntoma claro de que en cuadro bulímico hace su aparición, esta distorsión del contenido del pensamiento lleva a la adolescente a cambiar hábitos alimentarios por otros que satisfagan su pensamiento erróneo. Si existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables, probabilidad $p=,0087$.



TABLA # 59

Distribución de los estudiantes de los colegios de la Ciudad de Cuenca, 2011. Según: Sexo y test de funcionalidad familiar FFSIL

		TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FFSIL				Total
		Familias funcionales	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional I	Familia severamente disfuncional	
SEXO	femenino	206	253	120	38	617
		33,4%	41,0%	19,4%	6,2%	100,0%
	masculino	193	214	88	26	521
		37,0%	41,1%	16,9%	5,0%	100,0%
Total		399	467	208	64	1138
		35,1%	41,0%	18,3%	5,6%	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Andrade Mónica y Arcentales Santiago

Interpretación: 120 casos que representan el 19,4% de sexo femenino tienen familias disfuncionales; y 38 casos, 6,2 % tienen familias severamente disfuncionales. Este 25,6 % de mujeres con disfuncionalidad familiar podrían generar condiciones para el apareamiento de trastornos alimentarios ya que en hogares disfuncionales el aspecto nutricional es cambiado ostensiblemente. Sin embargo en nuestro estudio no encontramos significancia estadística entre estas dos variables, probabilidad $p=,428$.



CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

La bulimia nerviosa constituye un problema de salud pública en todos los países en la sociedad moderna cuya iniciación generalmente ocurre en la adolescencia. Muchos factores individuales, familiares y sociales son de influencia en esta etapa vulnerable de la vida en la que el/la adolescente atraviesa la búsqueda de su identidad para sentirse como un adulto.

En nuestro trabajo realizado con los/las adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca en la zona urbana, encontramos que la bulimia nerviosa está consolidándose como un problema grave de salud pública y presenta las siguientes características en relación a la situación en otras latitudes:

En Argentina, en la provincia de Salta un equipo de profesionales del hospital local que llevan a cabo un programa de detección y tratamiento de trastornos alimentarios encontraron en las estadísticas del último semestre de 1997 que de 190 personas atendidas un 15 % presentaba bulimia, el 60 % del total de víctimas no superan los 25 años y el nivel socioeconómico en la mayoría es bajo (7). Nuestro estudio encontró 84 casos que representan el 7,3% de la población estudiada n= 1143 investigados presentan posible **bulimia nerviosa sub-clínica** y 47 casos que representan el 4,1% presentan patrones de comportamiento muy alterados lo que indica una **posible bulimia nerviosa clínica**.

En un estudio en Córdoba Argentina sobre trastornos alimentarios de riesgo en los adolescentes en 2006; tuvo como resultado lo siguiente: la muestra fue de 1240 alumnos de sexo femenino con edades comprendidas entre 11 y 19 años,



del total de encuestados el 23.39 % tiene patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa), el 11.45% posible bulimia nerviosa sub-clínica y el 8.39% tiene patrones de comportamientos muy alterados (posible bulimia nerviosa), mientras que el 56.77% no presenta comportamientos compulsivos hacia la comida. De los resultados obtenidos los más significativos se hallaron en los grupos etarios de 16 años, 18 y 19 años. Se observó que a mayor edad aumenta el porcentaje de jóvenes con trastornos alimentarios **(8)**. En nuestro estudio en la etapa de adolescencia tardía encontramos más casos de posible bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa se inicia en la **adolescencia inicial 2,0%**, se incrementa en la **adolescencia media 3,3%** y se consolida en la **adolescencia tardía 7, 1%**.

México: de acuerdo con la psicóloga Laura Elliot directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", entre el 1.5 a 2.5 % de las mujeres jóvenes padecen bulimia. Nuestra investigación encontró 33 casos de bulimia nerviosa en la población femenina y 14 casos en hombres del 4,1 % (frecuencia 47 casos de una muestra n=1143 adolescentes estudiados).

Costa Rica: estudio sobre anorexia y bulimia realizado en el hospital nacional de niños en 2002, incluyó 22 adolescentes, de los cuales el 22.7 % fue diagnosticado de bulimia nerviosa al ingreso en ese centro **(10)**. En nuestra investigación la población investigada no era hospitalizada sino escolarizada así que obviaremos la comparación de esta prevalencia.

España: un estudio realizado sobre prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario concluyó que la prevalencia de bulimia está entre 1 y 3%, y que las edades más frecuentes de inicio de la misma oscilan entre los 16 y los 25 años **(9)**. En nuestra investigación se estudiaron **edades**



comprendidas entre 10 y 19 años de edad, obteniéndose una prevalencia de **bulimia nerviosa de 4,1%**.

Otro estudio en la ciudad de Barcelona en el 2008 sobre la prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA, incluyó una muestra de 551 adolescentes con una media de edad de 17,6 años (desviación estándar 2,6). Presentaron criterios diagnósticos de bulimia nerviosa del 2,9% (IC 95 %: 1,7-4,7) **(1)**. En nuestro estudio la muestra utilizada fue n= 1143 investigados y la prevalencia de **bulimia nerviosa es superior 4,1% para Cuenca Ecuador y 2,9% para Barcelona España**.

Estados Unidos de Norteamérica: en relación con la bulimia algunos estudios ingleses y norteamericanos señalan prevalencias del **2 al 4% en mujeres jóvenes**, con tendencia al incremento. Un estudio de 1996 entre los hombres de la armada norteamericana reportó una prevalencia de 6.8 % de bulimia. Nuestro estudio sobrepasa el límite superior de lo reportado en estos **estudios 4,1 para Cuenca Ecuador en población adolescente**

En 1995, Garfinkel, Lin, Goering, Spegg y Goldbloom, presentan una muestra de población general 8116 sujetos de Ontario, Canadá. El equipo pretendía estudiar la bulimia nerviosa y hallar la prevalencia y comparación entre grupos, a través de la entrevista estructurada. Los resultados dieron una prevalencia **de 1.1 % en mujeres frente al 0.1 % en hombres (6)**. En nuestra investigación se encontró **33 casos de bulimia nerviosa en la población femenina y 14 casos en hombres del 4,1 %** (frecuencia 47 casos de una muestra n=1143 adolescentes estudiados).

Además nuestra investigación encontró que: 38,3 % de adolescentes no desayunan; 34,6 % encajan en la descripción de perfeccionistas; 36,4 %



aceptan tener padres sobre protectores; 19,8 % presentan sentimientos de soledad; 13,2 % presentan carencia afectiva; 22,4 % se consideran influenciados por los mass media; 33,4 % tienen dificultad para resolver conflictos; 31,1 % tienen dificultades para comunicar emociones; 32,8 % presentan imagen corporal deteriorada; 18% pertenecen a familias disfuncionales y 5,5% a familias severamente disfuncionales.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- 7,3% presentan posible bulimia nerviosa sub clínica y 4,1 % tienen posible bulimia nerviosa.
- 38,3 % no desayunan.
- 34,6 % encajan en la descripción de perfeccionistas.
- 36,4 % aceptan tener padres sobre protectores.
- 19,8 % presentan sentimientos de soledad.
- 13,2 % presentan carencia afectiva.
- 22,4 % se consideran influenciados por los mass media.
- 33,4 % tienen dificultad para resolver conflictos.
- 31,1 % tienen dificultades para comunicar emociones.
- 32,8 % presentan imagen corporal deteriorada.
- 18% pertenecen a familias disfuncionales y 5,5% a familias severamente disfuncionales

7.2 RECOMENDACIONES

- Difundir la información obtenida en esta investigación en todo el sistema de salud y educativo ecuatoriano.
- Elaborar programas de intervención basados en esta información real y actualizada para detener la incidencia de bulimia nerviosa.



- Continuar monitoreando las características de la bulimia nerviosa en Cuenca, en busca de cambios en el fenómeno para adaptar programas de prevención y promoción.
- Realizar más investigaciones sobre bulimia nerviosa en adolescentes profundizando en aspectos sociales que mantienen este trastorno alimentario in crescendo.



CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFIA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olesti M, Piñol J, Martín N, de la Fuente M, Riera A, Bofarull J y Ricomá G. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. Centro de Atención Primaria Reus-Altebrat. Reus. Tarragona. España. Aceptado para su publicación en junio de 2007.

Disponible en URL: <http://external.doyma.es/pdf/37/37v68n01a13114466pdf001.pdf>

2. Cifuentes M. Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género. Universidad Francisco Marroquín. Facultad de medicina. Guatemala, Mayo del 2004; pagina 24. Disponible en URL: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/med/2004/75372/Tesis%20Mincy.htm>

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition Text Revised (DSM-IV TR). American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000. Disponible en URL: <http://www.eutimia.com/trmentales/bulimia.htm>

4. Guzmán J, León V, Sinchi J. Prevalencia de inicio de la vida sexual activa y factores asociados en estudiantes escolarizados/as de los colegios de cuenca, 2009.

5. Henderson M, Freeman PL. Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) 1987, páginas 1-2. Disponible en URL: http://www.portalpsicologico.org/psicologia/index.php?option=com_content&view=article&id=674:test-bite-test-investigaciulimia-de-edimburgo-&catid=33:cuestionarios-y-test&Itemid=43

6. Farrera S. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona, paginas 89-93. Disponible en URL: http://www.tdr.cesca.es/TDX-1105102-180932/index_cs.html

7. Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Disponible en URL: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>



8. Murtagh M, Ramos N, Ulloa N, Linetzky J, Atienza O. Trastornos alimentarios de riesgo en los adolescentes. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV, Córdoba, Argentina. Acta Científica Estudiantil 2006; 4(4):168-175.

Disponible en URL: http://387291913490595406-a-1802744773732722657-sites.googlegroups.com/site/actacientificaestudiantil/168_2006.pdf?attachauth=ANoY7cqJr5trTJ-mGQGSHzkRzFtIDYgfFKIql3-Esw4xPVhW9WstG7L4HPyCHUZ0mB6Cbs-1K_6H6Y4i2Y6aiZ8uA1hRk2hPe7S-WneC3FTTrYC7q2aHcioVTd0AP0CrO-UfYdx0KTwYm9W7wmK2pRAnXiZc8Kzx6459MmQC2yMyTaf4B7eV4MzS0BcpjePEuo wXk0RVtM3tkUPO_61SFhH0ERCBt-qbw8A%3D%3D&attredirects=0

9. Morales L, De la Serna P, Calvo R. Trastornos del comportamiento alimentario, criterios de ordenación de recursos y actividades.

Disponible en URL: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/2_-_2_-_la_bulimia_nerviosa_y_su_tratamiento_-_terapia_cognitivo_conductual_de_fairburn.pdf

10. Morales A, Ramírez W, Ureña M, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de la clínica de adolescentes del hospital nacional de niños. San José, Costa Rica.

Disponible en URL: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ayas/aya4-5n1-2/art7.pdf>

11. Definición de Adolescencia. Disponible en URL: <http://definicion.de/adolescencia/>

12. Departamento de salud costarricense: "la sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/SIDA" (Costa Rica 2005).

Disponible en URL: <http://sexoysalud.blogspot.com/2007/02/cambios-fsicos-durante-la-adolescencia.html>

13. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.

14. Proaño M. Estudio de la ruta crítica en anorexia y bulimia. Universidad de Cuenca. 2010. Disponible en URL: <http://cdjiv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi254.pdf>



15. Mafla A. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colomb. Med. [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2010 Dic 22] ; 39(1): 41-57. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=es.
16. Castellanos M, Fernández A. Adicciones - adolescencia. (2007). Disponible en URL: <http://www.pulevasalud.com>
17. Gutierrez, E. Adolescencia y Juventud: Concepto y Características. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
18. Domínguez, Y. La adolescencia. Cuba 2003. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>
19. Lillo J. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2010 Dic 23] ; (90): 57-71. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es. doi: 10.4321/S0211-57352004000200005.
20. Rava M, Silber T. Bulimia nerviosa (parte 1) historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones Arch.argent.pediatr 2004; 102(5) / 353-354. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a07.pdf>
21. Gabilondo R. Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa. Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en URL: <http://tesis.pucp.edu.pe/files/PUCP000000001086/Representaciones%20mentales%20del%20self%20en%20un%20grupo%20de%20pacientes%20con%20bulimia%20nerviosa.pdf>
22. Arrufat F. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Barcelona 2006. Disponible en URL: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0212108-164406//FJAN_TESIS.pdf



8.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1._ Sema de Pedro, Inmaculada. Alimentación y sus Perversiones. Primera Edición. Madrid; España.2008

2._ Lahortiga Ramos, Francisca; Cano Prous, Adrián. Anorexia y Bulimia Nervios; Trastornos de la Conducta Alimentaria. Primera Edición. Madrid; España. 2005.

3._ Diana Guelar; Eduardo Figueroa; Rosina Crispo. Anorexia y Bulimia; lo que hay que hacer. Primera Edición. Madrid; España. 2001.

4._ Sherman, Roberta; Thompson, Ron; Editorial Trillas. Bulimia; Una guía para padres y amigos. 2005.

5._ José Andrés Gómez del Barrio, M^a del Castañar García Gómez, Pablo Corral Collantes. Convivir con los trastornos de conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y trastornos por atracón. 2009.



ANEXOS



ANEXO # 1

Nº	NOMBRE DEL COLEGIO	NUMERO DE ALUMNOS POR GÉNERO			CALCULO MUESTRAL DE LOS ALUMNOS POR GÉNERO			
		Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Aprox. de varones	Aprox. de mujeres
1	American College	39	21	60	2.04718 835	1.10347 027	2	1
2	Europa	50	10	60	2.62460 223	0.52546 321	2	1
3	Elena Moscoso Tamariz	0	384	384	0	20.1777 477	0	20
4	Home School	21	25	46	1,10233 333	1.31365 555	1	1
5	Miguel Cordero Crespo	701	0	701	36.7969 083	0	37	0
6	Cesar Dávila Andrade	824	232	1056	43.2534 324	12.1907 218	43	12
7	L.D.U.	15	11	26	0.78738 166	0.57800 953	1	1
8	Miguel Moreno Ordoñez	914	595	1509	47.9777 076	31.2649 868	48	31
9	Carlos Cueva Tamariz	647	517	1164	33.9623 482	27.1663 985	34	27
10	Corazón de María	0	754	754	0	39.6198 519	0	40
11	Julio Matovelle	531	12	543	27.8732 775	0.63055 338	28	1
12	María Auxiliadora	0	532	532	0	27.9545 933	0	28
13	Pio XII	150	0	150	7.87380 421	0	8	0
14	Rosa de Jesús Cordero	0	736	736	0	38.6740 181	0	39
15	Sagrado Corazón	11	76	87	0.57741 14	3.99351 298	1	4
16	Santo Tomas	30	23	53	1.57476 084	1.20856 291	2	1
17	Carlos Arízaga Vega	216	174	390	11.3382 80	9.14304 255	11	9
18	Luis Monsalve Pozo	169	111	280	8.87115 365	5.83262 927	9	6
19	Manuel J. Calle	1201	655	1856	63.0429 306	34.4177 661	63	35
20	República de Israel	119	707	826	6.24655 142	37.1501 748	6	37
21	La Paz	131	138	269	687645	725137	7	7



					7,24	7,47		
22	Octavio Cordero Palacios	924	522	1446	48.5026 517	27.4291 301	49	27
23	San Luis Beltrán	340	103	443	17.8472 912	5.41226 118	18	5
24	Santa Mariana de Jesús	0	717	717	0	37.6756 38	0	38
25	Asunción	475	808	1283	24.9337 236	42.4573 532	25	43
26	Daniel Córdova Toral	956	0	956	50.1823 792	0	50	0
27	Fe y Alegría	151	70	221	7.92629 616	3.67823 505	8	4
28	Hermano Miguel	1058	216	1274	55.5365 675	11.3499 831	56	11
29	Juan Bautista Stiehle	94	51	145	4.93425 031	2.67985 743	5	3
30	Kennedy	237	133	370	12.4406 134	6.98864 586	12	7
31	CEBCI-Israel	78	64	142	4.09437 918	3.36295 713	4	3
32	Cesar Andrade y Cordero	288	163	451	15.1177 051	8.56503 302	15	8
33	Latinoamericano	200	156	356	10.4984 064	8.19720 877	11	8
34	Manuela Garaicoa de Calderón	0	2712	2712	0	142.505 351	0	143
35	San Francisco de Asís	10	2	12	0.52491 946	0,10509 264	1	0
36	Ciudad de Cuenca	0	1774	1774	0	93.2170 004	0	93
37	Ecuador	88	777	865	4.61929 863	40.8284 173	5	41
38	Paraíso del Saber	0	0	0	0	0	0	0
39	El Americano	64	50	114	3.35948 947	2.62731 111	3	3
40	Enriqueta Aymer	96	263	359	5.03923 42	13.8196 552	5	14
41	Las Pencas	37	33	70	1.94220 446	1.73402 612	2	2
42	Liceo Cristiano de Cuenca	81	71	152	4.25185 501	3.73078 138	4	4
43	Sagrados Corazones	0	554	554	0	29.1106 124	0	29
44	Víctor Gerardo Aguilar	351	82	433	18.4247 051	4.30879 091	19	4
45	Antonio Ávila Maldonado	726	456	1182	38.1092 069	23.9610 754	38	24
46	San Roque	10	11	21	0,52491	0,57800	1	1



					946	953		
47	Rincón del Saber Austral	45	40	85	2.36214 25	2.10184 79	2	2
48	Benigno Malo	1459	432	1891	76.5858 674	22.6999 662	77	23
49	Bilingüe Interamericano	137	242	379	7.19140 892	12.7161 8,5	7	13
50	José Fidel Hidalgo	102	83	185	5.35418 835	4.36133 723	5	4
51	Luisa de Jesús Cordero	0	112	112	0	5.88517 559	0	6
52	Miguel Merchán Ochoa	738	537	1275	38.7391 202	28.2173 249	39	28
53	Nuestra Familia	73	65	138	3.83191 945	3.41550 345	4	4
54	UNEDID	328	183	511	17.2173 878	9.61595 697	17	10
55	La Inmaculada	91	266	357	4.77677 447	13.9772 942	5	14
56	Central La Inmaculada	104	304	408	5.45917 224	15.9740 494	6	16
57	Herlinda Toral	52	2120	2172	2.72958 612	111.397 978	3	111
58	Técnico Salesiano	1810	0	1810	95.0105 7	0	95	0
59	Fray Vicente Solano	324	229	553	17.0074 201	12.0330 828	17	12
60	Liceo Americano Católico	169	169	338	8.87115 365	8.88031 095	10	10
61	Los Andes	82	90	172	4.30434 696	4.72915 9	4	5
62	Porvenir	56	48	104	2.93955 39	2.52221 846	3	3
63	Yanuncay	54	40	94	2.83457 001	2.10184 79	3	2
SUBTOTAL		17657	20461	38118	926,851 852	1075,14 815	931	1079
TOTAL					2002		2002	



ANEXO 2



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA, O REPRESENTANTE LEGAL**

Nosotros, Mónica Andrade C. y Santiago Arcentales P. estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **“PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011”** para lo cual es necesario la participación de su hijo/a; a quién se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a la opinión que cada estudiante posee sobre el tema del proyecto.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que la participación de su hijo/a permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la bulimia nerviosa a adolescentes.

Yo padre de familia y/o madre de familia, o representante legal de: -----

-----, **estudiante del colegio:**

----- libremente y sin ninguna presión acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma de el Padre y/o Madre de familia, o Representante legal



ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Nosotros, Mónica Andrade C. y Santiago Arcentales P. estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **“PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011”** para lo cual es necesario la participación de usted Señor/Señorita estudiante. Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a la opinión que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la bulimia nerviosa a adolescentes.

Yo entiendo que mis padres han sido informados previamente sobre mi participación en este estudio, además entiendo que voy a ser sometido/a a una encuesta y que estas pruebas no tienen riesgo alguno porque se mantendrá confidencialidad de los datos obtenidos. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por el cuestionario.

Yo:

_____,
estudiante del colegio: _____,

curso: _____; libremente y sin ninguna presión acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del/la adolescente

Fecha: _____



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Cuenca, Día.....Mes.....Año.....

Sr./ra
Rector/ra del colegio
Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotros, Mónica Andrade C. y Santiago Arcentales P. estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar un proyecto de investigación de tipo cuantitativo transversal de prevalencia, cuyo objetivo es determinar **“PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011”**, para lo cual es necesario la participación de los y las estudiantes de su establecimiento, a quienes se les entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a la opinión que cada estudiante posee sobre el tema de la investigación.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la bulimia nerviosa a adolescentes.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos de antemano por la atención brindada.

Atentamente,

Mónica Andrade C.

Santiago Arcentales P.



ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE BULIMIA NERVIOSA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA,
2011”,

Formulario N° _____

Información:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora diversos aspectos relacionados con la adolescencia. Necesitamos tu colaboración. La información que nos proporcionas es estrictamente confidencial.

Instructivo: El cuestionario que vas a responder es de opción múltiple. Lee bien cada pregunta, selecciona una sola respuesta por pregunta y márcala con una **X**. Tómate el tiempo que consideres necesario y si tienes alguna duda pregúntanos.

1. **Edad** _____ años cumplidos.

2. **Sexo.**

2.1. Femenino

2.2. Masculino

3. **Nombre del colegio**

4. **Indique el año de estudio que cursa:**

4.1 Octavo de Básica

4.4 Primer año de Bachillerato

4.2 Noveno de Básica

4.5 Segundo año de
Bachillerato

4.3 Decimo de Básica

4.6 Tercer año de Bachillerato

**5. ¿Alguno de tus padres ha migrado?**Tu papá ha migrado Ambos han migrado Tu mamá ha migrado Ninguno ha migrado **6. ¿Tienes costumbres regulares en tu alimentación diaria?**Si No **7. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?**Si No **8. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?**Si No **9. ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes, incluso cuando no estás a régimen?**Si No **10. ¿Has ayunado alguna vez durante un día completo?**Si No **11. Si la respuesta es "SI" ¿Con que frecuencia?**Días alternos 2-3 veces por semana Un día a la semana Alguna vez Una vez **12. ¿Utilizas alguno de los siguientes métodos para perder peso?**

	Nunca	Raramente	1vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día
Pastillas para adelgazar							
Diuréticos (sustancias que te hacen orinar más y con más frecuencia)							
Laxantes (productos que provocan diarrea)							
Provocar el vómito							



13. ¿Se ve tu vida diaria gravemente afectada por tu forma de comer?

Si No

14. ¿Crees que la comida “domina” tu vida?

Si No

15. ¿Te ha ocurrido alguna vez “comer y comer” hasta que las molestias físicas te obligan a parar?

Si No

16. ¿Existen momentos en los cuales “sólo puedes pensar en la comida”?

Si No

17. ¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado?

Si No

18. ¿Puedes parar de comer siempre que te lo propones?

Si No

19. ¿Has experimentado alguna vez deseos imperiosos de “comer, comer y comer”?

Si No

20. ¿Cuándo te sientes ansioso tienes tendencia a comer demasiado?

Si No

21. ¿La idea de engordar te aterroriza?

Si No

22. ¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de las horas de comida)

Si No

23. ¿Te sientes avergonzado por tus hábitos alimentarios?

Si No

24. ¿Te preocupa no tener control sobre "cuánto" comes?

Si No

25. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?

Si No



26. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al final de la comida?

Si No

27. ¿Engañas a los demás acerca de la cantidad que comes?

Si No

28. ¿Se corresponde la sensación de hambre que tienes con lo que comes?

Si No

29. ¿Te das alguna vez “atracones” de grandes cantidades de comida?

Si No

30. Si es así, cuando terminas de “atracarte” ¿te sientes “miserable”?

Si No

31. ¿Te das “atracones” únicamente cuando estás solo?

Si No

32. ¿Con que frecuencia ocurren estos atracones?

Raramente 1/mes 1/semana 2-3/semana
Diariamente 2-3/día

33. ¿Te desplazarías grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente de “atración”?

Si No

34. Después de comer mucho ¿te sientes muy culpable?

Si No

35. ¿Comes alguna vez en secreto?

Si No

36. ¿Crees que tus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?

Si No

37. ¿Te consideras a ti mismo comedor “compulsivo” (no puedes evitarlo)?

Si No

38. ¿Varia tú peso más de 2 Kg a la semana?

Si No



39. ¿Te sientes identificado/a con la siguiente descripción?

“Soy una persona que me gusta ser exacto/a, pulcro/a y ordenado/a, me siento insatisfecho/a si solamente hago un trabajo a medias, si no puedo hacer algo bien, prefiero no hacerlo”.

Si No

40. ¿Haces lo que los demás te piden, solo para agradecerles?

Si No

41. ¿Sientes que tienes padres sobre-protectores?

Si No

42. ¿Con frecuencia sientes que estas solo/a y que nadie te entiende?

Si No

43. ¿Sientes que las personas que te rodean te aprecian (familia, amigos, enamorado)?

Si No

44. ¿Tienes la necesidad de verte como los/las modelos que aparecen en la televisión y revistas?

Si No

45. ¿Resuelves tus problemas fácilmente?

Si No

46. ¿Te cuesta mucho comunicar tus sentimientos y emociones a las personas que amas?

Si No

47. Marca el casillero que consideres adecuado

N	PREGUNTA	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?					
2	¿En su casa predomina la armonía?					
3	¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
4	¿Las manifestaciones de cariño forman parte de sus vidas cotidianas?					
5	¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa?					



6	¿Pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
7	¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8	¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?					
9	¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?					
10	¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11	¿Pueden conversar diversos temas sin temor?					
12	¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13	¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14	¿Se demuestran el cariño que se tienen?					
TOTAL						

Si quieres saber el resultado de tu encuesta o piensas que necesitas ayuda, sólo tienes que recordar el número de este formulario y llamar al número 098164302. Te daremos la información que necesites.

Gracias por tu colaboración.

Firma del encuestador/a:

Fecha:.....