



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas

Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Factores asociados a anorexia y bulimia, en estudiantes de Octavo grado,
Instituto Público Villa Libertad, Managua, Octubre -Diciembre del 2021.

Autora:

Lic. Carolina de los Ángeles Gaitán Díaz

Tutora:

Msc. Yadira Medrano Moncada

Profesora titular, UNAN-Managua

Managua-Nicaragua, Junio 2022

"Nunca consideres el estudio como una obligación sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber." Albert Einstein (1879-1955) Físico Alemán.



Índice

Capítulo I Generalidades

1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	6
1.4. Planteamiento del problema	8
1.5. Objetivos	10
1.6. Marco Teórico	11

Capítulo II. Diseño metodológico

2.1. Tipo de estudio	39
2.2. Caracterización del área de estudio	39
2.3. Universo	39
2.4. Muestra	39
2.5. Criterios de inclusión y exclusión	40
2.6. Técnicas y procedimientos	42
2.7. Plan de tabulación	42
2.8. Plan de análisis	42
2.9. Enunciado de variables	46
2.10. Operacionalización de variables	47
2.11 Aspectos éticos	50

Capítulo III. Desarrollo

3.1. Resultados	52
3.2. Discusión	52
2.13 Conclusiones	66
2.14 Recomendaciones	68

Capítulo III. Bibliografía

69

Capítulo V. Anexos

Instrumentos de recolección	71
Otros considerados importantes, fotos, mapas	

Dedicatoria

Dedico este trabajo fruto de todos mis esfuerzos durante estos años a Dios, gracias a él pude terminar la carrera sin dificultades, por haberme dado la oportunidad de ejercer tan excelente profesión con paciencia, salud, inteligencia y sabiduría para lograr culminar mi carrera exitosamente.

A mis padres que siempre me apoyaron cuando más lo necesitaba, motivándome y llenándome de ánimo y esperanza, enseñándome que todo es posible con esfuerzo y fe en Dios.

A todos mis docentes en los distintos hospitales, a las licenciadas que me ayudaron y me brindaron sus palabras de ánimo para seguir adelante. También por compartir parte de sus experiencias y conocimientos conmigo, cuando les pedí apoyo en las dudas que se presentaron a lo largo de la carrera.

A mis maestros de la universidad, que gracias a sus exigencias y momentos de presión, me han ayudado a desarrollar nuevas habilidades, que sin ellas no fuera logrado culminar mi profesión con buenas bases de conocimiento.

Lic. Carolina de los Ángeles Gaitán Díaz.

Agradecimientos

Primeramente le doy gracias a Dios, porque gracias a él todo es posible, siempre teniendo la certeza de que todo sucede para bien, y que más bendiciones vendrán, me siento feliz, afortunada y agradecida inmensamente con Dios, porque gracia a él estoy culminando mi segunda carrera de forma excelente, con salud, sabiduría e inteligencia.

Gracias a mis padres por haberme apoyado siempre en todos los sentidos, por instruirme por el buen camino, brindándome buenos ejemplos y dándome ánimos para no rendirme en los momentos difíciles, lo cual fue algo esencial a lo largo de mis carreras.

A todos mis docentes; médicos de base, residentes y licenciadas de los distintos hospitales donde rote, especialmente a los que me brindaron su valioso tiempo y su apoyo incondicional durante el desarrollo de la carrera, la cual logre finalizar de manera exitosa gracias a su ayuda.

A mis docentes de la universidad que me han brindado su apoyo, conocimientos, paciencia, tiempo, que han compartido conmigo parte de sus experiencias durante estos años, gracias por sus palabras de aliento animándome a salir adelante y llenándome de motivación, que es fundamental para ser profesionales con calidad humana.

A mi tutora Msc Yadira Medrano Moncada por su apoyo, comprensión, paciencia y tiempo, durante el desarrollo de esta investigación.

Lic. Carolina de los Ángeles Gaitán Díaz.

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo determinar factores asociados a anorexia y bulimia, en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad, Managua, Octubre -Diciembre del 2021. Es un estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

El universo del estudio fue de 115 estudiantes, y la muestra estuvo constituida por 88 participantes. Las variables evaluadas fueron datos sociodemográficos, factores personales, familiares, y socioculturales asociados al problema en estudio, así como conductas de riesgo en los participantes.

El método seleccionado para la recolección de datos fue a través de encuesta, donde se aplico 3 test y preguntas sobre los diversos factores que influyen en la alimentación. Una vez recolectada la información, los resultados se procesaron a través del programa Microsoft Excel, para la evaluación de los test se tomo en cuenta el resultado de su interpretación y para la clasificación del estado nutricional se empleo puntos de corte de las curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Índice de Masa corporal acorde a la edad y sexo.

Entre los resultados más importantes tenemos que un 58% de los encuestados pertenece al sexo femenino, el rango de edad predominante es de 14 o menos años. Con respecto al estado nutricional, el 31% presento algún tipo de malnutrición (16% bajo peso y 1% desnutrición). Respecto al nivel de autoestima la interpretación del test de Rombert reflejo que el 59% de los participantes tiene autoestima baja y un 35% presento autoestima media. Se logro evidenciar la relación de la baja autoestima con la tendencia a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Referente al test actitudes alimentarias (EAT – 26) para anorexia muestra que el 45% de los participantes presento conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios y en relación al test de bulimia de Edimburgo (BITE) evidenció que el 30% presentó patrones alimentarios anormales y un 18% manifestó posible bulimia subclínica de acuerdo a la interpretación del test. Lo cual reflejo la tendencia de algunos de los participantes a presentar trastornos de la conducta alimentaria. Todo ello complementado con la influencia de factores sociales, personales y culturales, como se puede apreciar a lo largo del estudio.

Capítulo I

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías de origen multicausal, que tienen como principal característica el rechazo a mantener un peso normal o adecuado. Se dividen en 3 categorías anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificadas, las cuales se logran entender por la interacción de factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos.

La anorexia y la bulimia se han convertido en enfermedades progresivas que se evidencian a través de la conducta alimentaria, se caracteriza por una alteración o distorsión de la auto imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de estereotipos de modelos físicos ideales.

Actualmente la sociedades globalizadas muestran un ideal de la belleza, que se ha diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación donde imponen y sobrevalorizan la figura de la “delgadez del cuerpo”. Estos trastornos, afectan con mayor frecuencia a los adolescentes, más si estos tienden a sufrir problemas psicosociales, que generen ansiedad, depresión, autoestima baja, mayor preocupación por su apariencia corporal; todo ello suele conllevar a conductas que ponen en riesgo su salud, como lo son el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Por tal motivo este tema es considerado un problema de salud pública, el cual está en aumento; siendo el presente estudio de gran utilidad para conocer de forma más detallada sobre los trastornos alimentarios de anorexia y bulimia en los adolescentes, los cuales pueden dejar secuelas muy graves o complicaciones que pueden conllevar a la muerte.

Antecedentes

Nuestro país cuenta con algunos estudios realizados en diversas instituciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria haciendo énfasis en la anorexia y bulimia de determinados grupo en estudio. También a nivel internacional se cuenta con estudios de esta índole. Dichas investigaciones se han llevado a cabo en escuelas secundarias y en Universidades, en su mayoría.

Nivel internacional:

Guadarrama (2011), realizo la investigación: *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria*. En México, la investigación llego principalmente a las siguientes conclusiones: Los resultados mostraron que el 8% de la muestra tenia sintomatología de anorexia, 6% síntomas de bulimia y el 3% rebasó ambos puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. El principal factor de motivación para adelgazar del grupo fue la presión social percibida y las mujeres manifestaron mayor sintomatología.

Asuero (2012), realizo la investigación: *Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentaria con autoestima baja*. Estudio realizado en España en la Universidad de Sevilla con una muestra 146 participantes, la investigación llego a las siguientes conclusiones; las mujeres con baja autoestima presentan altos niveles de insatisfacción corporal, ansiedad y depresión en comparación con los otros grupo. El 90 % de las participantes con autoestima baja desean tener un peso menor, a pesar de situarse en la categoría de normopeso, deseando tener un IMC por debajo de 19.8.

Las participantes con baja autoestima tienden a buscar la aprobación en los demás, persiguiendo para ello la perfección que marca la sociedad; al no aceptarse a sí mismas, tienden a manifestar conductas de riesgo, aunque tengan que poner su salud y su vida en juego. Por el contrario, las participantes con alta autoestima, se sienten seguras de sí misma, se valorarán más y se aceptan.

Rutzstein (2014), realizó la investigación: *Perfeccionismo y baja autoestima a través de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires Argentina*, con el objetivo de analizar hábitos y actitudes hacia la alimentación. Este estudio fue realizado con 200 mujeres entre 13 y 19 años. Los resultados reportaron que el 23% (46) alumnos presentaron riesgo de trastorno alimentarios; asimismo presentaron puntuaciones intermedias en baja autoestima. Llegado a la conclusión que existe una relación significativa entre los trastornos alimentarios y baja autoestima, asimismo el perfeccionismo tiene interacción entre las variable de trastornos alimentarios y autoestima.

En Colombia un estudió de factores psicológicos en adolescentes con bajo rendimiento académico, depresión y autoestima, en cinco instituciones educativas distritales de Santa Marta. Obtuvo los siguientes resultados: el 51,4% de los participantes presento autoestima baja, seguido de un 42,2% con autoestima media y 6,4% de autoestima elevada, concluyendo que los factores psicológicos negativos relevantes como depresión moderada y baja autoestima, según las pruebas aplicadas en los estudiantes con bajo rendimiento escolar, se encuentra afectando no sólo su rendimiento y aprendizaje escolar, sino principalmente su salud mental y bienestar psicológico, el cual tiende a influir no solo en su rendimiento académico, también en su conducta alimentaria (Ferrel.2014).

En Panamá una investigación sobre trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes, con el objetivo de identificar las conductas de riesgo de trastornos de alimentación y analizar la relación existente con la autoestima e insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes, obtuvo como resultados que el 72,5% de las adolescentes se preocupa mucho por su imagen corporal, mientras que un 27,5% no lo hace. Además el 52,5% afirma sentirse gorda, mientras que el 47,5% restante no se siente así. El 30% de la muestra sienten culpa después de comer, mientras que un 70% no posee ese sentimiento; concluyendo que las conductas alimentarias de riesgo, están estrechamente relacionadas con el baja autoestima y la percepción de la imagen corporal, indicando así que a mayor autoestima, menor conductas de riesgo (Cetraro 2011).

Saldarriaga L (2013), realizó el estudio: *Asociación entre autopercepción de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes 2012 -2013*; la investigación llevo principalmente a las siguientes conclusiones: La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria fue del 41.9%, siendo más frecuente en mujeres con el 81%, se concluyo que la autopercepción es fundamental en los trastornos de la conducta alimentaria, lo que se asocian a distorsión de la imagen corporal y tienden a prevalecer en el sexo femenino.

Nivel Nacional:

En la ciudad de Managua, en la facultad de psicología de la UNAN Managua, se realizó un estudio con 72 estudiantes de la universidad y se encontró que algunos factores de riesgo que presentaban los universitarios son la distorsión de la imagen corporal e insatisfacción de su cuerpo en un 30%. Y se concluyo que todo esto fue como resultado de la interacción de condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores,

los estereotipos, valores, normas sobre belleza, salud y éxito. A ello se le asocia las tendencias de moda que exponen un modelo corporal que representa figuras ideales.

En el departamento de León en el 2011, se realizó un estudio de actitudes alimentaria e imagen corporal en adolescentes que estudiaban en colegios privados de la ciudad de León, se obtuvieron los siguientes resultados en relación a las alteraciones de la imagen corporal, se demostró que el 21% de los estudiantes presentaban alguna alteración en su perspectiva de autoimagen corporal errónea, asociada a pobre autoestima y de estos el 20% presentaba actitudes alimentarias inadecuadas, como saltarse tiempos de comida y dietas estrictas.

En departamento de Chontales un estudio realizado por estudiantes enfermería con mención en salud pública, sobre trastornos de la conducta alimentaria que pueden afectar a adolescentes de las carreras de humanidades, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Farem Chontales, en el cual se evaluó a 74 estudiantes, de los cuales el 40% desconocía el significado correcto de la bulimia, al 24% de los estudiantes le preocupa la idea de ser obeso, un 31 % está constantemente pendiente de su peso y un 18% no está conforme con su cuerpo y tiene una sensación de inconformidad.

Justificación

La importancia de haber seleccionado este tema, es porque los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes en la adolescencia y han llegado a ser una preocupación de salud pública en muchos países, sobre todo en zonas urbanas, en las cuales los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo en relación a su talla. Entre los principales trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosa, las cuales constituyen un reto para nuestro sistema debido a varias razones. En primer lugar estos trastornos son de origen multicausal, siendo imprescindible para su identificación tener conocimiento de los principales factores de riesgo y realizar una minuciosa evaluación que facilite la detección precoz y el diagnóstico, la realidad de estos trastornos es que la mayoría impacta de manera integral al adolescente, ya que esta etapa de la vida es marcada por importantes cambios emocionales, sociales y fisiológicos.

Los adolescentes expuestos a problemas psicosociales, tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, debido a la ansiedad, depresión, estrés, obsesión, impulsividad, autoestima baja, preocupación de su apariencia corporal e incomodidad con su cuerpo; todo ello conllevan a conductas inadecuadas; lo cual supone un deterioro de calidad de vida, lo que afecta directamente al estado nutricional y provoca consecuencia físicas y psicológicas en el individuo.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio tiene como finalidad obtener información que permita detectar factores asociados a trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de octavo grado del Instituto Público Villa Libertad.

Espero que este estudio sea de gran utilidad en la toma de decisiones programadas o futuros proyectos en pro de mejorar los hábitos alimentarios, promoción y prevención de trastornos de la conducta alimentaria y de esta forma contribuir a mejorar la educación nutricional de los jóvenes, quienes son el futuro de la nación, razón suficiente que le da la importancia a dicho estudio.

Los efectos de este tipo de trastornos constituyen un problema en la salud física y psicológica, lo que puede llegar a ser fatal si no le damos la importancia que requiere. No solo afecta a la persona que lo sufre si no también en sus familiares y su círculo más cercanos.

Planteamiento del problema

Los trastornos conducta alimentaria son cada vez más frecuente y comunes en los adolescentes, esto debido a que son influenciados por diversos factores socioculturales, familiares y personales. Generalmente los adolescentes por su grupo etario (entre 13 y 19 años), tienden a cursar educación secundaria.

Nuestro país cuenta con escuelas de educación secundaria tanto públicas como privadas, esta investigación se desarrollo en el Instituto Publico Villa Libertad, el cual cuenta con una población estudiantil activa de 850 estudiantes a nivel secundaria. Con los cuales se han realizado distintos estudios a lo largo del tiempo.

Se realizo una prueba piloto a 25 estudiantes, los cuales tenían una edad promedio de 14 años, y en su mayoría pertenecían al sexo femenino con un 76% y un 24% pertenecía al sexo masculino, encontrándose los siguientes resultados, en cuanto a la presencia de factores asociados a trastornos de la conducta alimentaria, el 33% presento ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida, un 60% manifestó patrones alimentarios anormales, un 7% presento un patrón de comportamiento muy alterado, con respecto al riesgo de desordenes alimentarios, el 8% manifestó conductas relacionadas con desordenes alimentarios. También fueron entrevistados sobre estas conductas y se pudo evidenciar prácticas como; no consumir algún tiempo de comida, actividad física excesiva, depresión, influencia del estado de ánimo en la alimentación y en un porcentaje mínimo vomito inducido.

Con respecto a un estudio anterior relacionado a malos hábitos alimentarios se encontró que un 28% presentaba patrones asociados a ingesta alimentaria inadecuada.

Por las razones expuestas y ante esta problemática descrita, nos planteamos el presente estudio con el propósito de indagar:

¿Cuáles son los factores asociados a anorexia y bulimia, en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad, Managua, Octubre -Diciembre del 2021?

Objetivo General:

Determinar factores asociados a anorexia y bulimia, en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad, Managua, Octubre -Diciembre del 2021.

Objetivos Específicos:

- ◆ Caracterizar sociodemográficamente al grupo en estudio.
- ◆ Identificar factores personales y familiares asociados al problema en estudio
- ◆ Valorar los factores socioculturales asociados al problema en estudio.
- ◆ Interpretar conductas de riesgo asociadas al problema en estudio.

Marco Teórico

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado. Los trastornos conducta alimentaria son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, culturales, una posible sensibilidad biológica, que se evidencia por una alteración o distorsión de la auto imagen corporal, un gran temor a subir de peso, estas enfermedades se ha hecho muy común en la adolescencia, un periodo de crecimiento y desarrollo que se caracteriza por un ritmo acelerado de cambios emocionales, sociales y fisiológicos. Estos trastornos son considerados enfermedades psiquiátricas debilitantes que se caracterizan por una alteración persistente de los hábitos de alimentación o de las conductas del control del peso cuyo resultado es una alteración importante de la salud física y del funcionamiento psicosocial. (Moreno, 2013).

La anorexia y bulimia abarcan un modelo cognitivo-afectivo, que considera las alteraciones de la imagen corporal, incluyen una distorsión perceptiva del peso que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones, se encuentran estrechamente relacionadas.

Características Sociodemográficas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los datos demográficos se refieren al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas entre otros. La demografía trata de investigar y encontrar las consecuencias sociales, biológicas y económicas.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan más a las mujeres que a los varones. En proporciones para el conjunto de todos los trastornos son entre 6/1 y 10/1. En el caso de la anorexia el desequilibrio es aún mayor, siendo el porcentaje de mujeres alrededor del 95%. Sin embargo, hay que señalar que en las poblaciones de pacientes infantiles la prevalencia entre los sexos se iguala más, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de los pacientes. (Moreno, 2013).

En cuanto a la bulimia las diferencias en la prevalencia por sexo son menos llamativas que en el caso de la anorexia y así se ha señalado que aproximadamente el 40% de los casos ocurren en varones. Estos trastornos generalmente comienzan en la adolescencia de los 13 a 19 años. Ocasionalmente puede comenzar antes en la infancia o con posterioridad a los 30 o 40 años rara vez. Las niñas procedentes de familia profesionales libres o empresarios suelen tener una mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos que las familias de clase trabajadora o asalariados. Las sociedades occidentales y los habitantes de las ciudades urbanas tienen una mayor prevalencia de estos trastornos.

Factores que influyen en el desarrollo de los trastornos conducta alimentaria

Factores Psicológicos

Son considerados determinantes individuales, se han identificado ciertas características típicas en la personalidad de los pacientes con trastornos de la alimentación, suelen ser individuos con tendencia al perfeccionismo, la obediencia y la sumisión pero con actitudes competitivas y búsqueda de ideales elevados asociados a sentimientos de incapacidad para afrontar la existencia de la vida y un enorme laboriosidad con tendencia al aislamiento, a la labilidad emocional e irritación, estas características parecen sugerir repentino sentimientos de insuficiencia e inseguridad ante la vida, y propensión a la autorreferencia.

Las características más importantes de estos pacientes son la baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualización, depresión, distorsiones cognitivas y desconfianza en aspectos generales. Estos pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo son reservados inhibidos, retraídos, pensativos, serios y con tendencia a la obsesividad a diferencia de los pacientes bulímicos que son más extrovertidos, simpáticos, emocionalmente lábiles e impulsivos y con conductas más desorganizadas. (Moreno, 2013)

Desde el punto de vista psicológico cognitivo las pacientes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada las lleva a verse más gordas de los que están, se hallan obsesionadas con evolucionar hacia la obesidad, cabe destacar que también el sexo masculino se puede ver afectado. Es importante tener en cuenta desde el punto de vista etiopatogénico, el trastorno de personalidad actúa como factor de riesgo principal para que se desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria.

Según modelos biopsicológico los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo se caracterizan por la evitación del riesgo, la baja búsqueda de novedades y su dependencia del esfuerzo. La configuración de este temperamento daría lugar a conductas metódicas repetitiva, restricción de las emociones ocasiona cambio, rigidez, dependencia de los demás y elevada sensibilidad ante la aprobación o negación ajena.

Entre los aspectos psicológicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están:

a) Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez: Una de las principales formas de identificar si existe una preocupación por el peso es reconocer si hay un deseo por tener un cuerpo ideal, el cual se considera delgado. En relación a esto, se sugiere que aquellos jóvenes que internalizan los ideales de belleza impuestos en la sociedad corren un mayor riesgo de no estar nunca satisfechos con su cuerpo y de tener comportamientos que conduzcan a la aparición de trastornos conducta alimentaria, cuando no se consigue el peso anhelado.

b) Importancia de la insatisfacción con la imagen corporal: La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Los estudios demuestran que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia el inicio de la pubertad en las niñas, probablemente como resultado de la dinámica de la ganancia de peso característica de esta fase para las mujeres, Una baja satisfacción corporal en adolescentes es un factor de motivación para la realización de dietas estrictas, y la implicación en conductas no saludables de control del peso (Camba, 2012)

c) **Ansiedad:** Se define como una sensación de malestar o una amenaza, la cual es acompañada de una respuesta autónoma, con origen desconocido por el individuo, genera sentimientos de aprensión causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Conlleva en ocasiones a bajar de peso de forma inadecuada, mediante el abuso de dietas restrictiva, con el propósito de lograr la apariencia ideal, los adolescentes a menudo utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como el ayuno, los vómitos autoinducidos, el ejercicio excesivo, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales.

d) **Baja autoestima y el afecto negativo:** La baja autoestima suele conllevar a depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada, sin embargo, tiene un síntoma central, este es la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico y caída de rendimiento en algunas funciones cognitivas.

El período de la adolescencia abarca una serie de procesos importantes, como son la formación de la identidad personal y la producción de significativos cambios físicos, la comparación social, la internalización de ideal de delgadez pueden contribuir a la insatisfacción con la imagen corporal y esto a su vez puede promover la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre los adolescentes, contribuyendo a la ocurrencia de los trastornos conducta alimentaria.

Junto a estos factores psicológicos se encuentra la existencia de otros factores predisponentes personales tales como: el sexo femenino entre 13 y 20 años de edad, nivel social medio o alto también se ha descrito como de mayor incidencia, en las personas con

antecedentes de obesidad, sobrepeso y la posible relación entre las alteraciones de la alimentación durante los primeros años de vida y la aparición de la anorexia en edades tempranas.

e) **Obsesión:** Es un fragmento de la conducta que se caracteriza por una repetición excesiva, un contenido anómalo y una resistencia por parte del individuo quien se encuentra afectado. Entonces se puede decir que estos son pensamientos sumamente repetitivos y molestos, generan en el sujeto un grado de malestar lo que lleva a ciertas conductas. A menudo la obsesión rompe y paraliza el flujo cotidiano.

Factores Biológicos

La vulnerabilidad biológica es considerada un factor individual, existe la posibilidad de que sea tanto heredada como adquirida. Esta vulnerabilidad se traducirá en una dismaduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal así como alteraciones de la actividad cerebral de algunos neurotransmisores.

Se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores tales como serotonina, la noradrenalina y los opioides que tienen repercusión directa sobre la conducta alimentaria, así como por ejemplo hallazgos muestran en estos pacientes un déficit de

la actividad noradrenérgica hipotalámica que se asocia con una disminución en la ingesta de comida o una alteración en las concentraciones de serotonina implicada en la

Neurotransmisores en la BN
<p>Serotonina: Hipofunción seretoninergica</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Menor respuesta del 5HIAA ◆ Ausencia de respuesta a la ingesta <p>Noradrenergicos:</p> <p>Hipofunción noradrenergica</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mayor numero de receptores alfa plaquetarios ◆ Menores niveles plasmáticos de noradrenalina ◆ Menor respuesta al ortostatismo <p>Colesciticinica</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Menor respuesta a la ingesta ◆ Disminución de la actividad colescistocinergica <p>Peptido YY</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mayor nivel en bulímicos remitidos ◆ Mayor acción orexigena del péptido YY

modulación y en la mediación de las respuestas de saciedad durante la ingesta con una acción de inhibición del apetito en anoréxicas de bajo peso. Un bajo índice de serotonina en anoréxicas y bulímicas puede reflejar una disminución del mecanismo de saciedad y una mayor predisposición a los atracones

La actividad opioide incrementada a nivel hipotalámico se a relacionado con un aumento de la ingesta en las anoréxicas de bajo peso, se ha observado un aumento de dicha actividad opioide en el sistema nervioso central, lo que provoca conductas bulímicas y suelen normalizarse tras la ganancia de peso.

La colecistocinina (cck) es de interés particular en la acción reguladora de la saciedad, la secreción periférica; esta hormona principalmente en la mucosa intestinal se sabe que ejerce un efecto a través de las vías aferentes vagales, por otro lado es muy probable que ejerza también un efecto a nivel central distinto. Autores sostienen que ciertas personas tras una comida copiosa basada principalmente en carbohidratos producirán una liberación exagerada de estos péptidos gastrointestinales dando lugar a una respuesta de saciedad, tras la ingesta podrían asociarse con episodios bulímicos. (Moreno, 2013)

Estado nutricional

Se evalúa mediante el índice de masa corporal, que es el peso entre la talla cuadrado (peso/talla²) el cual, en el caso de niños y adolescentes debe ser relacionado con la edad y el sexo. La evaluación del estado nutricional por antropometría, se realiza en base al IMC.

Fórmula de Índice de Masa Corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

El aumento de peso durante la adolescencia se debe principalmente al aumento del tejido muscular y al gran crecimiento óseo, la masa corporal dobla su peso en la adolescencia, los hombres lo hacen a expensas principalmente de unidades musculares que traen como consecuencia mayor fuerza de resistencia y las mujeres a expensas de unidades de grasa, la cual se redistribuye depositándose de preferencia en los músculos y las caderas. La proporción de la grasa en la mujer desempeña un papel preponderante en la aparición y el mantenimiento de la menstruación.

El IMC es la relación entre el peso y la talla del individuo; es una manera muy eficiente de corroborar el exceso o déficit de peso, no exactamente el estado nutricional, ya que este requiere de pruebas y datos más profundos. Y no suele ser el método ideal en individuos deportistas con masa muscular abundante.

Según los nuevos estándares de IMC de la OMS para niños y niñas de 5 a 19 años, los puntos de corte para clasificar el estado nutricional mediante IMC son:

Percentil	Clasificación
Por debajo -3 DE	Desnutrición
Por debajo de -2 DE	Bajo peso
Entre -2 DE y +1 DE	Normal
Por encima de +1 a +2 DE	Sobrepeso
Por encima de +2 DE	Obesidad

Factores Familiares

Los factores familiares pueden ser de tipos genético-hereditarios o bien educacionales en relación con los factores hereditarios, en la bulimia hay una mayor proporción de la patología psiquiátrica en familiares de primer grado respecto a la población general. Fundamentalmente en cuanto a consumo de alcohol y otras adicciones y depresiones.

Se han realizado diferentes estudios en gemelos que apoyan la influencia genética en la bulimia nerviosa (BN) encontrándose proporciones de concordancia claramente superiores en monocigotos, que en dicigotos. No obstante, la influencia genética en la anorexia es muy superior a la encontrada en la bulimia, siendo de un 65-70% en monocigotos para la anorexia, frente a un 35% en monocigotos en la bulimia, lo que apoya una mayor carga sociocultural en esta última (Camba, 2012).

En cuanto a los factores educacionales, se han considerado factores predisponentes de la BN las características psicológicas del núcleo familiar de las pacientes. Suele tratarse de familia con relaciones conflictivas, desorganizadas y una escasa confianza entre sus miembros, con interacciones de control y dependencia emocional mutua. Además, existe una falta de afecto y empatía de los padres hacia las pacientes bulímicas.

La dinámica familiar en los trastornos de la conducta alimentaria anida en modelos familiares patológicos con organizaciones disfuncionales. Una elevada preocupación alimentaria en los padres, familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente e incluso se desanima de forma soterrada, se crean así relaciones dependientes y enfermizas que en ocasiones perpetúan el trastorno, es frecuente encontrarnos con la existencia de conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones

personales no alcanzadas involucrando al paciente en estas situaciones, madres pasiva ante su esposo, desilusiones y frustraciones altas exigencias sociales, normas y apariencias, estas familias aparentemente perfecta suelen tener una baja tolerancia a la frustración y presentan relaciones poco cálidas y superficiales.

En algunos casos un ambiente de conflictos dentro del núcleo familiar se dispersa en forma de violencia y maltrato, ya sea psicológico o físico hacía los adolescentes, lo que aumenta en gran proporción el riesgo de futuros problemas de inadaptabilidad social tales como el abuso de sustancias tóxicas, falta de control de impulsos, lo que contribuyen a la aparición de los trastornos conducta alimentaria.

El ambiente familiar tiene funciones afectivas y educativas muy importantes las relaciones entre los miembros de la familia que determinan los valores, afectos, aptitudes, modo de ser y comportarse. Es el primer espacio socializador para el individuo y debe tener un papel activo en la educación para la salud. En ocasiones, ciertas pautas, modelos y costumbres familiares pueden propiciar circunstancias de riesgos para la aparición de los trastornos conducta alimentaria.

Factores Socioculturales

Desde el punto de vista transcultural la anorexia nerviosa se presenta como una enfermedad asociada a valores sociales y culturales cuando se realiza un análisis del perfil del enfermo, se descubre de manera casi constante la existencia de coincidencia en su distribución sociocultural. Entre los principales factores socioculturales asociados a los TCA están:

a) Influencia de los medios de comunicación: Dentro de los factores de riesgos socioculturales más destacados se encuentran los medios de comunicación, pues estos ejercen una influencia sobre la conducta alimentaria. Los medios de comunicación son herramientas utilizadas para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. Su propósito, aparte de dar información, es entretener de diferentes formas, y son usados con distintas finalidades, es evidente que éstos medios tienen una gran influencia en la actualidad siendo unos de los principales vehículos de transmisión de unos ideales de belleza poco realistas y difíciles de alcanzar.

La publicidad (anuncios en internet, televisión, prensa, radio), juega un papel importante a la hora de establecer determinados hábitos alimentarios. Esto se debe, fundamentalmente, a su capacidad para favorecer la difusión y el conocimiento de nuevos alimentos o bien, por su capacidad de difundir una idea errónea sobre el estereotipo de lo que debe ser nuestro cuerpo y como conseguirlo.

Los adolescentes usan internet y ven televisión, durante un promedio de más de 23 horas por semana. Un porcentaje significativo de los anuncios comerciales implican publicidad de alimentos, de manera que cada 5 minutos, aproximadamente, aparece un anuncio comercial sobre algún alimento. La mayor parte de la publicidad orientada a este segmento de población es sobre alimentos bajos en fibra y con alto contenido de azúcar, grasa o sodio.

Los efectos que logra la publicidad por medio de mensaje audiovisual son captar la atención mediante un ritmo rápido, lo que actúa en el sistema de relaciones sociales, mostrando competitividad, triunfo económico, ostentación, etc. Provoca la persuasión

frente a la realización, algunos mensajes van dirigidos a los adolescentes presentando los productos de forma impactante, resaltando envases y la marca para que sean recordados y usa indebidamente el calificativo de “saludable”. (*Mahan, L. EscoteS.; op. Cit., pág 267-268*)

Entre las comidas que se divulgan por los medios de publicidad se encuentran las comidas rápidas que consisten en alimentos que se venden en máquinas expendedoras, tiendas de comidas preparadas, tiendas escolares o en restaurantes de comidas rápidas. Estas comidas tienden a ser pobres en vitaminas, minerales y fibra y ricas en grasa, azúcares y sodio añadido. Debido a la facilidad de acceso y sabor resultan apetecibles. Los adolescentes que tienden a ser influenciados por este tipo de publicidad, en ocasiones pueden experimentar ganancia de peso, lo que en algunos casos podría influenciar a comentarios negativos, lo cual podría conllevar al adolescente a presentar patrones alimentarios inadecuados, como un mecanismo de compensación.

b) Influencia de las relaciones interpersonales: La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre los adolescentes, los cuales si ya tienen una proyección de cómo debería ser la imagen del cuerpo ideal, presentan mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con la alimentación. Los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes.

A medida que los adolescentes crecen, su mundo se expande y sus contactos sociales adquieren más importancia, la influencia de los compañeros aumenta con la edad y se

proyecta a las actitudes y opciones de alimentos. Esto se manifiesta por una renuncia súbita a no consumir alimento o a ingerir algún alimento popular.

También se considera importante la realización de comentarios hiriente por parte de amigos y familiares sobre el peso, ya que estos influyen de manera muy significativa en que se produzca insatisfacción corporal, lo que sumado a otros factores influye en que aparezcan trastornos conducta alimentaria.

Principales trastornos conducta alimentaria

Los principales trastornos de la conducta alimentaria (TAC) de origen psiquiátrico, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, son entidades clínicas con gran resonancia sociosanitaria. Los síntomas clínicos de los trastornos comprenden cuatro aspectos fundamentales:

- ✓ Las alteraciones en la conducta, en particular la ingesta.
- ✓ Las alteraciones cognitivas.
- ✓ Los trastornos psicopatológicos.
- ✓ Las complicaciones médicas.

Algunas de estas manifestaciones clínicas pueden ser consecuencia de la propia malnutrición e inanición y de hecho se ha observado conductas alimentarias inadecuadas y trastornos psicopatológicos similares en voluntarios sometido a restricciones alimentarias (Moreno, 2013)

Clasificación

La CIE10 clasifica los TCA del siguiente modo

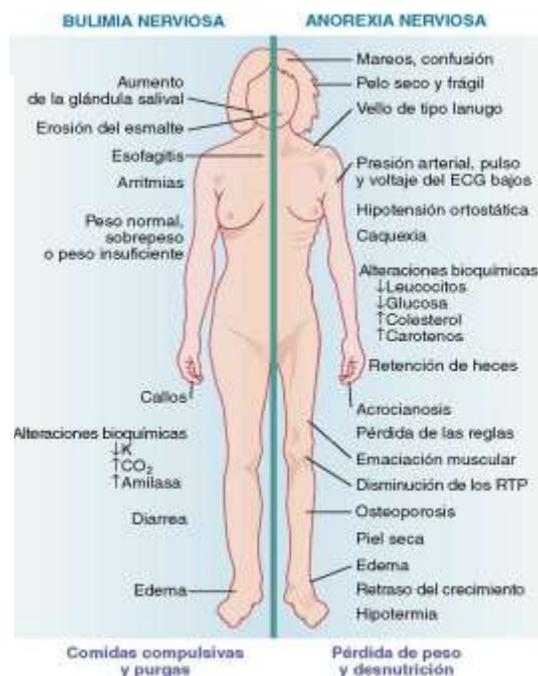
1. Anorexia nerviosa
2. Anorexia nerviosa atípica
3. Bulimia nerviosa
4. Bulimia nerviosa atípica
5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas
6. Vómitos en otras alteraciones psicológicas
7. Otros TCA
8. TCA sin especificación

Por su parte el DMS V propone una clasificación en 3 categorías básicas

1. **Anorexia nerviosa:** Subtipo restrictivo y subtipo bulímico (con atracones/purgas)
2. **Bulimia nerviosa:** Tipo restrictivo y tipo no purgativo
3. **Otros TCA**

El subtipo restrictivo de la anorexia está marcado por comportamiento ingestivo restrictivos, mientras que en el subtipo bulimico, sobre la restricción básica de la ingesta se superponen episodio bulímico.

En cuanto a los dos subtipos de bulimia, purgativo y no purgativo, se establecen en función del tipo de conducta compensatoria del episodio bulímico. En cualquiera caso, hay que insistir que en estos trastornos, tanto desde el punto de vista clínico como patogénico, son vistos por muchos autores con marcadas superposiciones entre el subtipo de anorexia bulímica



Anorexia

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas. Se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas, se altera la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar.

Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según la Asociación Americana de Psiquiatría, manual DSM V

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Se debe especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según CIE-10

A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

1) Evitación del consumo de “alimentos que engordan”, y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía. Se utiliza el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica para los casos en los que falta una o más

de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característicos.

Bulimia

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria de carácter multicausal, siendo el modelo etiopatogenico más aceptado el denominado modelo biopsicosocial. Dicho modelo considera la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos. Algunos de estos factores van actuar como predisponentes o desencadenantes o bien elementos precursores en distintas etapas del trastorno.

Epidemiología

Las tasas de mortalidad de la BN son más bajas que las observadas en la AN. Las tasas brutas de mortalidad oscilan del 0 al 2% en distintos trabajos, y la tasa de mortalidad acumulada es del 0,4% (Keel y Brown, 2010).

El comienzo precoz de la AN puede dar lugar a un retraso o a una limitación del crecimiento lineal, osteopenia y osteoporosis. La AN se ha descrito en niños de tan solo 7 años de edad. La proporción de varones a mujeres puede ser mayor en este grupo de edad y el trastorno aparece en muchas culturas y grupos étnicos distintos. La BN es rara en los niños.

Principales manifestaciones clínicas

Anorexia nerviosa (AN)

- ✓ Pérdida de peso (p. ej., por evitación de alimentos, vómitos provocados, ejercicio excesivo, consumo abusivo de laxantes)
- ✓ Percepción alterada del peso y/o la morfología

- ✓ Preocupación excesiva por el peso y/o la morfología, los alimentos y/o su ingesta
- ✓ Recuento hemático anormal
- ✓ Fatiga
- ✓ Insomnio
- ✓ Mareos o desmayos
- ✓ Pigmentación azulada en los dedos de la mano
- ✓ Cabello fino o quebradizo, o pérdida de cabello
- ✓ Presencia de lanugo
- ✓ Amenorrea
- ✓ Estreñimiento y dolor abdominal
- ✓ Piel seca o amarillenta
- ✓ Intolerancia al frío
- ✓ Ritmo cardíaco irregular
- ✓ Presión arterial baja
- ✓ Deshidratación
- ✓ Edema

Bulimia nerviosa

- ✓ Atracciones recurrentes seguidos de conductas purgativas y/o restricción de alimentos
- ✓ Sensación de falta de control
- ✓ Percepción alterada del peso y/o la morfología (Kathleen Mahan, 2013).
- ✓ Erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos

Manifestaciones emocionales y conductuales

- ✓ Restringir estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno
- ✓ Hacer ejercicios de forma excesiva

- ✓ Darse atracones y provocarse vómitos para eliminar los alimentos, incluyendo uso de laxantes, enemas, suplementos dietarios o productos herbarios
- ✓ Preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas
- ✓ No querer comer en público
- ✓ Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió
- ✓ Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió
- ✓ Sentir temor a aumentar de peso, que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo repetidas veces
- ✓ Mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que se perciben
- ✓ Quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas
- ✓ Cubrirse con capas de ropa
- ✓ Estado de ánimo indiferente (falta de emociones)
- ✓ Retraimiento social
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Insomnio
- ✓ Disminución del interés en las relaciones sexuales

Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según la Asociación Americana de Psiquiatría, manual DSM V

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa CIE-10

A. Preocupación por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina

C. La psicopatología consiste en miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea

Existen diversos indicadores que determinan la necesidad de ingreso hospitalario

- ◆ Conducta suicida, depresión grave o psicosis
- ◆ Abuso concomitante de alcohol o drogas
- ◆ Pérdida de control en episodio de voracidad y/o purgado

- ◆ Situación de crisis familiar grave
- ◆ Falta total de colaboración a las medidas terapéuticas prescritas
- ◆ Abuso de laxantes y diuréticos incontrolados
- ◆ Trastorno hidroelectrolítico
- ◆ Deshidratación hipovolemia mantenía
- ◆ Trastornos cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, hipotensión franca bradicardia menor de 40 latidos por minuto, arritmia, alteración electrocardiográfica intervalo QT, segmento ST, onda T
- ◆ Desnutrición grave, peso inferior al 70% del peso ideal o índice de masa corporal menor de 15.
- ◆ Hipoalbuminemia menor de 2.5 g/l
- ◆ Edema
- ◆ Trastornos digestivos: distensión abdominal aguda o subaguda por atonía visceral, diarreas espontáneas graves atribuibles al proceso o que lo agravan, vómitos espontáneos no controlables.
- ◆ Otras alteraciones metabólicas endocrinas o renales pueden motivar el ingreso sea terapéutico o diagnóstico.

El ingreso se realiza por procedimiento de urgencia o programado dependiendo de la gravedad del motivo en el primer caso la iniciativa corresponde por lo general al psiquiatra y/o internista, cuando el paciente accede al servicio de emergencias del hospital, aunque no es infrecuente que se remita a dicho servicio desde un menor nivel de atención.

Es importante tener cuenta los signos de alarma, según la Unidad de trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA, Valencia-España 2020) los principales signos son:

- ◆ Obsesión por la delgadez
- ◆ Distorsión de la imagen corporal
- ◆ Alteraciones en los hábitos alimentarios.
- ◆ Pérdida de peso
- ◆ Ejercicio físico compulsivo
- ◆ Aislamiento y dificultades en las relaciones interpersonales y familiares

Tratamiento

El tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria es un proceso donde se requiere de un grupo interdisciplinario y multidimensional en el cual se encuentran psiquiatras, internistas o pediatras de acuerdo a la edad del paciente, nutricionistas, psicólogos entre otros con el objetivo específico de llevar al paciente a un peso adecuado para su edad y estatura, en donde no solo se realice terapia individual, sino que incluya un trabajo familiar, tratamiento y educación nutricional y la utilización de fármacos en caso de ser necesario. El tratamiento se considera efectivo cuando se logra llevar al paciente a normalizar la dieta y los hábitos alimentarios, alcanzando un peso adecuado, el cual es el paso fundamental del tratamiento. Además se busca en segundo lugar resolver o identificar los factores etiológicos de la enfermedad como son los psicológicos, familiares y sociales de la persona.

Tratamiento Nutricional

El tratamiento nutricional para los trastornos de la conducta alimentaria se realiza de forma individual, se recomienda iniciar después de iniciar el tratamiento psicológico, con el fin de que el paciente reconozca y acepte su enfermedad, lo que le permitirá tener una mayor adherencia al tratamiento y permita las modificaciones que se van indicando. Lo

primero que se debe hacer es recolectar la información sobre la historia nutricional del paciente como hábitos alimentarios, creencias, mitos, alimentos preferidos, rechazados e intolerancias, alergias alimentarias, historial del cambio de peso, realización de actividad física y evaluar los comportamientos purgativos y maniobras inapropiadas.

Una vez se tiene la historia alimentaria y nutricional se deben llegar a acuerdos sobre los objetivos y metas del tratamiento entre el paciente y él/la nutricionista, con el fin de evitar el abandono de este y/o disminuir las posibles recaídas del paciente. Se deben realizar controles semanales al inicio del tratamiento y dependiendo de su aceptación y adherencia se van espaciando a cada 15 días y luego cada mes hasta llegar al objetivo deseado y el paciente tenga una buena evolución en el tratamiento de la enfermedad.

La labor de la nutricionista es educativa y de acompañamiento en el proceso generando confianza en el paciente y modificando hábitos alimentarios que permitan que el tratamiento tenga éxito. Durante el proceso educativo se debe explicar al paciente cuales son los efectos de la inanición y las posibles complicaciones que se pueden tener a corto, medio y largo plazo por la falta de consumo de alimento y conductas como el uso de laxantes, diuréticos y atracones de comida. Y cuáles van a ser los efectos de restablecer su alimentación como la desaparición gradual de los problemas como la depresión, el cansancio y mejoramiento de sus relaciones familiares y con amigos, junto con la aceptación de su silueta.

Para la AN se busca corregir la desnutrición en la que se encuentra el paciente, hasta lograr llegar a un estado óptimo donde su peso sea el adecuado para la estatura. Al iniciar el tratamiento se intenta que el paciente consuma como mínimo entre 30 a 40 Kcal/Kg/día,

teniendo en cuenta de trabajar con el peso actual, más o menos entre 1000 y 1200 Kcal/ día; con lo que se espera una ganancia de peso entre 0.5 a 1.0 Kg por semana. Se recomienda dar gran variedad de alimentos de alta densidad calórica. Los ajustes a la dieta se deben realizar de acuerdo a la condición crónica del paciente. En casos graves de AN se recomienda el uso de nutrición enteral o parenteral (casos extremos) para lo cual se requiere de hospitalización y está indicada cuando el paciente presenta actitudes negativas y refractarias hacia la alimentación y/o tiene una pérdida de peso mayor al 25% - 30% de su peso ideal o presente complicaciones y alteraciones funcionales. El tratamiento nutricional para la BN consiste principalmente en brindar educación nutricional dirigida a cambiar los malos hábitos alimentarios adquiridos buscando regular la alimentación y la salud, fomentado una alimentación saludable y balanceada

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico es la base para la recuperación del paciente a quien se le diagnostica trastornos de la conducta alimentaria, pero en la fase aguda es poco efectiva; existen diversas técnicas empleadas como psicoterapia, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas. Para la BN tiene como fin romper con el círculo vicioso de atracones de comida y la inducción del vomito. La literatura describe cinco modalidades terapéuticas, en donde el tratamiento cognitivo- conductual y la exposición con prevención de respuesta son los más aceptados; y junto con ellos se debe hacer terapia interpersonal cuyo objetivo es reducir las emociones negativas de los pacientes.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en los trastornos de la conducta alimentaria está indicado solo en algunos de los pacientes como coadyuvante de las técnicas de modificación de la conducta y situaciones depresivas y algunos medicamentos que estimulen el apetito en el caso de pacientes con AN, mientras que los pacientes con BN que requieren medicación se utilizan anorexígenicos y antidepresivos.

Prevención

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria se debe realizar desde todos los factores etiológicos considerados como factores desencadenantes, dando mayor importancia a los factores socioculturales. Es de vital importancia el trabajo con la familia ya que este es el pilar desde donde se fortalecen las creencias, hábitos y actitudes de las personas, además se debe trabajar en coordinación con la institución educativa debido a que es el apoyo cuando se encuentran deficiencias en la familia. La prevención se realiza en tres niveles:

Prevención Primaria:

Dentro de esta parte del programa se manejan los aspectos que pueden llegar a desencadenar los trastornos de la conducta alimentaria y busca reducir la incidencia de esta, dentro de los 3 niveles de prevención la primaria, es la más difícil de llevar a cabo, pero realmente cuando se logra es la que muestra mejores resultados a largo plazo. En esta fase se trabajan aspectos que faciliten el desarrollo de la enfermedad como los son: obtención de información, modificación de conductas, identificación de grupos a riesgos, acción sobre

estereotipos, trabajo con la familia, educación escolar, actividad física, estilos de vida saludable

Prevención Secundaria:

En esta fase de la prevención tiene como fin reducir los tiempos entre la aparición del trastornos de la conducta alimentaria y el inicio del tratamiento adecuado, busca hacer un diagnóstico temprano y a tiempo de la enfermedad. Se debe realizar diagnóstico y tratamiento precoz o tratamiento correcto o prevención de las recaídas: educación nutricional, apoyo farmacológico y psicosocial.

Prevención Terciaria:

Esta enfoca a evitar posibles complicaciones y reducir los síntomas generados por los trastornos de la conducta alimentaria, haciendo parte del tratamiento; es la que mayor costo tiene y no tiene efecto sobre la incidencia de la enfermedad. No ha sido lo suficientemente utilizado y explotado, debido a que algunos profesionales de la salud consideran que estos trastornos de la conducta alimentaria pueden evolucionar solos favorablemente sin tener en cuenta las posibles complicaciones y consecuencias, que una enfermedad como esta puede causar. Si son abordados de manera adecuada y oportuna.

Capítulo II.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, porque se analizó los factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes en un tiempo determinado.

Área de estudio:

Instituto Público “Villa Libertad”, ubicado en el Distrito 7 de la Ciudad de Managua, en la calle principal de la Colonia Villa Libertad.

Universo y Muestra

Universo: El universo corresponde a 115 estudiantes.

Muestra: La muestra la constituyeron 88 estudiantes de Octavo grado, la cual se obtuvo por medio de una fórmula estadística, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, la muestra es equivalente al 66% de toda la población estudiantil del Octavo grado, y dividida de la siguiente manera:

Octavo grado A varones 13, mujeres 18

Octavo grado B varones 12, mujeres 18

Octavo grado C varones 12, mujeres 15

Para un total de 37 varones y 51 mujeres.

$$“n” = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Siendo:

“**Z**” = el nivel de confianza del 95%;

N es el universo;

p y q son probabilidades complementarias de 0.5 c/u,

“**e**” es el error de estimación aceptable para encuestas entre 1% y 10%, siendo del 5% en el estudio.

“**n**” es el tamaño calculado de la muestra.

Tipo de Muestreo:

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes que pertenecían al Octavo grado de las secciones A, B, C Y D.
- Estudiantes que se presentaron el día en que se realizó el estudio.
- Estudiantes que aceptaron participar en el estudio.
- Estudiantes que firmaron el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Estudiantes que no pertenecían al Octavo grado de las secciones A, B, C Y D.
- Estudiantes que no se presentaron el día en que se realizó el estudio.
- Estudiantes que no aceptaron participar en el estudio.
- Estudiantes que no firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes que decidieron retirarse del estudio.

Variables del estudio:

- Características Sociodemográficas.
- Factores Personales y familiares
- Factores socioculturales
- Conductas de riesgo

Cruces de Variables:

- Características sociodemograficas/factores socioculturales
- Estado nutricional/Sexo
- Factores personales/Influencia en la alimentación
- Factores familiares/ Influencia en la alimentación
- factores socioculturales/ Influencia en la alimentación

METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Diseño del Instrumento:

El instrumento fue creado de acuerdo a los objetivos del estudio donde se abarco las características sociodemográficas, factores personales, familiares, socioculturales y conductas de riesgo asociadas a anorexia y bulimia en el grupo en estudio.

El instrumento del estudio fue un formulario de preguntas que se aplicó en forma de cuestionario, cual se basa en preguntas múltiples de tipo abiertas, semi abiertas y cerradas sobre aspectos mencionados anteriormente y su llenado se efectuó de manera individual por cada uno de los participantes.

La recolección de la información se realizó por medio del llenado del cuestionario de preguntas y mediante la toma de medidas antropométricas a los estudiantes, la cual fue con el fin de evaluar su estado nutricional.

Técnicas y Procedimientos

Esta investigación se realizó en el Instituto Público Villa Libertad, con la autorización del Directora Martha Lina Fuentes, quien nos permitió el acceso al Centro escolar en coordinación con los profesores guía de los Octavos grados A, B, C Y D. Tomando una muestra de 88 estudiantes de los Octavos grados, A, B, C Y D, del turno vespertino, esta muestra se obtuvo por medio de una fórmula, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, la muestra es equivalente al 66% de toda la población estudiantil, con los cuales se llevó a cabo el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de Noviembre del 2021, la información se levantó en el turno vespertino respetando los horarios establecidos por el Centro escolar. El llenado del cuestionario se realizó directamente por los alumnos, previo a ello se les explicó la organización del cuestionario y la manera de contestar las preguntas. Se brindó apoyo para aclarar dudas durante el llenado del cuestionario. Además de ello cada test contenía un instructivo por cada ítem de preguntas, que lo ameritaba.

Plan de tabulación y análisis: Los datos obtenidos se compilaron a través de la tabulación por medio del procedimiento manual de los palotes y sus resultados se procesaron a través del programa de Microsoft Excel con el que realizó tablas y gráficas.

La clasificación nutricional se realizó mediante el índice de masa corporal y para su interpretación se empleó de las curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) para IMC de niños y niñas de 5 a 19 años. Los puntos de corte que se utilizó fueron: por encima de +2 DE es Obesidad, +1 DE a +2 DE Sobrepeso, +1 a -2 DE es Normal, de -2DE a -3DE Delgadez, por debajo de -3 DE es Delgadez Severa; se utilizó la calculadora aritmética del programa Anthro Plus, donde se calculó las desviaciones estándar.

Para evaluar la presencia de trastornos de la conducta alimentarias se utilizo test estandarizados, con preguntas fáciles de contestar con respuestas de marcar con una x la casilla y encierre, los test aplicados son:

Test De Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26) de Garner, Garfinkel Y Olmstead. La EAT-26 es un instrumento adecuado para evaluar la tendencia a las personas a anorexia nerviosa de modo general, y también de subtipos restrictivo y bulímico. Se basa en 26 preguntas de tipo cerradas, las cuales tienen un puntaje asignado, y se interpretan de la siguiente manera si:

- ◆ No existe riesgo de desórdenes alimentarios: Menor a 20 puntos.
- ◆ Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios:
Igual o superior a 20.

La confiabilidad de prueba es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26.

El Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, Bite). EL BITE es un cuestionario que fue diseñado con el fin de identificar a personas con síntomas

bulímicos, está conformado por 33 Items, los cuales tienen un puntaje asignado, y se interpretan de la siguiente manera si:

- ◆ Ausencias de comportamiento compulsivo hacia la comida: Menor a 10 puntos
- ◆ Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa): De 10 – 14 puntos
- ◆ Posible bulimia subclínica: 15- 20 puntos
- ◆ Patrón de comportamiento muy alterado: 20 – 30 puntos.

Para la evaluación del factor psicológico, referente a la evaluación de la autoestima se utilizó el Test de Rombert, el cual se evalúa tres niveles:

- ◆ Autoestima alta respeto y confianza en sí mismo
- ◆ Autoestima media: El sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí mismo plenamente
- ◆ Autoestima baja: El sujeto se considera inferior a los demás y hay desprecio hacia sí mismo

Este Test contiene ítem con valor de puntuación de acuerdo a la respuesta, siendo muy acuerdo 4 puntos, de acuerdo 3 puntos, en desacuerdo 2 puntos, muy en desacuerdo 1 punto, para las primeras 5 preguntas, las preguntas 5 restantes se interpretan de manera inversa, estos puntos al sumarlos se interpretan de la siguiente manera:

- ◆ Autoestima elevada: 30 a 40 puntos
- ◆ Autoestima media: 26 a 29 puntos
- ◆ Autoestima baja: menos de 25 puntos

Sumado a la aplicación de los test, el cuestionario contenía preguntas cerradas relacionadas con factores socioculturales y familiares, tomándose en cuenta los más importantes, de acuerdo a las literatura revisadas, lo cual fue útil para el análisis de información y su relación otros factores.

Al finalizar el cuestionario se tomo las medidas antropométricas para lo cual se utilizo un tallimetro para tomar la talla en centímetros (cm) y se usó una balanza Taylor para tomar el peso en Kilogramos (Kg). Este procedimiento se realizo durante tres días, un día por cada sección.

Los procedimientos para la toma de medidas antropométricas fueron:

Toma de peso: El equipo que se empleo fue una pesa Taylor, se coloco en una superficie plana y en un lugar con visibilidad. Calibrándola antes de pesar a los estudiantes. La medida de peso tomada fue en Kg. Para la toma de estas medidas se verifico que los estudiantes estuvieran sin zapatos y sin ningún objeto que alterara su peso.

Toma de talla: El tallimetro fue colocado sobre una superficie firme y plana, en forma vertical, en un lugar con claridad para poder observar claramente la medida. La talla fue tomada en centímetros. Antes de medir la talla, se vigilo que los adolescentes se quitaran los zapatos y no portaran adornos en la cabeza que dificulten o modifiquen la medición. Luego se procedió realizar la medición donde cada participante, debió colocar su cabeza, hombros, caderas y talones juntos pegados a la pared, sus brazos colocados a los costados del cuerpo, con su mirada firme y con la vista al frente en un punto fijo, utilizando el plano de Frankfort.

Enunciado de Variables

1. Socio demográfica

- ◆ Edad
- ◆ Sexo
- ◆ Religión

2. Factores personales

- ◆ Estado nutricional
- ◆ Factores psicológicos

3. Factores Familiares

- ◆ Ambiente Familiar desestructurado: Roturas conyugales, divorcios, familias desestructuradas
- ◆ Ambiente Familiar sobreprotector: Rigidez del los padres
- ◆ Altas expectativas familiares
- ◆ Experiencias vitales estresantes : Conflictos familiares, violencia, perdidas familiares, expectativas altas de los padres

4. Factores Socioculturales

- ◆ Creencias
- ◆ Influencia Medios de publicidad
- ◆ Influencia Social

5. Conductas de riesgo

- ◆ Anorexia
- ◆ Bulimia

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento		Años	≤ 14 15-17 ≥ 18
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer		Fenotipo	Masculino Femenino
Religión	Sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o lo sagrado		Tipo	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros Ninguna
Estado Nutricional	Indicador relacionado con el estado de salud, determinado por el peso, talla y sexo.		IMC	Delgadez Severa, Delgadez, Normal, Sobrepeso, Obesidad
Factores Psicológicos	Estudia como los pensamientos, y emociones, Influyen en el comportamiento, actitudes, sentimientos.		Autoestima	Autoestima elevada Autoestima media Autoestima baja
Factores Familiares	Patrones familiares, que son indicadores de riesgo.		Ambiente Familiar desestructurado	Existe influencia No existe influencia
			Ambiente Familiar sobreprotector	Existe influencia No existe

				influencia
			Expectativas familiares altas	Existe influencia No existe influencia
			Experiencias vitales estresantes	Existe influencia No existe influencia
Factores Socioculturales	Son conductas plurales que explican o inciden en la aparición o desarrollo de los hechos sociales y afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas.		Religión/alimentación	Existe influencia No existe influencia
			Publicidad/alimentación	Existe influencia No existe influencia
			Influencia social/alimentación	Existe influencia No existe influencia
Conductas de riesgo	Son comportamientos que implican un efecto placentero inmediato pero carecen de una valoración de las consecuencias posteriores, afectan la salud		Anorexia	No existe riesgo Existe riesgo

	<p>biosicosocial, son acciones voluntarias o involuntarias que pueden llevar consecuencias nocivas. Generando importantes manifestaciones físicas, psicológicas y complicaciones endocrinológicas. Los trastornos de la alimentación que llevan al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar. Por otra parte se puede producir un ciclo de atracón-purgación, donde se experimenta gran culpabilidad por haber comido, por ende recurren al uso de laxantes o diuréticos, inducción al vomito. Generando consecuencias negativas en la salud</p>		<p>Bulimia</p>	<p>Ausencia de comportamiento compulsivo</p> <p>Patrones alimentarios anormales</p> <p>Posible bulimia subclinica</p>
--	---	--	----------------	---

Aspectos éticos:

Para convocar a los estudiantes participantes del estudio recibí ayuda de la Directora del Centro de estudio y de los profesores de cada sección en los días en que recolecte la información. Los cuales ayudaron con la supervisión manteniendo el orden y promoviendo la participación de los estudiantes

Antes de iniciar con el llenado de los cuestionarios en cada sección, se brindó un consentimiento informado para que firmaran, si estaban de acuerdo a participar en el estudio, haciendo énfasis en los datos proporcionados son confidenciales, luego se le brindo la encuesta por cada estudiante; y se procedió a la explicación de cada ítems del cuestionario.

Como encargada del estudio, estuve presente durante el llenado del instrumento, disponible ante cualquier duda de los participantes. Esto para evitar sesgos en la obtención de la información. Cabe señalar que los test contenían un instructivo que sirve de guía para su llenado.

Discusión y análisis de los resultados:

A continuación se muestran los datos que se analizaron, correspondientes a una muestra de 88 estudiantes del Instituto Publico Villa Libertad.

Los resultados se presentan en 4 variables:

- ◆ Datos sociodemográficos que contienen la edad, sexo y religión.
- ◆ Factores personales que incluyen el estado nutricional y el nivel de autoestima y los factores familiares que valoran ambiente familiar desestructurado, sobreprotección, experiencias vitales estresantes (pérdida de un ser querido, violencia física o psicológica) y la influencia de estos en la alimentación.
- ◆ Factores socioculturales que abarcan la influencia de la religión, de amigos y de medios de comunicación en la alimentación
- ◆ Conductas de riesgo asociadas al problema en estudio. Evaluando si existe o no riesgo de anorexia y con respecto a la bulimia si hay ausencia de comportamiento compulsivo, patrones alimentarios anormales o una posible bulimia subclínica.

Datos sociodemográficos

Tabla 1

Edad predominante en los estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Edades	Total	
	Numero	%
≤14	46	52
15-17	37	42
≥ 18	5	6
Total	88	100

Fuente: Instrumento

En la tabla N° 1, representa los porcentajes de los rangos de edades del grupo en estudio, siendo el rango de edad de 14 años o menos, de mayor predominio con el 52%, seguido del rango de 15 a 17 años correspondientes al 42%. Encontrándose en menor proporción estudiantes de 18 años o más con un 6%.

Estos datos establecen relación a lo que el Ministerio de educación cultura y deportes tiene estipulado para la educación secundaria, enfocado en el aprendizaje para su plan curricular de estudios secundario. También estas cifras se relacionan con los censos reportados por el INIDE (Instituto Nacional de Información de desarrollo) donde manifiestan que la asistencia escolar en los centros educativos de secundaria es en los rangos de edades de 13 a 17 años; de acuerdo a las bases de datos de su anuario estadístico, lo que concuerda con los datos obtenidos.

Como podemos observar el grupo en estudio lo conforman adolescentes los cuales son la población idónea para poder desarrollar este estudio, teniendo como base que los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes y comunes en este grupo etario, esto debido a que son influenciados por diversas factores socioculturales, personales y familiares. Los cuales se ampliarán en los siguientes acápite de estudio.

Datos sociodemográficos

Tabla 2

Sexo predominante en los estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa

Libertad

Sexo	Numero	%
Femenino	51	58
Masculino	37	42
Total	88	100

Fuente: Instrumento

En la tabla N° 2 se observa que la mayoría de los participantes del estudio pertenecen al sexo femenino con un 58% y en menor proporción al sexo masculino con un 42%. Estos datos establecen relación con los anuarios estadísticos del INIDE (Instituto Nacional de Información de desarrollo) y del Ministerio de educación cultura y deportes, los cuales reportan que la mayoría de estudiantes que cursan secundaria pertenecen al sexo femenino.

Se puede apreciar que el sexo femenino es predominante en el estudio, lo cual es primordial, debido a que según estudios y estadísticas de OMS (organización mundial de la salud), las adolescentes son más propensas y tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, ya que en esta etapa las adolescentes experimentan importantes cambios emocionales, sociales y fisiológicos. Lo cual las expone a problemas psicosociales, que indirectamente tienden a generar ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, autoestima baja, preocupación por su apariencia corporal, entre otros aspectos negativos, lo que conlleva a consecuencias negativas a nivel físico y psicológico, y contribuye a la aparición de dichos trastornos en las adolescentes. No obstante los adolescentes del sexo masculino, también son propensos a presentar estas conductas, sin embargo lo hacen en menor proporción.

Tabla 3

Religión predominante en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa

Libertad

Religión predominante	Total	
	Numero	%
Católica	32	36
Evangélica	35	40
Testigo de Jehová	2	2
Otras	4	5
Ninguna	15	17
Total	88	100

Fuente: Instrumento

En la tabla N° 3 se representa los porcentajes de las religiones que profesan los alumnos. Siendo la religión evangélica la predominante con un 40%, seguido de la religión católica representada con un 36%, en menor proporción un 17% no profesan ninguna religión, el 5% profesa otras y un 2% es testigo de jehova.

Las religiones son practicadas y profesadas generalmente dependiendo de las costumbres familiares, estas se siguen y se da continuidad a tradiciones familiares. Como se se puede apreciar la religión evangélica es predominante es este estudio, un porcentaje significativo de los que profesan esta religión tienden a practicar ayunos prologados, lo cual podría tener un impacto en la cognición de algunos adolescentes, ya que algunos son influenciados por su familia y algunos se sienten forzados a seguir con los valores inculcados. Por lo tanto se considera que la religión puede influenciar en las conductas alimentarias de algunos adolescentes. Esto se observa más claramente en algunas religiones las cuales prohíben el consumir algún alimento específico.

Tabla 4

Estado nutricional de acuerdo al IMC en estudiantes de Octavo grado, Instituto

Público Villa Libertad

Estado Nutricional	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Numero	%
Índice de masa corporal	Numero	%	Numero	%		
Normal	33	38	28	34	61	69
Bajo peso	9	10	5	4	14	16
Desnutrición	1	1	0	0	1	1
Sobrepeso	6	7	1	1	7	8
Obesidad grado	2	2	3	3	4	6
Total	51	58	37	42	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 4 muestra el Índice de Masa Corporal (IMC) de los estudiantes, en el cual se observa que la mayoría están dentro del rango de la normalidad con un 69%, mientras que un 31% de los estudiantes presenta algún tipo de mal nutrición; de estos en 16% se encuentra en el rango de bajo peso, el 8% tiene sobrepeso, el 6% tiene obesidad y solamente es 1% se encuentra en estado de desnutrición.

Podemos apreciar que un porcentaje significativo de estudiantes, el 31% presenta alguna forma de mal nutrición. Siendo el 16% orientado al bajo peso, esto se debe a que los adolescentes están más expuestos al desarrollo de conductas inadecuadas, las cuales tiende a ser de origen multicausal, por lo cual es imprescindible identificar de manera precoz, factores que puedan estar influenciado negativamente el desarrollo de conductas que conlleven a presentar trastornos de la conducta alimentaria, lo cual supone un deterioro en la calidad de vida, al ser afectado directamente su estado nutricional, esto impactara negativamente en su salud, física y psicológica.

Tabla 5

Nivel de autoestima del grupo en estudio de acuerdo al test de autoestima de Rosenberg

Interpretación	Total	
	Numero	%
Autoestima elevada	5	6
Autoestima media	31	35
Autoestima baja	52	59
Total	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 5 refleja el nivel de autoestima obtenido a través de test de Rosenberg, el cual clasifica el autoestima en elevada, media y alta. Los resultados muestran que la mayoría del grupo en estudio el 59% presenta una autoestima baja, seguido del 35% que tiene autoestima media y en menor proporción solo el 6% tiene autoestima elevada.

El nivel de autoestima que predominó en el grupo en estudio fue bajo, lo cual es crucial ya que el autoestima baja está relacionado con inseguridad, ansiedad, estrés, preocupación por su imagen corporal, la cual podría llegar a ser excesiva y causar que se sientan incómodos con su cuerpo, generando una imagen distorsionada de la realidad, lo que a su vez si se proyecta a lo largo del tiempo impacta en la conducta y el desarrollo de hábitos inadecuados perjudiciales para los adolescentes.

Tabla 6

Estado de ánimo en relación a la ingesta de alimentos en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Cuando esta triste o deprimido	Autoestima elevada	%	Autoestima media	%	Autoestima baja	%	Numero	%
Consume menor cantidad de alimentos	3	3	10	11	10	11	23	26
Consume la misma cantidad que de costumbre	3	3	13	15	13	15	29	33
Consume mayor cantidad de alimentos	0	0	5	6	10	11	15	17
No tiende a consumir alimentos	0	0	3	3	18	20	21	24
Total	6	7	31	35	51	58	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 6 muestra el nivel de autoestima y su relación con la ingesta de alimentos. Los resultados reflejan la mayoría de estudiantes con autoestima baja equivalentes al 20%, no tienden a consumir alimentos cuando se sienten tristes o deprimidos, los estudiantes con nivel de autoestima media en su mayoría tienden a consumir la misma cantidad de alimentos que de costumbre representados con un 15%, los estudiantes con autoestima elevada tienden a misma de alimentos en un 3%.

En los resultados obtenidos se refleja claramente que en los estudiantes con baja autoestima tienden a consumir menor cantidad de alimentos cuando se sienten tristes, esto se manifiesta de igual manera en los estudiantes con autoestima media. Lo cual indica que el estado de ánimo influye directamente en la cantidad de alimentos que los adolescentes consumen cuando presentan cambios en el estado de ánimo. Esto guarda relación con lo que indican estudios que hacen referencia en la importancia del autoestima.

Tabla 7

Estado de ánimo en relación a conductas de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios en estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Conducta de riesgo	Autoestima normal o elevada	%	Autoestima media	%	Autoestima baja	%
Anorexia	0	0	5	6	35	40
Bulimia	0	0	3	3	6	7
Ausencia de riesgo	6	7	23	26	10	11
Total	6	7	31	35	51	58

Fuente: Instrumento

La tabla N° 7 muestra el nivel de autoestima y su relación con la presencia de conductas de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. Los resultados reflejan la mayoría de estudiantes presenta autoestima baja equivalentes al 51%, de estos el 40%, tiene conductas de riesgo para el desarrollo de anorexia y el 7% presenta conductas de riesgo para el desarrollo de bulimia, los estudiantes con nivel de autoestima media en su mayoría tienen ausencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria equivalentes al 26%, los estudiantes con autoestima elevada no presentan riesgo de conductas orientadas a trastornos en la alimentación. Lo que concuerda con resultados de estudios realizados en diversas instituciones a como se plantea en parte del desarrollo de este estudio.

De acuerdo a estudios realizados a nivel internacional y nacional, los adolescentes con niveles de autoestima elevados tienden a presentar mayor seguridad de sí mismo y se dejan influenciar en menor proporción, en comparación con los adolescentes que presentan autoestima baja los cuales son más propensos a sentirse inseguros y hacer afectados por opiniones y comentarios negativos de su entorno.

Tabla 8

Factores familiares

Influencia de factores familiares en la alimentación de estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Los factores familiares influyen en la alimentación	Total	
	Numero	%
Si	40	45
No	48	55
Total	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 8 refleja la relación de los factores familiares en relación a la alimentación de los estudiantes, obteniéndose como resultados un 55% manifestó que no tienden a influir los factores familiares, mientras que el 45% restante admitió que los factores familiares si influyen en su alimentación.

Es fundamental la influencia familiar en las conductas alimentarias, debido a que la mayor parte del tiempo los adolescentes, conviven con sus familias, que son quienes inculcan los hábitos alimentarios, que su mayoría pueden llegar a perpetuarse. Aparte de ser su familia el proveedor principal de la alimentación, es fundamental la relación que tienen estos adolescentes con sus familias, si son disfuncionales, si se sienten presionados, si son violentados, si tienen altas expectativas, son múltiples los factores familiares que pueden influenciar en la alimentación. A continuación se mencionaran los principales factores familiares.

Tabla 9

Principales factores familiares que influyen en la alimentación de estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Los factores familiares influyen en la alimentación	Total	
	Numero	%
Siento sobreprotección familiar	48	55
Mis familiares tienen altas expectativas de mi	51	58
Me importan las expectativas de mis familiares sobre mi	64	73
Mis padres están divorciados/separados	43	49
He perdido un ser querido en los últimos 6 meses	40	45
He sufrido violencia física o psicológica por mi familia	16	18
Los factores familiares influyen en su alimentación	45	40

Fuente: Instrumento

La tabla N° 9 muestra los factores familiares que se incluyeron en relación la alimentación, siendo el de mayor porcentaje la importancia de las expectativas familiares con un 73% y de estos el 58% menciona que eran altas expectativas las esperadas por sus familiares, el 55% del grupo siente sobreprotección, el 49% de los estudiantes tiene padres separados o divorciados, el 45% del grupo en estudio ha perdido un ser querido en los últimos 6 meses, y solamente el 18% reportó haber sufrido algún tipo de violencia física o psicología por su familia. Del total de estudiantes el 40% manifestó que alguno de los factores familiares antes mencionados tiende a influir en su alimentación.

Los factores familiares son significativos debido a que es en el núcleo familiar es donde los adolescentes permanecen e interactúan la mayor parte de su tiempo, y es donde se han formado gran parte de sus costumbres y hábitos alimentarios, por dichas razones la familia pueden tender a influir de forma positiva o negativa en la alimentación.

Tabla 10

Factores socioculturales:

Influencia de la religión en la alimentación de estudiantes de Octavo grado, Instituto Público Villa Libertad

Factores Socioculturales	Total	
Su religión influye en su alimentación	Numero	%
Si	12	14
No	76	86
Total	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 10 muestra la religión y su influencia en la alimentación, los resultados demuestran que la mayoría del grupo en estudio manifestó que no influye la religión en su alimentación con un 86%, mientras que el 14% afirmó que si influye pertenecer a una determinada religión en su ingesta alimentaria.

Casi todas las religiones prohíben algún alimento, ya sea por completo o en determinadas épocas del año, normalmente tienden hacer alimentos de origen animal. En todos los pueblos y culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas por creencias y costumbres. A su vez puede considerarse que las religiones forman parte del sistema de creencias, que pueden influir en determinados comportamientos alimentarios en algún momento de la vida.

Tabla 11

Factores socioculturales:

**Influencia de la publicidad en la alimentación de estudiantes de Octavo grado,
Instituto Público Villa Libertad**

Factores Socioculturales	Total	
	Numero	%
La publicidad influye en su alimentación		
Si	35	40
No	53	60
Total	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 11 refleja la influencia publicitaria en la alimentación, obteniendo como resultado que el 40% manifestó que las propagandas publicitarias de alimentos, en su mayoría comidas rápidas tienden a influir en su alimentación. Mientras que el 60% manifestó que no influye la publicidad en su ingesta alimenticia.

La publicidad textual, sonora, visual, o audiovisual, tiene como propósito informar o comunicar un mensaje con distintas finalidades, es evidente que estos medios tienen gran influencia en la actualidad siendo uno de los principales vehículos en la transmisión de ideales de belleza poco realistas y difíciles de alcanzar, así como tender a influir en prácticas alimentarias inadecuadas, al final todo ello tiene como finalidad favorecer la difusión de un determinado producto o practica. Provocando cierto grado de persuasión en los individuos, lo cual puede influenciar a conductas no saludables en los adolescentes, que conlleven a manifestar prácticas de riesgo asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 12

Factores socioculturales:

Influencia social en la alimentación de estudiantes de Octavo grado, Instituto Público

Villa Libertad

Factores Socioculturales	Total	
La influencia social en relación a su alimentación	Numero	%
Si	32	36
No	56	64
Total	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 12 muestra la influencia social en relación a la alimentación, hace relación al acto de ingerir un determinado alimento al ver a algún amigo consumirlo, los resultados obtenidos reflejan que el 36% de los encuestados si considera que existe influencia social en su alimentación, mientras que el 64% del grupo en estudio manifestó no existe influencia del entorno social.

Las influencias de las relaciones interpersonales asociada a presiones ejercidas ya sea a nivel publicitario y a rasgos de personalidad con tendencia al perfeccionismo, tiende a ser vulnerables a los adolescentes a presentar un aumento en el riesgo de manifestar conductas riesgo asociadas a los TCA. Esto se debe a que ciertas pautas y patrones socioculturales se sobrepone a impulsos biológicos y se modifican de acuerdo al entorno social. En general la alimentación se construye en un conjunto de interacciones ambientales, fisiológicas, cognitivas y socioculturales.

Tabla 13**Test de actitudes alimentarias de Garner, Garfinkel Y Olmstead**

Interpretación	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Numero	%
	Numero	%	Numero	%		
No existen desordenes alimentarios	26	30	22	25	48	55
Conducta de riesgo	25	28	15	17	40	45

Fuente: Instrumento

La tabla N° 13, refleja la interpretación del test de actitudes alimentarias (EAT-26), con el fin de evaluar la tendencia de los individuos a la anorexia nerviosa de modo general y también de subtipos restrictivos y bulímicos, los resultados reflejan que un porcentaje significativo del 45% de los encuestados tiene conductas de riesgo relacionadas a la alimentación, mientras que el 55% restante de estudiantes manifestó de acuerdo a sus resultados de test que no existen desordenes alimentarios.

Esta instrumento esta estandarizado y a sido utilizado a lo largo de los años para valorar el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, incluye ítems de preguntas sencillas, y especialmente redactadas durante los últimos años por psicólogos y psiquiatras, para obtener información primordial, que puede brindar un indicio de que el adolescente pueda presentar conductas de riesgo asociadas a desordenes alimentarios, claro está que para poder evaluar la presencia de un trastorno se tiene que tener un enfoque integral, multidisciplinario de los profesionales de la salud.

Tabla 14**Test de Edimburgo, sobre actitudes alimentarias**

Interpretación	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Numero	%
	Numero	%	Numero	%		
Ausencia de comportamiento compulsivo	15	17	17	19	32	36
Patrones alimentarios anormales	18	20	8	9	26	30
Posible bulimia subclínica	12	14	4	5	16	18
Patrones del comportamiento muy alterado	6	7	8	9	14	16
Total	51	58	37	42	88	100

Fuente: Instrumento

La tabla N° 14, representa los resultados del test de Edimburgo, sobre actitudes alimentarias, el cual refleja que en su mayoría los estudiantes tienen ausencia de comportamiento compulsivo con un 36%, seguido del 30% que presentó patrones alimentarios anormales, el 18% presentó posible bulimia subclínica y solamente un 16% presentó un patrón del comportamiento alimentario muy alterado.

Mediante el test de Edimburgo se logro evaluar parte de actitudes alimentaria, teniendo como propósito principal determinar patrones anormales de alimentación en la población en estudio. En nuestro análisis se puede apreciar que solamente el 36% de los participantes presenta ausencia de comportamiento compulsivo, el resto de los participantes entran en otras categorías de riesgo, siendo importante resaltar que el 16% de los participantes, según los resultados del puntaje de interpretación de test presentaron un patrón del comportamiento muy alterado, que significa que este grupo es más vulnerable y con tendencia a desarrollar conductas de riesgo.

Conclusiones

Sociodemográfico:

La mayoría de los estudiantes del octavo grado pertenecen al sexo femenino representado por el 58 %. El grupo etario que más prevaleció fue de 14 años o menos.

La religión que más prevaleció en los estudiantes es la evangélica a la cual pertenecía el 40%, seguida de la religión católica con el 36%, con menor porcentaje la religión testigos de Jehová (2%) y otras religiones con el 5%.

Factores Personales:

Con respecto al estado nutricional de acuerdo a los resultados del índice de masa corporal el 69% se encuentra normal, un 31% presentaba algún tipo de mal nutrición (16% con bajo peso, un 8% con sobrepeso, un 6% obeso y en desnutrición 1%).

En relación a la influencia psicológica se tomó en cuenta el nivel de autoestima dividiéndola en tres niveles: Siendo la más predominante autoestima baja con un 59% de los participantes, seguido de un 35% que presentó autoestima media y solamente el 6% tenía autoestima elevada.

Relacionando el nivel de autoestima con el consumo de alimentos se evidenció lo siguiente: La mayoría de estudiantes con autoestima baja equivalentes al 20% no tienden a consumir alimentos cuando se sienten tristes o deprimidos, los estudiantes con nivel de autoestima media en su mayoría tienden a consumir la misma cantidad de alimentos que de costumbre representados con un 15%.

Factores Familiares:

En este acápite se incluyó el ambiente familiar desestructurado, altas expectativas familiares, sobreprotección y experiencias vitales estresante (pérdida de un ser querido en los últimos 6 meses, violencia psicológica o física). En los resultados obtenidos el 45% de los participantes manifestó que algunos de los factores antes mencionados, si tenía influencia en su alimentación.

Factores socioculturales:

Se incluyó la influencia de la religión, la publicidad y la influencia social en los patrones de la conducta alimentaria en los estudiantes obteniendo los siguientes resultados: En relación a la religión y su influencia en la alimentación un 14% manifestó que si influye, con relación a la publicidad un 40% indicó que si influye en su alimentación y con respecto a la influencia social un 36% señaló que si influye en sus hábitos alimenticios.

Conductas de riesgo de anorexia y bulimia:

De acuerdo a la interpretación del test de actitudes alimentarias (EAT-26) se determinó que el 45% de los participantes presentan conductas de riesgo. Respecto a los resultados obtenidos en el Test de bulimia de Edimburgo diseñado para identificar individuos con síntomas bulímico se obtuvieron los siguientes resultados en su interpretación, el 30% de los participantes tiene patrones alimentarios anormales, el 18% una posible bulimia subclínica y un 16% presentó un patrón del comportamiento alimentario muy alterado.

Recomendaciones

Las recomendaciones obtenidas del presente estudio están dirigidas a:

A las autoridades de salud MINSA, para continuar brindando seguimiento a los programas de promoción y prevención, para mejorar las conductas alimentarias en los centros de estudios con el fin de contribuir a buenos hábitos alimentarios, que se incluyan alimentos saludables y de calidad dentro de la población estudiantil y con el fin de disminuir el riesgo de los trastornos de conductas alimenticias; todo esto mediante la coordinación con el Ministerio de Educación (MINED).

Impartir charlas a los padres de familia para dar a conocer sobre los trastornos alimentarios y la importancia de prevenirlos con el fin de detectar conductas de riesgo que puedan conllevar al desarrollo anorexia o bulimia en sus hijos.

A los Directivos de la Institución Educativa para que realicen las gestiones pertinentes en coordinación con el Sector Salud o padres de familia de los participantes a fin de efectuar un examen clínico o entrevista de manera privada a los alumnos que fueron evaluados, debido a que se evidencia riesgo de presentar trastornos alimentarios; de esta manera prevenir complicaciones u otras enfermedades.

A los Investigadores de la Facultad de Ciencias Médicas para que continúen con la realización de investigaciones referentes al tema, ya que cuenta con pocos estudios relacionados. Dado a que sea convertido en un problema de salud pública, de origen multicausal y que suele pasar desapercibido.

Capítulo III.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)*. Arlington: Medica Paramericana.
2. Casanueva, et al. (2008). *Nutriología Medica*. 3ª edición. D. F. México. Panamericana Medica
3. Camba, E. G. (2012). *Avances en trastornos de la condutar alimentaria*. Barcelona: MASSON,
4. Ferrel F, Vélez M, Ferrel L. (2014) *Factores psicológicos en adolescentes con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima*. Revista de Enfermería universal. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>
5. Kathleen Mahan. et al. .(2013). *Krause, Dietoterapia*. 13ª Edición. México. Elsevier-Masson: Saunder, Mosby, Harcourt Brace. McGraw-Hill Interamericana,.

6. Moreno, A. C. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: MASSON.
7. Saldarriaga L. (2013). *Distorsión de la imagen corporal en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes*. Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/426/2/SALDARRIAGA_LISET_AUTOPERCEPCI%C3%93N_CORPORAL_TRASTORNO_S_CONTENTIDO.pdf
8. Patiño J. (2016). *Conductas Alimentarias de riesgo relacionado con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la unidad educativa Octavo Cordero Palacios. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]*. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de Enfermería. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27181/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
9. Rutzstein G, Scappatura L, Murawski B. (2014). *Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires*. Revista de Trastornos Alimentarios. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/306/373>

Capítulo IV

ANEXOS

Anexo 1, Graficas

Gráfico 1

Sexo predominante en los estudiantes

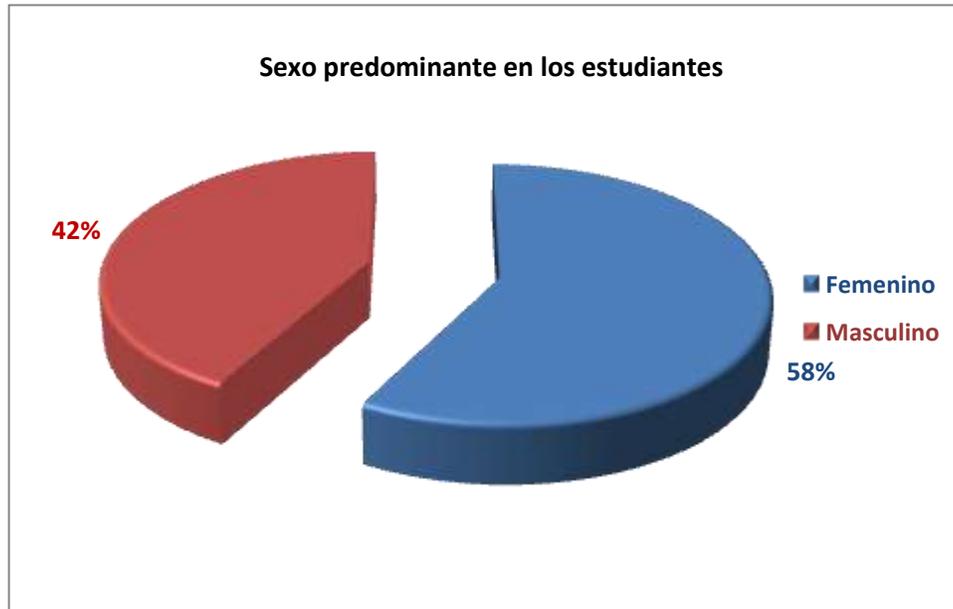


Gráfico 2

Edad predominante en los estudiantes

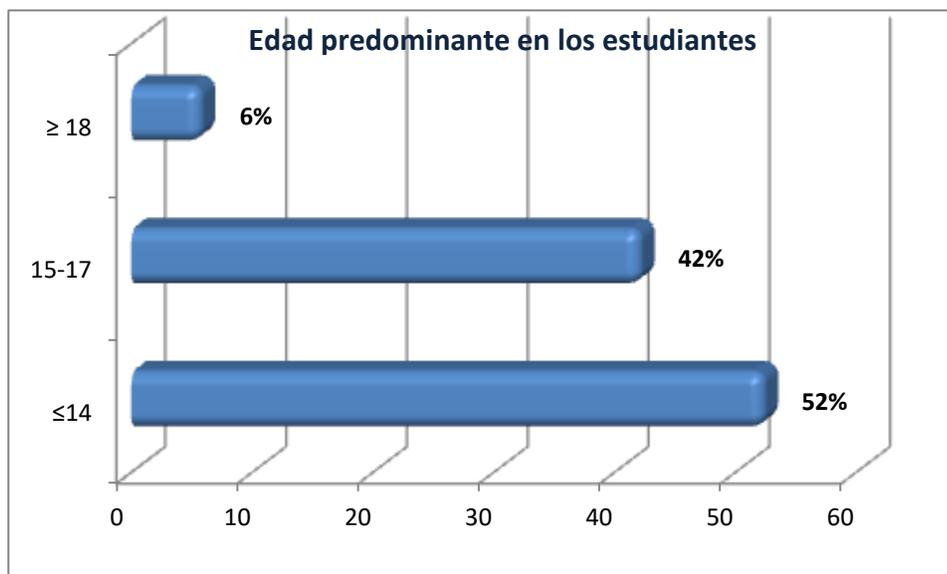
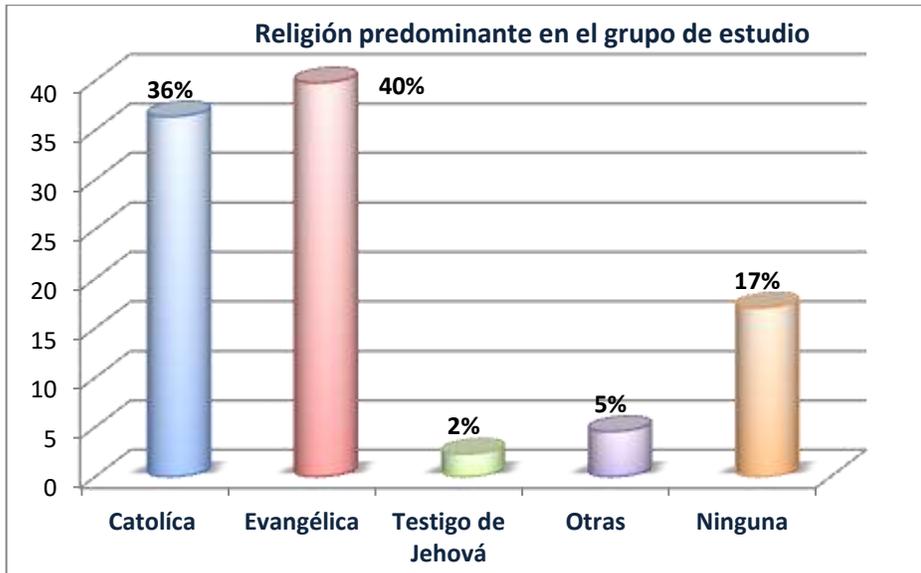


Gráfico 3

Religión predominante en el grupo de estudio



Gráfica 4

Estado nutricional de acuerdo al IMC



Gráfico 5

Nivel de autoestima (Test de autoestima de Rosemberg)

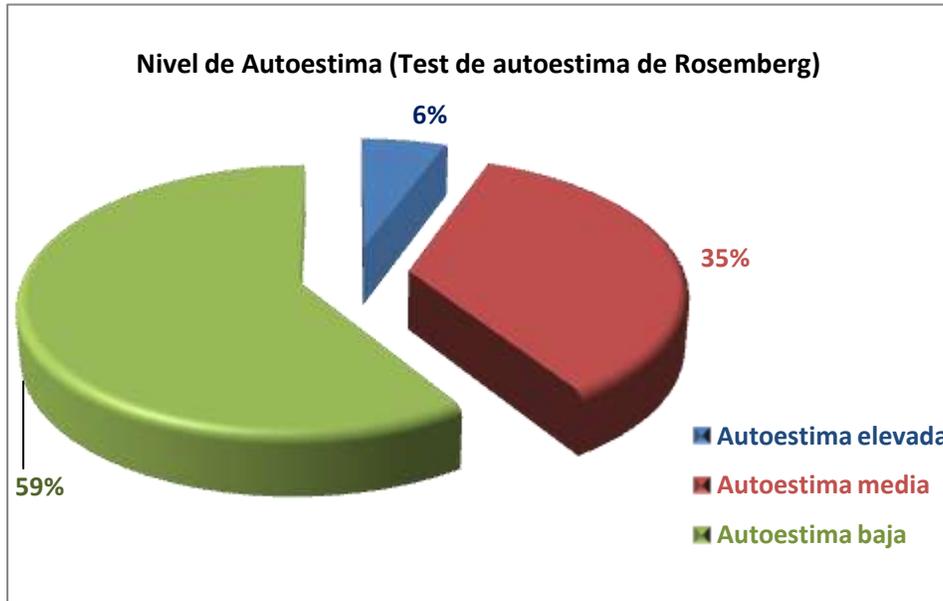


Gráfico 6

Estado de ánimo en relación a la ingesta de alimentos

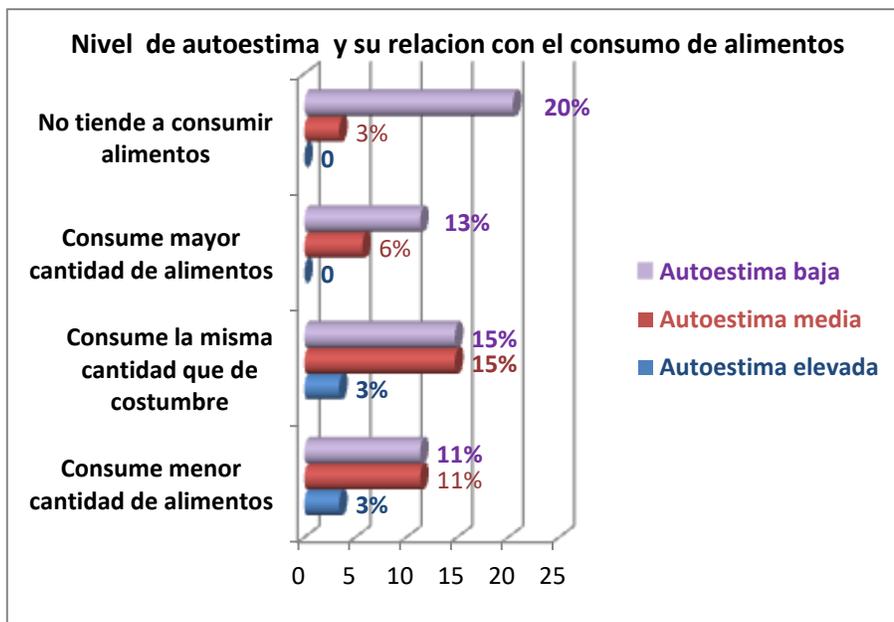


Gráfico 7

Estado de ánimo en relación a conductas de riesgo

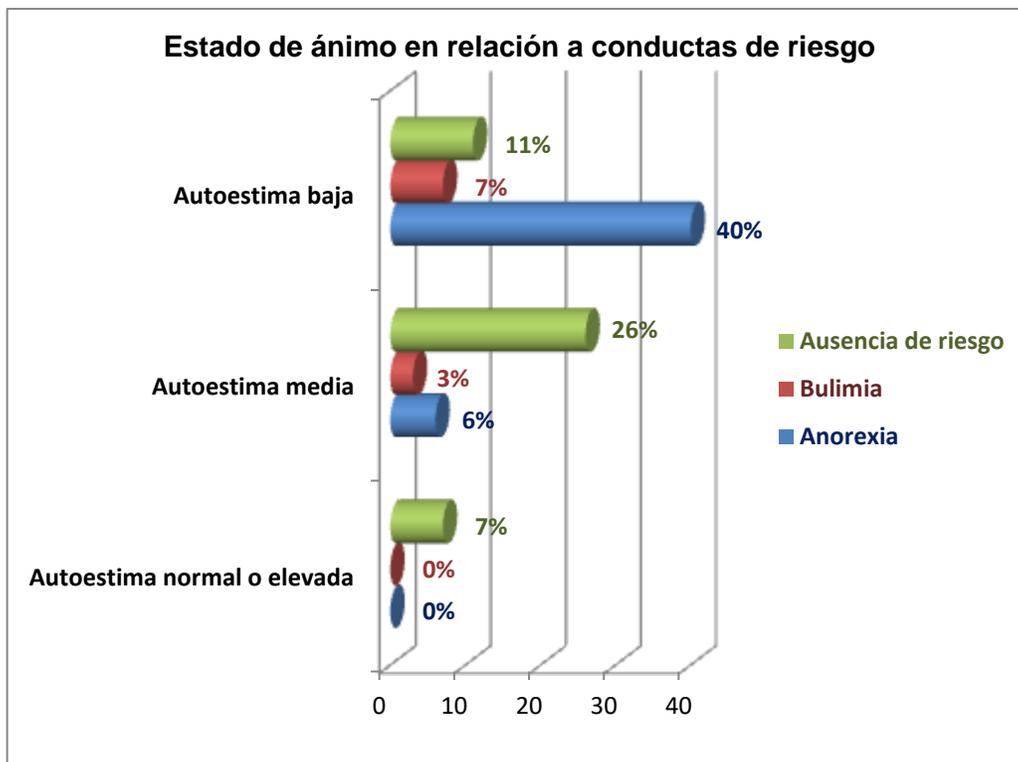
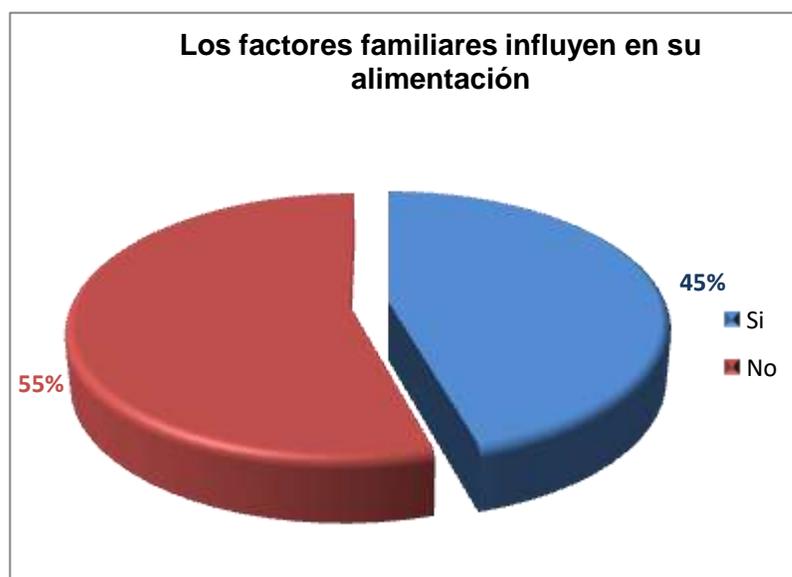


Gráfico 8

Factores familiares e influencia en la alimentación



Gráfica 9

Principales factores familiares que influyen en la alimentación

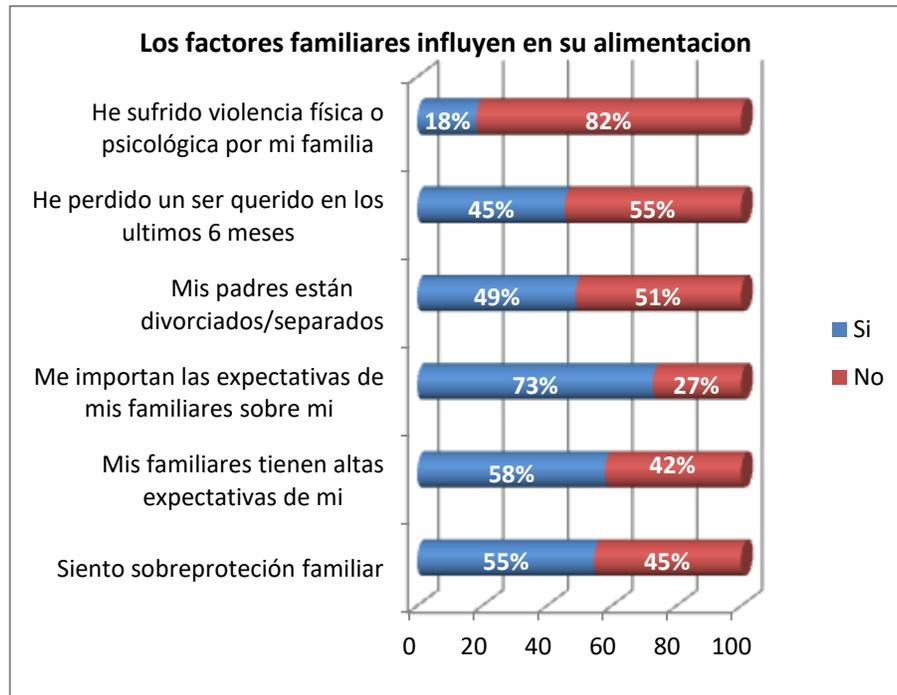
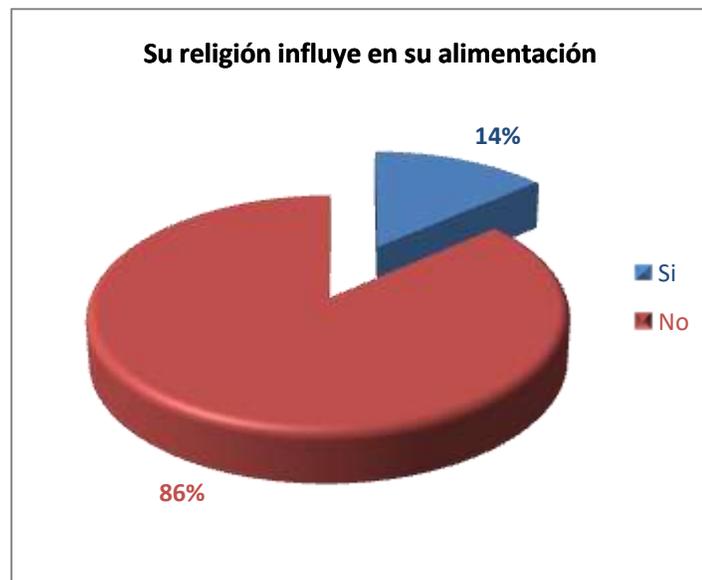


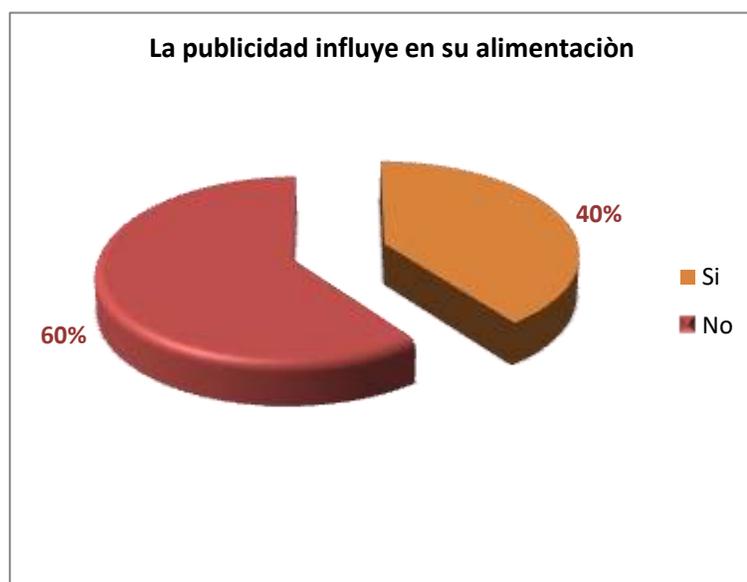
Gráfico 10

Factores socioculturales: Influye su religión en su alimentación



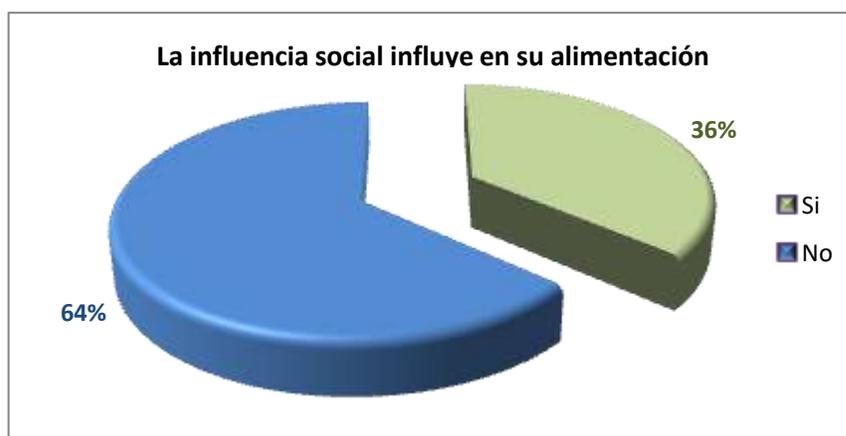
Gráfica 11

Factores socioculturales: La publicidad y su influencia en la alimentación



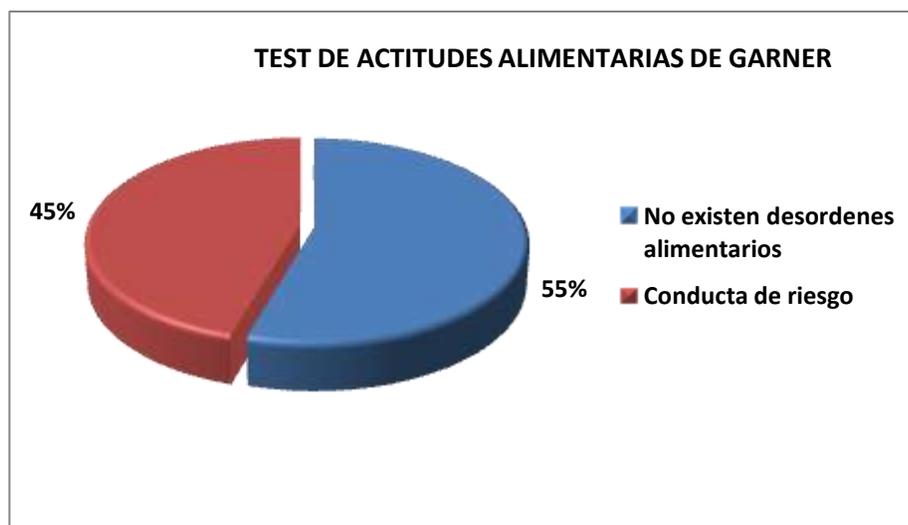
Gráfica 12

Factores socioculturales: La influencia social en relación a su alimentación



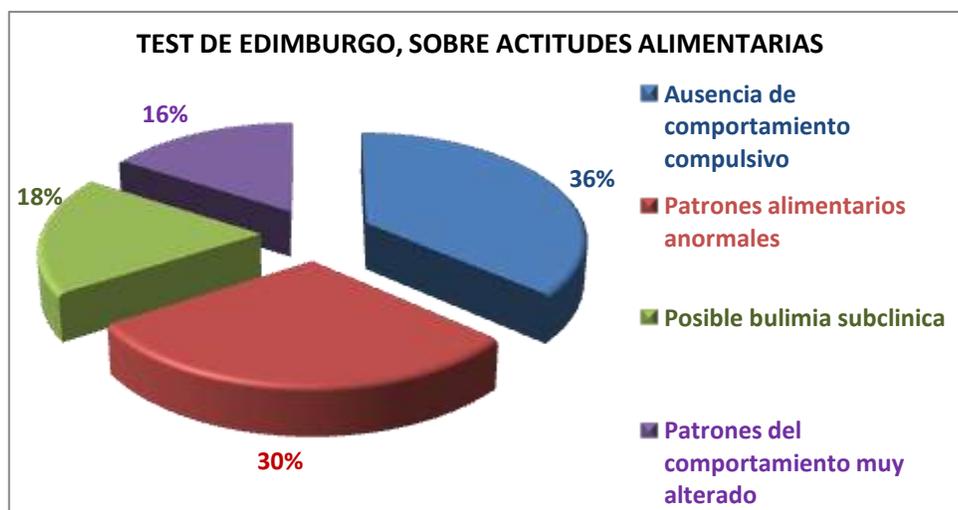
Gráfica 13

Test de actitudes alimentarias de Garner, Garfinkel y Olmstead



Gráfica 14

Test de Edimburgo, sobre actitudes alimentarias



Anexo 2 instrumento

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS DE GARNER, GARFINKEL Y OLMSTEAD

NOMBRE: _____

EDAD: _____. **Sexo:** (F) (M) **AÑO:** _____

. ITEM	Nunca	A veces	Frecuente mente	Siempre
Vomito después de comer				
He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer				
Después de las comidas tengo el impulso de vomitar				
Paso demasiado tiempo pensando en la comida				
Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida				
La comida es para mí una preocupación habitual				
Como alimentos dietéticos				
Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)				
Procuro no comer alimentos que tengan azúcar				
Me gusta tener el estómago vacío				
Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como				
No me siento bien después de haber comido dulces				
Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis				
Me angustia la idea de estar demasiado gorda				
Me obsesiona el deseo de estar más delgada				
Me siento muy culpable después de comer				
Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías				
Estoy haciendo dieta				
Procuro no comer cuando tengo hambre				
Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más				
Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más				
Los demás piensan que estoy demasiado delgada				
Tardo más tiempo que los demás en comer				
Corto mis alimentos en pequeños ~ trozos				
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas				
Me gusta comer con otras personas				

TEST DE EDIMBURGO, SOBRE ACTITUDES ALIMENTARIAS

NOMBRE: _____

Edad: _____ **Sexo** F o M **Año** _____

Marque con una X según corresponda		Si	NO
1.	¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria? Ejemplo comer a la misma hora, sus hábitos alimentarios no tienden a variar, consume los mismos tipos de alimentos		
2.	¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?		
3.	¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?		
4.	¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a dieta?		
5.	¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?		

Si su respuesta es sí, encierre en un círculo, con qué frecuencia

6. a. Días alternos
 b. 2-3 veces por semana
 c. 1 día a la semana
 d. Alguna vez
 e. Una vez
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?
(marcar con una equis (x)).

Utiliza	(x). Nunca	Rara- mente	1 vez/ semana	2-3 veces/ semana	Diaria- mente	2-3 veces/ día	5 veces/ día
Laxantes							
Provocar el vómito							
Total	0	2	3	4	5	6	7

Marque con una X según corresponda		Si	No
8.	¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?		
9.	Cree usted que la comida «domina» su vida?		
10.	¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?		
11.	¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?		

Marque con una X según corresponda		Si	No
12.	¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?		
13.	¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?		
14.	¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?		
15.	¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?		
16.	¿La idea de engordar le aterroriza?		
17.	¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)		
18.	¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?		
19.	¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?		
20.	¿Se refugia en la comida para sentirse bien?		
21.	¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?		
22.	¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?		
23.	¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?		
24.	¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?		
25.	Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?		
26.	¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?		

27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones (comer más de lo que tolera el estómago)? Marcar la letra mayúscula con una equis (x)

- A. Raramente
- B. Una vez al mes
- C. Una vez a la semana
- D. 2-3 veces a la semana
- E. Diariamente
- F. 2-3 veces al día

Marque con una X según corresponda		Si	No
28.	¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atacón»?		
29.	Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?		
30.	¿Come alguna vez en secreto?		
31.	¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?		
32.	¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?		
33.	¿Varía su peso más de 2 lb a la semana?		
	Puntaje	1	2

- ◆ Ausencias de comportamiento compulsivo hacia la comida: Menor a 10 puntos

- ◆ Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa): De 10 – 14 puntos

- ◆ Posible bulimia subclínica: 15- 20 puntos

- ◆ Patrón de comportamiento muy alterado: 20 – 30 puntos

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Nombres: _____

Edad: _____ **Sexo:** (F) (M) **Grado:** _____

MARCAR CON UN EQUIS (X)	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
A veces creo que no soy buena persona				
Total				

Interpretación:

- ◆ Autoestima elevada: 30 a 40 puntos
- ◆ Autoestima media: 26 a 29 puntos
- ◆ Autoestima baja: Menos de 25 puntos

Encierre en círculo:

Cuando esta triste o deprimido:

1. Consume menor cantidad de alimentos
2. Consume la misma cantidad de alimentos que de costumbre
3. Consume mayor cantidad de alimentos
4. No tiende a consumir alimentos

Factores Socioculturales MARCAR CON UN EQUIS (X)	Si	No
¿Considera usted que su religión ha influenciado su alimentación?		
¿Consumes alimentos que salen en propagandas por medios de comunicación? Ejemplo TV, redes sociales (comidas rápidas)		
¿Consumes algún alimento por la razón de ver algún amigo hacerlo?		

Factores Familiares MARCAR CON UN EQUIS (X)	Si	No
¿Considera que vive en un ambiente familiar sobreprotector?		
¿Considera que las expectativas que sus familiares tienen sobre usted son altas?		
¿Teme no cumplir con las expectativas de su familia?		
¿Sus padres son divorciados o separados?		
¿A sufrido pérdida de un ser querido en los últimos 6 meses?		
A sufrido de violencia (física o psicológica) por parte de algún familiar		
Si su respuesta es sí a alguna o varias de las preguntas anteriores, considera que esto a influido en su alimentación		

Universidad autónoma de Nicaragua

Formula de consentimiento informado para los participantes de investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a usted una clara explicación de la naturaleza de lo que se pretende realizar con esta investigación, así como sus roles como participantes.

Dicha investigación es conducida por una estudiante de la Carrera de Medicina que cursa el V año: Carolina Gaitán de la facultad de ciencias Medicas de la UNAN Managua, el objetivo del estudio es analizar lo factores que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes de los Octavos grados A, B, C y D. del turno vespertino del Instituto Público Villa Libertad durante el período de Octubre-Diciembre del 2021.

Si acepta participar en nuestro estudio, se le solicita:

- Se le pedirá que respondan a las preguntas planteadas en el cuestionario al tema de la investigación, las cuales no les quitaran mucho tiempo
- Las preguntas del cuestionario son fáciles de responder, en el caso de que tenga alguna duda puede preguntar a la persona encargada de este estudio, para despejar todas sus inquietudes.
- Se le realizara la toma de sus medidas antropométricas, es decir su pesara y se medirá su estatura.

Beneficios

- ✓ Con la información recolectada, analizara los factores que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria, y su estado nutricional.
- ✓ No se brindara, compensación económica por su participación en el estudio.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su respuesta al cuestionario será anónima una vez transcrita.

DESDE YA SE LES AGRADECE SU PARTICIPACIÓN.

- Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante de VI año de Medicina de la UNAN Managua
- He sido informado (a) acerca del objetivo del estudio.
- Me han informado que responderé a preguntas del cuestionario acerca del estudio y que me tomaran el peso y la talla lo cual me quitara aproximadamente 15 minutos de mi tiempo.
- La información que brinde será confidencial.
- He recibido información que puedo realizar preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que también puedo retirarme si lo deseo sin que afecte a mi persona en ninguna instancia.

He leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

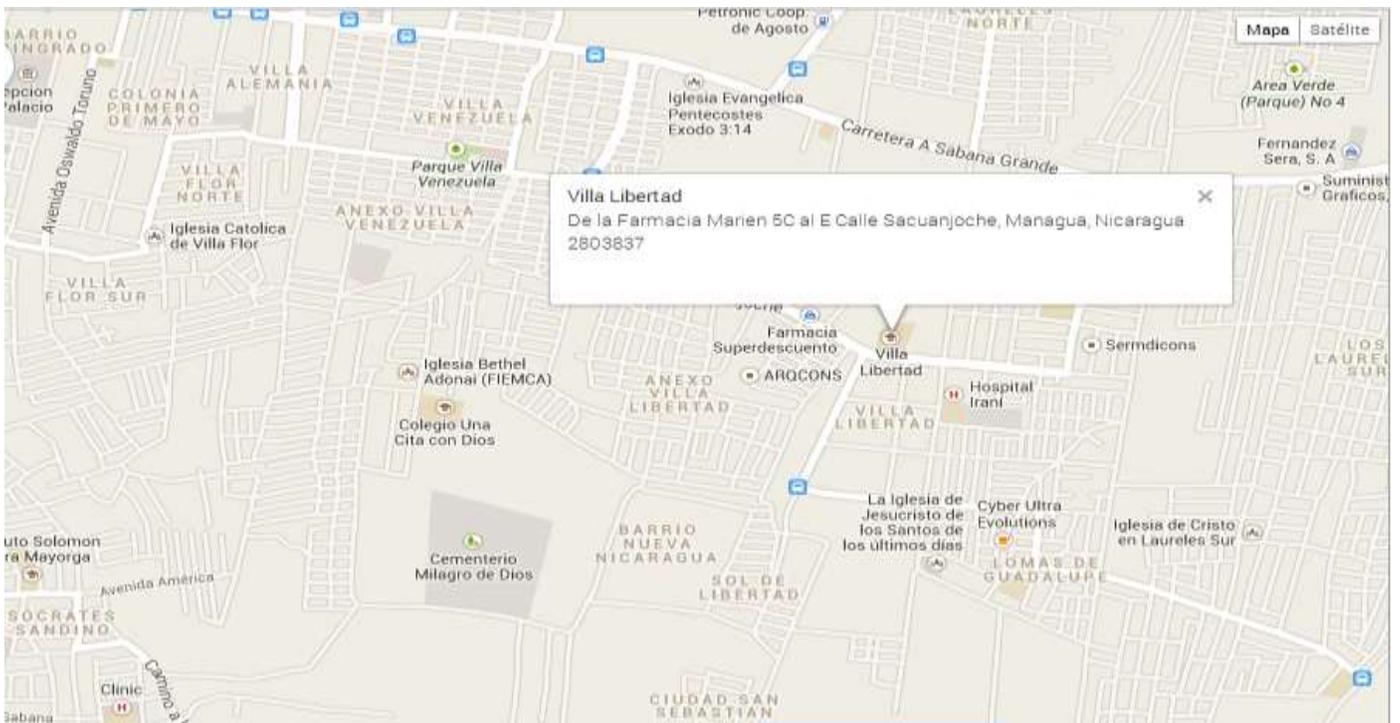
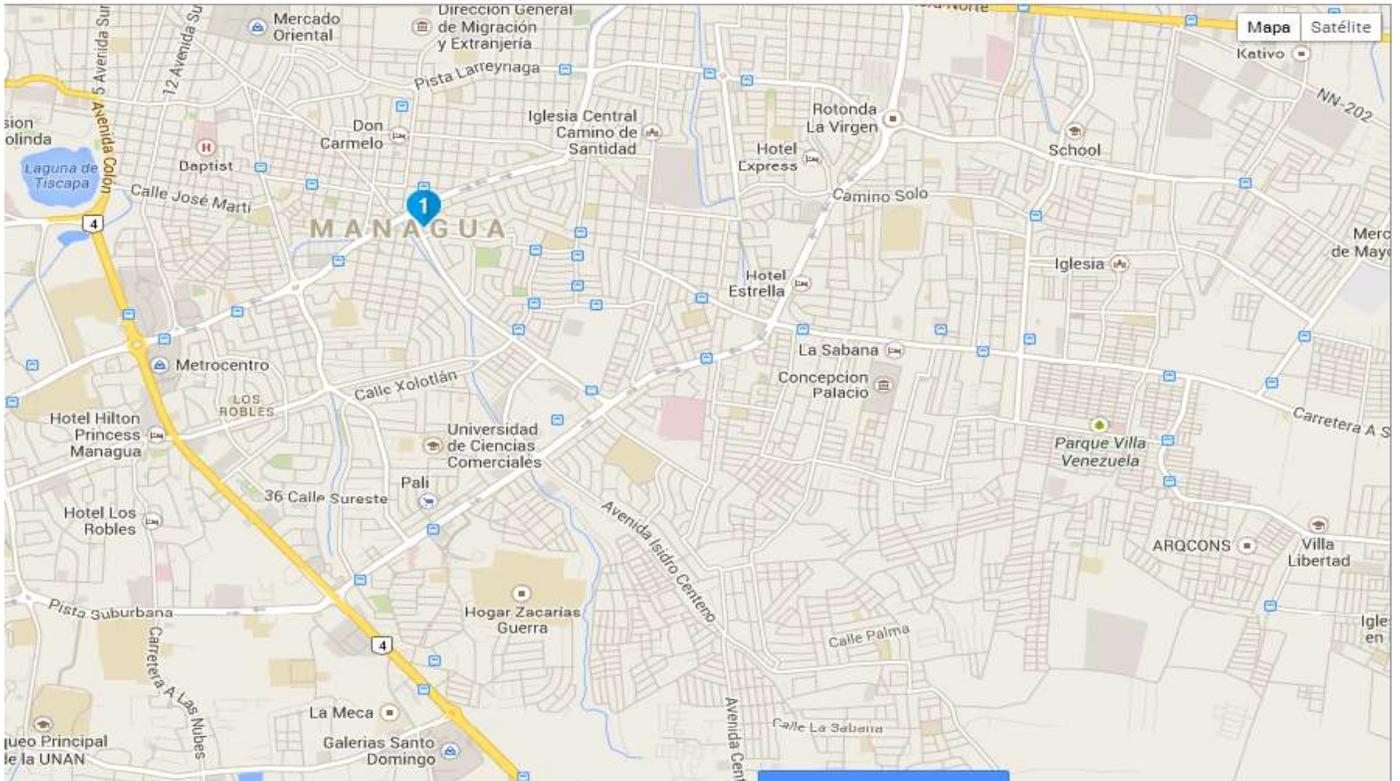
Firma del participante: _____

Nombre del participante: _____

_____/_____/_____

Fecha (día/mes/año)

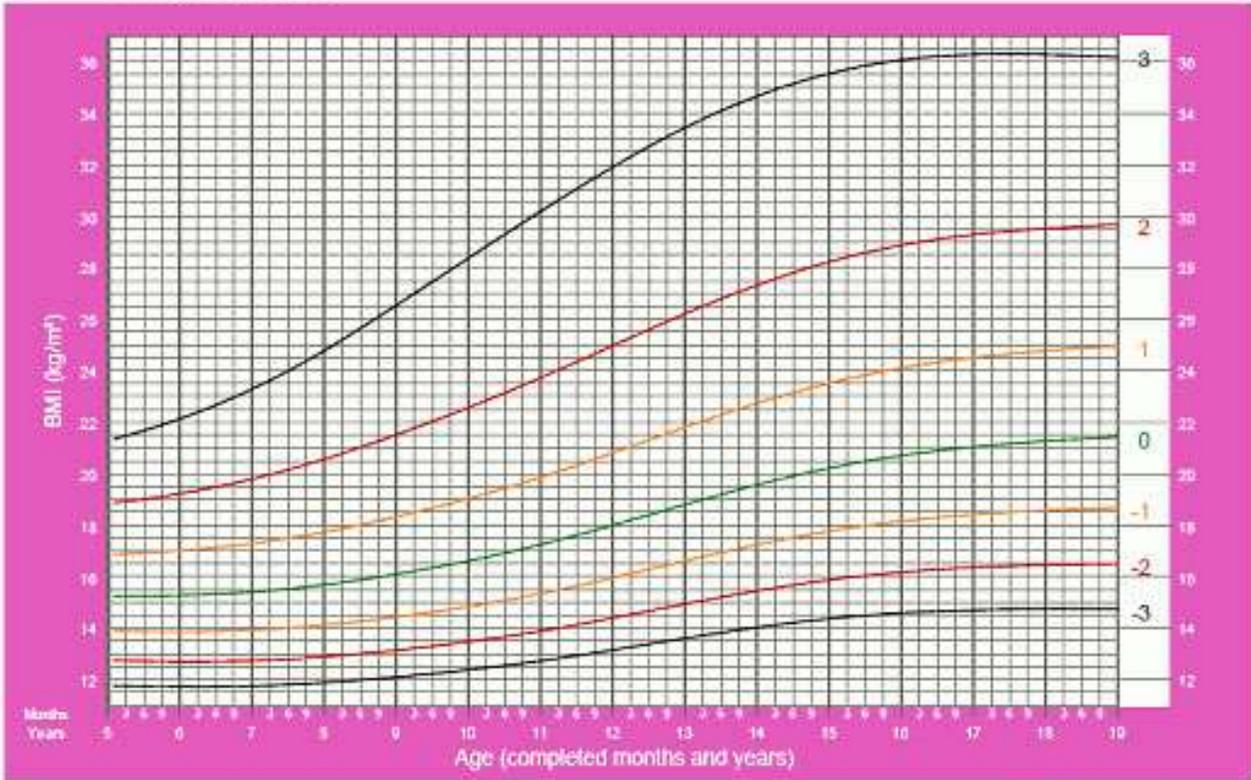
.Anexo 4 Mapa. Ubicación de Villa Libertad.



Anexo 5: Tablas de IMC para niños y niñas de 5 a 19 años

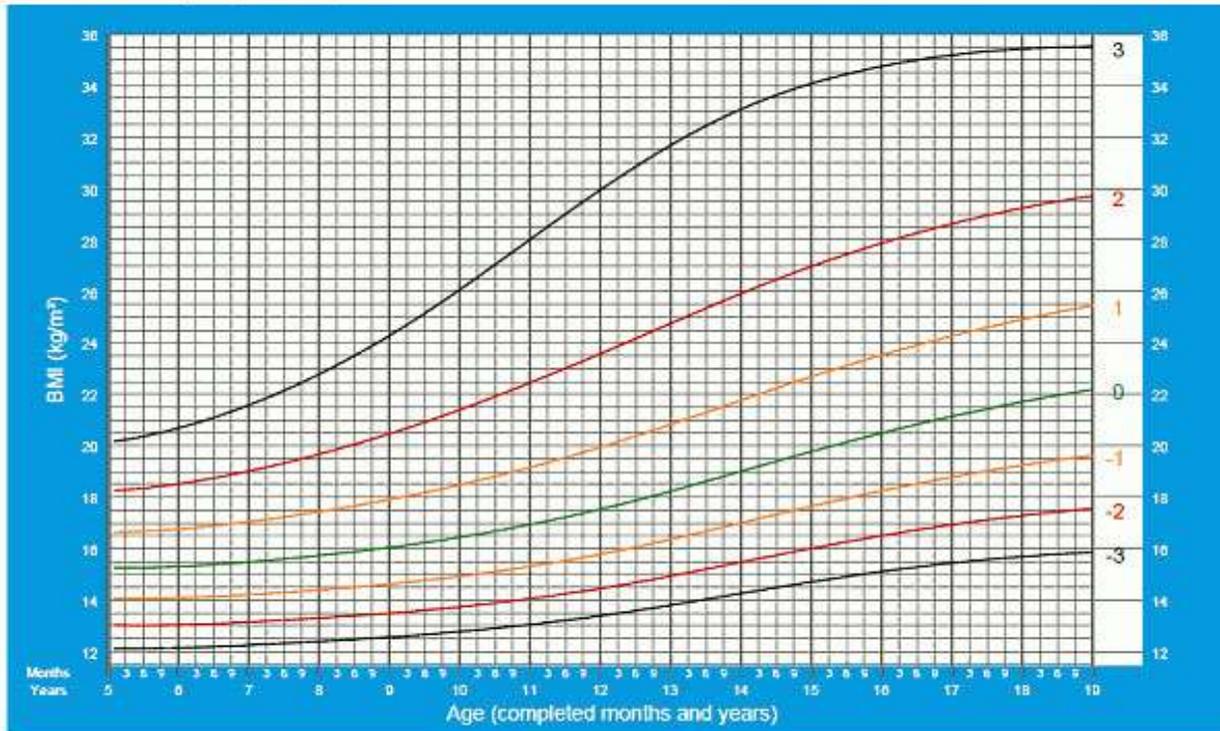
BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Galería de fotos

Anexo 6: Fotografías: Entrega y explicación de la encuesta a los estudiantes





Toma de Medidas Antropometricas



Instituto Público Villa Libertad en Managua

