



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO EN ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO
DE LA U.E. SAN JOSÉ.**

www.bdigital.ula.ve

Tutor.

Dra. Yurimay Quintero

Cotutor.

Lic. Gabriel Castañeda

Autor.

Jeylix Quintero

Enero, 2018

CC-Reconocimiento



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO EN ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO
DE LA U.E. SAN JOSÉ.**

www.bdigital.ula.ve

**Trabajo Especial de Grado presentado a la Universidad de los Andes como requisito
para optar al grado académico de la Licenciatura en Nutrición y Dietética**

Tutor.

Dra. Yurimay Quintero

Cotutor.

Lic. Gabriel Castañeda

Autor.

Jeylix Quintero

Enero, 2018

CC-Reconocimiento

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen María por estar conmigo a cada momento, en cada paso que doy, siendo mi luz y mi guía en el camino.

A mis padres y hermanos quienes día a día me acompañaron para culminar esta carrera, sin ustedes y su apoyo no hubiese sido posible.

A mi esposo e hija, por cada palabra de aliento para seguir adelante.

A la ilustre Universidad de los Andes por ser casa formadora de grandes profesionales.

A mis tutores por su dedicación y paciencia en la realización de este trabajo.

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A mis padres Alix Teresa y Jesús, quienes me dieron la vida, gracias por creer en mí e impulsarme a cada momento, gracias por sus esfuerzos y dedicación, por enseñarme a no perder la perseverancia por lo que queremos, gracias a ustedes hoy culmino esta etapa en mi vida. MI TRIUNFO ES DE USTEDES.

A mi esposo e hija, por su gran amor, paciencia y apoyo para seguir adelante y así culminar esta etapa. MI TRIUNFO TAMBIÉN ES EL DE USTEDES.

A mis hermanos y primos por su apoyo y amor incondicional. ESTE LOGRO TAMBIÉN LES PERTENECE.

A mi abuelita Ramona, a quien dedico este logro con todo el amor, por sus sabios consejos y por ser un ejemplo firme de paciencia.

A todas aquellas personas que de alguna u otra manera formaron parte de este proceso, que en algún momento me brindaron una palabra de aliento y hasta me tendieron la mano para culminar esta etapa.



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE LA U.E. SAN JOSÉ.

Autor.

Jeylix Quintero

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad establecer la relación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, el estado nutricional y el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José, Ejido, Estado Mérida. Siendo una investigación de campo tipo descriptiva, de datos recolectados de forma trasversal, para el cual se contó con una población de 41 estudiantes de dicha Unidad Educativa, quienes participaron de forma voluntaria en la realización de la encuesta, 25 estudiantes del género femenino y 16 del género masculino. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista, a través de un formulario auto administrado, por medio de un instrumento tipo cuestionario, conocido comúnmente como el Eating Attitudes Test - 26 (EAT-26). El estado nutricional determinado en base a parámetros antropométricos, y se aplicó el Método Graffar-Méndez para determinar el nivel socioeconómico. En cuanto a los resultados los estudiantes que presentaron riesgo de padecer TCA con un 9,76%, pertenecientes al género femenino; se concluye que el riesgo de padecer TCA no tiene relación estadísticamente significativa con el estado nutricional, ni con el nivel socioeconómico, y de la misma manera el nivel socioeconómico con el estado de nutrición de los estudiantes, esto según el coeficiente de correlación de Spearman.

Palabras Claves: trastornos de la conducta alimentaria, estado nutricional, nivel socioeconómico.

INDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
INDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
INTRODUCCION	1
CAPITULO I EL PROBLEMA	4
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema	5
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivo Especifico	6
Justificación	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	9
Antecedentes	9

Bases Teóricas	15
Definición de Términos	26
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO	29
Tipo de Estudio	29
Población	29
Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos	30
Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	33
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
CONCLUSIÓN	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	42
REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	46
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N ° 1. Clasificación del índice de Masa Corporal.	31
Tabla N ° 2. Ponderación del estrato social.	32
Tabla N ° 3. Distribución del género y la edad de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.	50
Tabla N ° 4. Relación entre el género y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.	50
Tabla N ° 5. Correlación Rho de Spearman entre el género y el riesgo de trastornos alimentarios.	51
Tabla N ° 6. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.	51
Tabla N ° 7. Correlación Rho de Spearman entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos alimentarios.	52
Tabla N ° 8. Relación entre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.	52
Tabla N ° 9. Correlación Rho de Spearman entre el nivel socioeconómico y el riesgo de trastornos alimentarios.	53
Tabla N ° 10. Relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.	53
Tabla N ° 11. Correlación Rho de Spearman entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional.	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Distribución del género y la edad de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José	34
Gráfico N° 2. Relación entre el género y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José	35
Gráfico N° 3. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José	36
Gráfico N° 4. Relación entre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José	37
Gráfico N° 5. Relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José	38

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son producto de enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. Según López & Treasure (2011), estos trastornos representan la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo poblacional llegando a una incidencia del 5%. Sin embargo, los individuos del género masculino no están exentos de padecer estas enfermedades afectándolos en una proporción de 1:10.

En estudios como el de Golden, Katzman, Kreipe & et al. (2003). Se manifiesta que entre los diagnósticos más comunes de estos trastornos se encuentra los Trastornos Alimentarios no Específicos (TANE), la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) en el mismo orden de incidencia. Por su parte independientemente de su diagnóstico, entes como la OMS han ubicado a los TCA en general, entre las enfermedades mentales de prioridad en los niños y adolescentes debido a los riesgos para la salud que estas representan.

Así mismo Striegel & Bulik (2007), señalan que estos trastornos son provocados por factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente y poseen un desarrollo y mantenimiento similar entre sí, tales como, la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren.

Del mismo modo, autores como, Harris & Barraclough (1998) y Hudson et al. (2007). Afirman que en algunos casos estos tipos de trastornos poseen un curso crónico, lo que conlleva a consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio. Sin embargo, dichos estudios también señalan, que el pronóstico mejora

notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad.

Es por ello, que según Constaín et al. (2014) es de vital importancia el uso de instrumentos ágiles que identifiquen oportunamente a las personas con riesgo de TCA, contribuyendo al diagnóstico precoz y al desarrollo de programas de prevención. El Eating Attitudes Test (EAT) diseñada por Garner y Garfinkel en 1979, ha sido uno de los instrumentos más usados, cuya versión original en su principio constó de 40 ítems y fue reducida posteriormente a 26 ítems (EAT-26), conservando adecuadas propiedades de confiabilidad y validez para la detección de TCA.

Como señala Rodríguez & Cruz (2008), el número de investigaciones centradas en el estudio de la insatisfacción corporal, la percepción del cuerpo y su valoración, el seguimiento de dietas, así como otras conductas consideradas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria con muestras latinoamericanas es bastante escaso y arroja resultados contradictorios. Por lo que aun en la actualidad y con la cantidad de estudios sobre el tema, es difícil estimar la incidencia y prevalencia exacta de estos trastornos en nuestro país, sin embargo no se puede negar, que desde la experiencia clínica, estas cifras van en aumento y que los TCA ya constituyen un tipo de trastornos común a todas las edades y representan una de las formas más frecuentes de expresión de una disfunción emocional y/o relacional.

En este orden de ideas, la presente investigación se basó en determinar el riesgo de TCA en un grupo de estudiantes del quinto año de un liceo público del estado Mérida, mediante el uso del cuestionario EAT-26, para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria, del mismo modo definir su estado nutricional, el nivel socioeconómico de los estudiantes para determinar si existe relación entre dichos parámetros.

La presente investigación se estructuró en cinco capítulos: Capítulo I, se refiere al problema, objetivos y justificación de la investigación. El Capítulo II, lo conforma el marco teórico estructurado por antecedentes, bases teóricas y definición de términos que sustentan la investigación. Mientras que el Capítulo III comprende el marco metodológico indicando tipo de investigación, población y muestra, instrumentos y procedimientos, así como la técnica de análisis de datos. Así mismo, el Capítulo IV presenta los resultados, la interpretación, el análisis y la discusión de los mismos. Por último, se exponen las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En la actualidad el cómo cuidar el aspecto físico, la apariencia para la atracción y la aceptación de las personas, sigue surgiendo como un problema que se genera de manera cotidiana para muchos, donde la alimentación se convierte en un factor determinante de esta preocupación, haciéndose más notorio en la adolescencia, por ser la etapa de cambios tanto físicos como emocionales, en la que prevalece la cultura al cuerpo y la modalidad a las prácticas de hábitos alimentarios inadecuados por la adopción a la estética corporal, aspectos incorporados por la sociedad, donde se difunde cada día especialmente en los jóvenes que el mantener una figura a través de la delgadez es un modelo para conseguir la felicidad y el éxito, lo que ha aumentado el riesgo de estos jóvenes de padecer desórdenes alimentarios y sus consecuentes enfermedades relacionadas con estos trastornos, esto según Perpiña (2005).

En cuanto a la prevalencia de dichos trastornos, son la anorexia y la bulimia los más conocidos, convirtiéndose en la sombra de los jóvenes, que para ser admitidos o por temor al rechazo de un grupo social, creen que debe estar bien físicamente, así mismo, muchas chicas se comparan con otras sintiéndose motivadas por la seguridad que les da la delgadez. Sin embargo, es importante acotar lo que dice Abril (2011), que en la mayoría de las veces esta situación es impulsada por la sensación de la culpa, depresión y ansiedad, que motivan a quienes la padecen a hacer dieta, ejercicios o a tomar medidas extremas para perder peso.

Por lo tanto, se considera que los TCA, son de sumo cuidado en la adolescencia, por experimentarse en esta etapa pensamientos de inseguridad, baja autoestima, necesidad de afecto y aceptación por otros. De igual modo, cabe destacar

que los adolescentes con frecuencia son partícipes de presiones sociales, lo que va alterando su estado de ánimo conllevando a cuadros depresivos, producto de problemas familiares, incongruencia con sus amigos y presión de su entorno, adquiriendo actitudes conflictivas, según Fairbun & Harrison (2003).

A la situación antes descrita se le suman los mensajes ocultos que presentan los medios de comunicación sobre la figura corporal ideal, creando alarma por la cantidad de calorías que consume diariamente y el peso ideal que deben poseer como jóvenes, a fin de ser aceptado, estar a la moda, lucir un buen cuerpo, tener las medidas estándar y alcanzar la imagen deseada, para así triunfar y ser exitoso ante la sociedad.

Los medios de comunicación presentan comerciales con modelos corporales perfectos incorporando a esto el diseño de ropa para jóvenes extremadamente delgadas, transformando de esta forma la alimentación de estos jóvenes como un castigo o tortura dejando a un lado el goce por alimentarse como es debido. Es por ello, que el presente estudio tiene como finalidad determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del quinto año de la U.E. San José, Ejido, Estado Mérida, así como la relación de dichos trastornos con el estado nutricional y el nivel socioeconómico de los mismos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según lo antes expuesto la realización del presente estudio condujo a la formulación de las siguientes interrogantes:

1. ¿Existe riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes del quinto año de la U.E. San José?
2. ¿Cuál es el estado de nutrición de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José?

3. ¿En qué nivel socioeconómico se encuentran los estudiantes del quinto año de la U.E. San José?
4. ¿Existe relación entre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, el estado nutricional y el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José?

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la relación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, el estado nutricional y el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José, Ejido, Estado Mérida.

Objetivo Especifico

- Establecer el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de quinto año de la U.E. San José.
- Determinar el estado nutricional de los estudiantes de quinto año de la U.E. San José.
- Investigar el nivel socioeconómico de los estudiantes de quinto año de la U.E. San José.
- Relacionar el riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria encontrados con el estado de nutrición y el nivel socioeconómico de los estudiantes de quinto año de la U.E. San José.
- Mencionar la relación entre estado de nutrición y el nivel socioeconómico de los estudiantes de quinto año de la U.E. San José.

JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2010), los TCA son una patología que cada día ataca a más jóvenes sin importar el estado socioeconómico del que pertenezca, siendo los TCA en Estados Unidos la tercera condición crónica más común tanto en niños como en adolescentes.

Aunque en Venezuela no hay datos exactos sobre la incidencia y prevalencia de esta enfermedad si se ha observado un incremento en el número de consulta por anorexia y bulimia en forma alarmante, según Prado, Arteaga & López (2009).

La conducta alimentaria presenta una prevalencia importante en la sociedad especialmente en adolescentes a partir de los 15 años de edad, donde estos trastornos impactan de manera integral, no solo en la persona que lo sufre sino en su círculo familiar y su entorno, lo que deteriora la calidad de vida. De allí, que los TCA actualmente son una preocupación de salud pública en muchos países, puesto que los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo comparado con la talla del individuo.

Así mismo, es importante resaltar también el preocupante desconocimiento que tiene la sociedad acerca de las características típicas de estos TCA, considerando que estos trastornos poseen un origen común, como es la obsesión por el control del peso y la imagen corporal, siendo así imprescindible, tener conocimiento de los factores de riesgo de los mismos, realizando una evaluación que facilite la detección precoz y el diagnóstico a fin de que se pueda estar alerta para detectar cualquier indicio de estos trastornos, pudiendo acudir a tiempo al tratamiento necesario evitando lograr la trascendencia y degeneración de la vida de la persona afectada por sus síntomas.

Considerando este hecho y existiendo la necesidad de estudios que expongan la realidad de este fenómeno, el abordaje investigativo de este tema cobra significado en cuanto a sus aportes y beneficios de los cuales podría mencionarse: En primer lugar, el aporte al conocimiento científico y epidemiológico del tema en estudio, dado que se determinó el riesgo de TCA en la población adolescente de una

institución educativa en nuestro Estado, lo que evidencia la incidencia de esta enfermedad entre nuestros jóvenes, lo que contribuye a su vez a determinar la prevalencia de estos trastornos en nuestra sociedad, así como sincerar el aumento en la duración y cronicidad de estos cuadros.

Por su parte, tal y como se expuso anteriormente el uso de instrumentos adecuados que identifiquen las personas con riesgo de padecer TCA, y que contribuya al diagnóstico precoz y al desarrollo de programas de prevención. Es por ello que en la realización de la presente investigación se planteó el uso del EAT-26, el cual, según Constaín (2014), se ha demostrado en diversos estudios ser un instrumento apropiado para la determinación de posibles casos de TCA en población de riesgo, siendo útil en atención primaria para su detección temprana en jóvenes.

De este modo con la realización de la presente investigación se pretende sentar la base de futuras investigaciones que vayan dirigidas a el abordaje de estos fenómenos de forma específica, pudiéndose de esta manera optimizar las acciones, las actividades y/o los programas que se deseen aplicar para la solución de esta problemática cada vez más presente en la sociedad, partiendo desde la premisa de que la atención precoz de este tipo de trastorno constituye a la disminución de un problema de salud física, psicológica y social, con miras a la protección del aparato productivo de un país, como son los jóvenes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

García & Gonzales (2014). En su tesis de grado titulada trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados, en estudio de campo y de diseño no experimental, para establecer la incidencia de estos trastornos utilizando la lista de chequeo A.B.A de Quintero y colaboradores. Estas listas fueron aplicadas a 326 estudiantes de cuarto y quinto año de bachillerato de cuatro instituciones educativas de la ciudad de Maracaibo y una de Isla de Toas del Municipio Almirante Padilla, Edo. Zulia. La prevalencia encontrada fue 12.82% para bulimia nerviosa, siendo el 6.62% del sexo femenino y el 6.2% del sexo masculino; así mismo se encontró que la prevalencia de anorexia nerviosa fue de 6.9% del cual el 5.52% son mujeres y el 1.38% son hombres, de igual forma el índice de sujetos que no cumplen con todos los criterios de diagnósticos establecidos en el manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (APA, 2002), es de 75,08%, siendo el 39.22% mujeres y 35.86% hombres.

Pérez (2014). En su investigación titulada, relación entre el estado nutricional, la autoestima y las conductas alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17 años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenang, Guatemala. Cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional y su relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15 - 17 años que asisten en cuatro centros educativos públicos y privados del municipio de Quetzaltenang. Para alcanzar los objetivos de la investigación y hacer las respectivas correlaciones entre las

variables, se clasificó a los estudiantes por edades de 15 a 17 años y, se utilizaron los siguientes instrumentos: Boleta de datos generales y evaluación antropométrica, hoja de modelos anatómicos, test de autoestima y cuestionario de conductas alimentarias. Por medio de las correlaciones se determinó que el estado nutricional no tiene relación alguna entre la autoestima y conductas alimentarias, más sin embargo la autoestima alta tiene relación inversa entre las conductas alimentarias, interpretándose que mientras más alta sea la autoestima hay menos riesgo de algún TCA.

Rodríguez, F., Palma, X., Romo, A., Escobar, D., Aragú, B., Espinoza, L., McMillan, N. & Gálvez, J. (2013). En su estudio Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile, cuyo objetivo fue determinar los factores que intervienen en la elección de los alimentos y la frecuencia de actividad física en estudiantes universitarios. Como métodos se evaluó 799 voluntarios de cuatro universidades de la quinta región de Chile. Se aplicó un instrumento para determinar el nivel de actividad física y de hábitos alimentarios, el test kidmed para determinar la adherencia a la dieta mediterránea y un instrumento Adimark para determinar el nivel socioeconómico de los sujetos. Finalmente se realizó una evaluación antropométrica para determinar IMC, masa grasa y masa muscular. Con los resultados se demostró que la inactividad física es mayor en mujeres que en hombres y plantean que la principal razón para no hacer ejercicio es la falta de tiempo y la pereza. En ambos sexos no leen las etiquetas nutricionales y tienen una media adherencia a la dieta mediterránea. Concluyendo que existen bajos conocimientos de nutrición que provocan una mala calidad en la alimentación de los sujetos y no existe motivación para realizar mayor actividad física. El nivel socioeconómico no tiene relación con los hábitos alimentarios ni con la actividad física, por lo que es necesario integrar programas regulares y permanentes de vida sana en todas las universidades.

Sánchez, B. (2013), en su estudio titulado, Trastornos de la conducta alimentaria, en las alumnas de 18 a 22 años de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013; en la cual se determinó si las alumnas de la carrera de psicología presentan síntomas y conductas de trastornos alimentarios. La muestra estuvo determinada por un total de 40 alumnas de 18 a 22 años de la carrera de psicología del turno noche del 2013. El diseño metodológico investigativo es de tipo descriptivo- trasversal. De las cuarenta alumnas de la carrera de psicología de la UTIC del año 2013, en su mayoría poseían puntuaciones que revelan un nivel bajo de trastornos alimenticios que son representadas por 28 alumnas (70 %), mientras que solo 12 alumnas (30 %) se ubican en un nivel medio indicada por sus puntuaciones de la conducta de trastornos alimenticios.

Mejía, J. (2012). En su proyecto trastornos y desordenes de alimentación en la juventud valdupareense, se determinó la prevalencia de una alteración o una distorsión de la autoimagen corporal y un gran temor a subir de peso. Se tomó como muestra los jóvenes de los grados 10 y 11 del colegio Alfonso López Pumarejo y gimnasio del norte respectivamente, teniendo como objetivo general, determinar la prevalencia actual de los trastornos alimenticios como anorexia y bulimia en los jóvenes de la ciudad de Valledupar. Colombia. Se toman como punto de partida para este análisis, dos colegios de estratos diferentes, uno del sector público y otro del sector privado, con el fin de tener una muestra de la problemática en ambos sectores. Finalmente, se afirman las consecuencias a las que se expone la juventud con estas patologías, la antigüedad de estudio de las mismas, y las características que tipifican a estas enfermedades.

Galindo, S. (2012), en su investigación factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo, Lima, Perú. Cuyo objetivo fue: Determinar y relacionar los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en el riesgo de Anorexia Nerviosa en

adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo. Estudio descriptivo de corte transversal, correlacional y comparativo en una población muestral de 296 adolescentes estudiantes del Colegio Julio C. Tello y la I.E María de los Ángeles, se utilizó un cuestionario constituido por 5 preguntas cerradas de selección múltiple, 5 dicotómicas y una escala de Likert. La confiabilidad del instrumento se logró mediante una muestra Piloto seleccionando a la unidad de análisis con características similares a la muestra del estudio. Los resultados fueron evaluados por el Coeficiente de Correlación Kuder-Richardson obteniéndose 0.82 que indica significancia estadística $P < 0.05$. Los resultados encontrados en la prueba resaltan que la edad, el sexo, un nivel de conocimiento bajo, la alta influencia de la televisión, la autoestima baja y una percepción de la imagen corporal alterada son aspectos que influyen en la aparición de trastornos de conducta alimentaria.

Así mismo, Zamora (2010) en una investigación llevada a cabo en Uruguay titulada Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria, el cual tuvo por objetivo buscar antecedentes personales y familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra estar alerta y realizar tareas de prevención para evitar el desarrollo de dichas enfermedades. Se analizaron 39 pacientes con trastornos alimentarios que consultaron en un centro especializado de atención de adolescentes entre el 26 de octubre de 2002 y el 23 de septiembre de 2007. Se compararon con un grupo control de 39 pacientes que también consultaron en la institución con otros diagnósticos psiquiátricos. Los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente con la prueba del Chi cuadrado. Se concluyó que la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón-purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad. Dichas pacientes presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y

anomalías ponderales, tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia, que el grupo control. Las madres y padres presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que los del grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas. Las madres presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que las del grupo control, las diferencias no fueron significativas.

Ramón, F. (2010), en su estudio sobre Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. España, donde los estudios epidemiológicos previos muestran que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública de primer orden. Se estudió una muestra constituida por 556 estudiantes de edad entre los 12 y 20 años, de tres colegios públicos de Ceuta durante el curso 2003 – 2004. Se aplicó una ponderación en la selección aleatoria de alumnos para que el 30% fueran musulmanes de acuerdo con los datos poblacionales de Ceuta. Como resultados se obtuvo la perturbación de la conducta alimentaria, la cual se detectó en el 24% de los adolescentes estudiados, con mayor frecuencia entre los musulmanes (35%) que entre los cristianos (19%), diferencia significativa que resultó en una OR de 2.3 (IC 95%, 1.5 – 3.6; $P < 0.001$), ajustada por otras variables sociodemográficas (edad, sexo, interacción edad x sexo, y nivel socioeconómico). la situación de insatisfacción corporal se daba en el 15% de los participantes, también con mayor frecuencia entre los musulmanes (20%) que entre cristianos (12%) y con una OR ajustada de 1.8 (IC 95% , 1.05 – 3.2; $P = 0.029$). El principal factor predictor de la presencia de perturbación de la conducta alimentaria fue la insatisfacción corporal, en ambos grupos de afiliación religiosa (cristianos y musulmanes); y esto fue tanto en las chicas como en chicos. La edad fue un factor inversamente asociado a perturbación de la conducta alimentaria, que en la regresión logística se hizo patente en el grupo de edad superior a 15 años. La baja autoestima fue un factor de perturbación de la conducta alimentaria para los adolescentes musulmanes, tanto en las chicas como en chicos, y de modo

particularmente intenso en estos. En los chicos, tanto cristianos como musulmanes, pero no en las chicas, la puntuación EDI mostró asociación directa con la dureza de carácter (o psicoticismo del EPQ), y asociación inversa con la sinceridad (o distanciamiento de la deseabilidad social). Los principales factores de insatisfacción corporal fueron el sexo femenino y el neuroticismo, en ambos grupos de afiliación religiosa; la asociación con neuroticismo se observó tanto en las chicas como en los chicos. En cuanto a circunstancias o estilos de vida, solo entre participantes de afiliación cristiana, el fracaso académico se mostró independientemente asociado a perturbación de la conducta alimentaria y a insatisfacción corporal; y solo entre participantes de afiliación musulmana, la práctica frecuente de deporte a perturbación de la conducta alimentaria.

Prado, Arteaga, & López (2009). En su estudio Trastornos de la Alimentación y su Relación con la Imagen Corporal Autopercebida por Adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida. Venezuela. El cual tuvo como objetivo determinar la frecuencia y relación que existe entre las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal auto percibida en una muestra de adolescentes de Educación Básica y Diversificada del Municipio Libertador, Estado Mérida en Venezuela. Métodos: Se estudiaron 421 adolescentes (238 varones y 183 hembras), seleccionados de forma intencional por conglomerados. La imagen corporal normal y delgada fueron percibidas entre los adolescentes con una frecuencia más alta en los varones, 32,5% y 19,5% respectivamente, y el sobrepeso se percibió con un porcentaje más alto en las hembras 7,4%. Hay una asociación estadísticamente significativa entre el género y el tipo de percepción de la imagen corporal. (Pearson Chi-square 9,586 $F=2$ $p \leq 0,008$). Se encontró diferencias significativas relacionadas con la conducta alimentaria y la imagen corporal percibida. Las diferencias entre el sexo y las conductas alimentarias asociadas con los trastornos de la alimentación fueron estadísticamente significativas (Pearson Chi-Square 12,622 $F=5$ $p \leq 0,027$). Dicho autor concluyó que los hallazgos permitieron confirmar que las chicas presentaron mayor riesgo a involucrarse en conductas alimentarias perjudiciales asociadas con los trastornos de la alimentación.

Correa, M., Zubarew, T., Silva, P. & Romero, M. (2006). En su estudio Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana, que tuvo por objetivo, Cuantificar la prevalencia de riesgo de TCA en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico. Se aplicó el instrumento EDI2 a un total de 1610 escolares, entre 11 y 19 años. Se analizaron 1050 encuestas. El 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para TCA. Las tres primeras escalas, (DT) Obsesión por la Delgadez (14,6 vs 6,3), (B) Bulimia (6,1 vs 1,8) y (BD) Insatisfacción Imagen Corporal (17,2 vs 7,7) discriminan el grupo de riesgo de desarrollar TCA. Se concluye que el riesgo de prevalencia de TCA en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años en la región metropolitana fue del 8,3%; hubo una mayor prevalencia de riesgo de TCA en colegios de nivel socioeconómico bajo (11,3%), ($p < 0,02$); Existe una tendencia preocupante, donde el grupo etario de mayor riesgo es el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo; las tres primeras escalas del EDI2, DT, B y BD discriminan el grupo de riesgo a desarrollar trastornos de conducta alimentaria; creemos que la utilización del test screening es de gran utilidad en la detección de grupos de riesgo y deben ser aplicados por profesionales experimentados y a poblaciones específicas en estudio.

BASES TEÓRICAS

Psicología y Desórdenes Alimentarios

Según la Asociación Filosófica Americana (2016), menciona que son determinados los factores psicológicos que predisponen a las personas a desarrollar trastornos en la alimentación. Las familias o relaciones disfuncionales son un factor importante. Los rasgos de personalidad pueden también contribuir a estos trastornos. La mayoría de las personas con trastornos de la alimentación tiene baja autoestima, se sienten indefensas y con una insatisfacción profunda por su apariencia.

Hay características específicas vinculadas con cada uno de los trastornos. Por ejemplo, las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas, mientras que las personas con bulimia son a menudo impulsivas. Los factores físicos como la genética también desempeñan un papel importante en poner en peligro a las personas.

Un amplio espectro de situaciones puede precipitar los trastornos de la alimentación en personas susceptibles. Los familiares o amigos pueden burlarse repetidamente de ellas respecto a sus cuerpos. Pueden participar en gimnasia u otros deportes que ponen énfasis en el peso bajo o una determinada imagen corporal. Las emociones negativas o los traumas como violación, abuso o la muerte de un ser querido también pueden desencadenar trastornos. Incluso un acontecimiento feliz, como dar a luz, puede provocar trastornos debido al impacto estresante del hecho que implica un nuevo papel en la persona y su imagen corporal.

www.bdigital.ula.ve

Una vez que las personas comienzan a tener conductas de alimentación anormales, el problema puede perpetuarse. Comer compulsivamente puede establecer un círculo vicioso activo. Algunas personas se purgan para eliminar el exceso de calorías y dolor psíquico, luego comen compulsivamente otra vez para escapar de los problemas cotidianos.

Prevalencia de los desórdenes alimentarios

La anorexia nerviosa y la bulimia son enfermedades devastadoras que han cobrado gran dimensión mundial entre niños y jóvenes de todas las clases sociales. Estos trastornos son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se distinguen por alteración persistente de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso que causan complicaciones importantes en la salud. Según la Fundación para el

Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia (2015), los casos se han quintuplicado en la década pasada y cada año aparecen 20 mil casos nuevos de anorexia.

Es muy importante identificar a tiempo a la población en riesgo de padecer algún trastorno alimentario, ya que conlleva complicaciones cardiovasculares, renales, digestivas, óseas, hematológicas y endocrinológicas.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Son enfermedades mentales serias, con una morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica que puede poner en riesgo la vida en forma muy significativa, independientemente del peso del individuo, según Neandi & Bilanc (2016). La Anorexia Nervosa (AN) en particular, tiene el rango de mortalidad más alto de cualquier trastorno psiquiátrico.

www.bdigital.ula.ve

El riesgo de muerte prematura es de 6 a 12 veces mayor en mujeres con AN comparadas a la población general, ajustado a la edad. El reconocimiento temprano y la intervención oportuna, basados en un abordaje de equipo multidisciplinario (médico, psicológico y nutricional), apoyado en evidencia científica y apropiado a la etapa del desarrollo, es el ideal de cuidado médico, siempre que sea posible. Los miembros del equipo multidisciplinario pueden variar y dependerá de las necesidades del paciente y de la disponibilidad de los miembros del equipo en la comunidad del paciente. En las comunidades donde falten los recursos, se alienta a los clínicos, terapeutas y nutricionistas a consultar a expertos en Trastornos de la Conducta Alimentaria en sus respectivas áreas de práctica, esto según Camba, E. (2001).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) incluyen:

1. Anorexia nervosa o nerviosa (AN), subtipos restrictivo y atracón/purgación.
2. Bulimia nervosa o nerviosa (BN), tipos purgativo y no purgativo
3. Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), incluyendo Trastorno por Atracón (TPA).

Los TCA son enfermedades graves, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida. Además de las niñas y mujeres, los TCA pueden afectar niños y hombres; adolescentes y adultos; gente de cualquier estrato socioeconómico y de cualquier raza; y gente con una gran variedad de cuerpos, pesos y tallas. El peso no es el único indicador clínico de un TCA. La gente con peso normal también puede tener un TCA, así lo describe Camba, E. (2001).

Es importante recordar que los TCA no solamente afectan mujeres en bajo peso. Cualquier situación de pérdida de peso abrupta en individuos sanos debe ser investigada para descartar la posibilidad de un TCA, incluyendo los pacientes post cirugía bariátrica. Además, la ganancia rápida de peso o fluctuaciones en el peso, pueden ser un marcador potencial de los TCA.

Los individuos que se encuentran por encima de su rango natural de peso, pueden no estar recibiendo una nutrición correcta, y los pacientes dentro de su rango natural de peso pueden estar asociados a prácticas poco saludables, para el control del peso.

En los niños y adolescentes, debe investigarse la posibilidad de un TCA, ante la falta de ganancia del peso o estatura esperada, y/o el retraso/interrupción del

desarrollo puberal. Las consecuencias médicas de los TCA pueden pasar desapercibidas, aún por los clínicos más experimentados. Los TCA, pueden ser asociados con serias complicaciones médicas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria pueden ser asociados con un compromiso significativo de cada sistema orgánico del cuerpo, incluyendo el cardiovascular, gastrointestinal, endocrinológico, dermatológico, hematológico, esquelético y el sistema nervioso central.

Signos y Síntomas

Según Raich & Torras (2000), los individuos con TCA, se pueden presentar en una gran variedad de formas clínicas. Además de los signos cognitivos y conductuales que caracterizan a los TCA, la siguiente lista son posibles signos y síntomas, que pueden ocurrir en pacientes con un TCA como consecuencia de deficiencias nutricionales, atracones, y conductas compensatorias inapropiadas como las purgaciones. Sin embargo, un trastorno de la conducta alimentaria puede existir sin ninguna queja, signo o síntoma físico evidente.

General

Marcada pérdida de peso, ganancia o fluctuaciones; pérdida de peso, mantenimiento del peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo; intolerancia al frío; debilidad; fatiga o letargia; mareo; síncope; bochornos, episodios de sudoración.

Oral y Dental

Trauma oral o laceraciones; erosiones dentales y caries dentales; perimolisis; agrandamiento de las parótidas.

Cardiorrespiratorio

Dolor precordial; palpitations cardíacas; arritmias; falta de aliento; edema.

Gastrointestinal

Molestia epigástrica; saciedad inmediata, vaciamiento gástrico retardado; reflujo gastroesofágico; hematemesis; hemorroides y prolapso rectal; constipación.

Endocrino

Amenorrea o irregularidades menstruales; pérdida de libido; densidad mineral ósea baja con riesgo incrementado de fractura de huesos y osteoporosis; infertilidad.

Neuropsiquiátrico

Convulsiones; pérdida de memoria / pobre concentración; insomnio; depresión/ansiedad/conductas obsesivas; autoagresión; intento suicida/ideación suicida.

Dermatológico

Lanugo; pérdida de cabello; descoloración amarillenta de la piel; callos o cicatrices en el dorso de la mano (signo de Russell); pobre cicatrización.

Anorexia nerviosa

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (2010) define a la anorexia nerviosa como un trastorno que se distingue por la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo, distinta a la anorexia nerviosa atípica, concepto que se usa cuando faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso.

En la anorexia nerviosa existe un afán por bajar de peso. Los enfermos tienden a observar su pérdida como logro, más que como aflicción, por lo que su

motivación al cambio es limitada. Generalmente tienen muy poca conciencia, y en muchos casos la familia tampoco reconoce los síntomas. La pérdida de peso resulta de una fuerte restricción de la ingestión de alimentos. Otras conductas son el ejercicio excesivo, el vómito inducido y el abuso de laxantes y diuréticos. Así lo muestra Blanz, B., Detrer, U. & Rose, F. (2000).

Para diagnosticar anorexia nerviosa deben existir los siguientes criterios, según la Asociación Americana de Psiquiatría:

- Negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado para la edad y talla. Intenso temor a subir de peso o engordar, a pesar de estar por debajo del esperado.
- Perturbación en la percepción de la imagen, tamaño o formas corporales; influencia excesiva de la autoevaluación y negación de la gravedad del bajo peso.
- Amenorrea en las mujeres posmenárquicas (mujer cuyos ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas).

Características psicológicas

Según APA (2000), la autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás, conductas autodestructivas, dificultad para concentrarse, irritabilidad y obsesión por la comida.

Complicaciones médicas

Zerbe K. (2003), señala que a pesar de la emaciación, los pacientes niegan tener hambre, así como estar delgados o sentirse cansados; tienen un aspecto típico

peculiar, caquético y prepuberal. Las manifestaciones físicas habituales son: lanugo, pelo seco y quebradizo, hipercarotinemia, intolerancia al frío y cianosis en las extremidades. La desnutrición proteico-energética, con la consiguiente pérdida de masa corporal magra, se vincula con la reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica. Las complicaciones cardiovasculares consisten en: bradicardia, hipotensión ortostática y arritmias. Las complicaciones gastrointestinales son: retraso del vaciamiento gástrico, disminución de la motilidad del intestino delgado y estreñimiento. Las sensaciones de meteorismo y plenitud abdominal complican el proceso de realimentación.

La grasa corporal puede llegar a ser indetectable, aunque el tejido mamario a menudo se conserva. El aumento del tamaño de las glándulas parótidas y el edema pueden acompañarse de anemia, leucopenia, hipopotasemia e hipoalbuminemia. Las concentraciones basales de hormona leutinizante y foliculoestimulante son bajas, lo que explica la amenorrea. Las menstruaciones suelen reaparecer con la recuperación del peso.

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa se distingue por episodios repetidos de ingestión elevada de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que origina adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso. Como en la anorexia, también debe usarse el término de bulimia nerviosa atípica en los sujetos que carecen de una o más de las características principales de la bulimia, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (2010). Se origina a partir de múltiples factores que incluyen trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, posible sensibilidad genética o biológica y vivir en una sociedad en la que hay una obsesión por la delgadez.

A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, es típico que los que sufren bulimia nerviosa tengan un peso normal —aunque en ocasiones puede ser deficiente o excesivo—, dan gran importancia a la forma y tamaño del cuerpo y a

menudo están frustrados por su incapacidad de lograr un peso inferior al normal, señalándolo así Martínez M. (2000).

Se ha observado que hay trastornos en los sistemas neuronales que participan en la modulación de la alimentación, el estado de ánimo y el control de impulsos, incluidos los neuropéptidos (vasopresina, oxitocina, CCK y leptina) y monoaminas (serotonina, dopamina y noradrenalina). Después de la recuperación, las concentraciones de serotonina siguen alteradas, lo cual tal vez contribuya a los problemas continuos con la alimentación. Las medidas tomadas ante los primeros signos tendrán mejores resultados; de ahí la necesidad de conocer sus etapas iniciales. A pesar de la eficacia de los tratamientos, cerca de 30% de los pacientes sufre recaídas, aproximadamente 20% cumple con el criterio diagnóstico completo y 50% alcanza la recuperación total después de cinco a diez años.

Características Psicológicas

En APA (2000), señala algunas características como: un estado de ánimo lábil, frustración, impulsividad, depresión mayor, trastornos de ansiedad y de personalidad, abuso de sustancias, conductas autolesivas y callosidades en el dorso de la mano. A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los sujetos que padecen bulimia suelen avergonzarse de sus síntomas, lo que facilita su compromiso con el tratamiento.

Complicaciones médicas

El Grupo de Trabajo para Trastornos del Comportamiento Alimentario (2001), indica algunas complicaciones médicas producidas por la BN como son: Pancreatitis, crecimiento de parótidas, lesiones gastrointestinales, anemia, amenorrea, trastornos electrolíticos, cardiotoxicidad, arritmias, estreñimiento, diarrea con sangre, esófago de Barrett y otras complicaciones del vómito, como erosión del esmalte dental.

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE)

Según Jones, J., Lawson, M., Daneman, D., Olmsted, M. & Rodin G. (2000), esta categoría se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria. Algunos ejemplos son:

- ✓ En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- ✓ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- ✓ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, para la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- ✓ Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal. (p.ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- ✓ Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- ✓ Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Pruebas que Miden los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El Eating Attitudes Test (EAT): es una medida estandarizada de auto-reporte de síntomas y preocupaciones característicos de trastornos de la alimentación. Está diseñado para ser económico tanto en administración como en tiempo de puntuación. El EAT se ha utilizado como instrumento de detección y detección de casos en poblaciones no clínicas. Un análisis factorial de la EAT original de 40 ítems (Garner & Garfinkel, 1979) produjo una medida abreviada de 26 ítems, la EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). La puntuación total de la EAT-26 es la suma de las puntuaciones de las puntuaciones individuales en la prueba, descrito esto por Constaín, G. et al. (2014).

El EAT no produce un diagnóstico específico de un trastorno alimentario, pero los estudios han demostrado que puede ser un eficiente caso de encontrar o instrumento de cribado para identificar aquellos que están en mayor riesgo de trastornos alimentarios graves. Ni el EAT, ni ningún otro instrumento de cribado, se ha establecido como altamente eficiente como el único medio para identificar los trastornos alimentarios. Esto es atribuible en gran parte a la prevalencia relativamente baja de trastornos alimentarios en la mayoría de las poblaciones de interés, según Orbitello et al. (2003).

Nivel Socioeconómico

Diversos estudios de población señalan que existen diferencias claras entre las distintas clases sociales en lo relativo al consumo de alimentos y nutrientes. En particular, los grupos de nivel adquisitivo bajo tienen una tendencia mayor a llevar una dieta desequilibrada y consumen pocas frutas y verduras. Estos hábitos pueden provocar tanto desnutrición (carencia de micronutrientes) como sobrealimentación (consumo energético excesivo que deriva en sobrepeso y obesidad) entre los miembros de una comunidad, en función de la edad, el sexo y el nivel de pobreza. (Pérez, 2008).

La condición socioeconómica se relaciona con el entorno o medio donde reside la familia. Así como, con los bienes o servicios que pueda tener, de manera tal que se considere tanto los factores externos, como los factores internos; que también, están relacionados con el consumo de alimentos; de allí su denominación, por cuanto abarca los aspectos sociales (estructura de la familia, educación, y servicios) y los aspectos económicos (ingresos, vivienda, servicios o bienes que posee en el hogar), los cuales son determinantes en la calidad de vida de las familias. (Bauce y Córdova, 2010).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anorexia. Del gr. ἀνορεξία anorexía 'inapetencia'. f. Pérdida anormal del apetito. Med. Síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas. (Diccionario de la Real Academia Española, 2017).

Atracón. De atracar. Acción y efecto de atracar (|| comer y beber con exceso). (Diccionario de la Real Academia Española, 2017)

Bulimia. Del gr. βουλιμία boulimía, der. de βούλιμος boulimos 'muy hambriento'; propiamente 'con hambre de buey', de βοῦς boûs 'buey1' y λιμός limós 'hambre'. Gana insaciable de comer. Med. Síndrome de deseo compulsivo de comer, con provocación de vómitos y consecuencias patológicas. (Diccionario de la Real Academia Española, 2017)

Trastornos de la Alimentación. Alteración grave de la conducta alimentaria. Los trastornos del comer son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. Entre ellas anorexia, atracones y bulimia. (Juárez, 2002)

Peso. Se define como la acción de la gravedad sobre la masa corporal. Es la primera aproximación a la cuantificación de la masa corporal total y su valor refleja los cambios en el tamaño del cuerpo tanto en su longitud o talla como los derivados de los diversos componentes corporales (grasa, músculo, agua corporal, tamaño de las vísceras). (Hernández, 1995)

Talla. Es la distancia entre el punto más elevado del cuerpo, en la línea media sagital y el plano de apoyo del individuo. (Hernández, 1995)

Antropometría. Es un estudio corporal, el cual a través de mediciones físicas, realizadas con instrumentos especiales como: cinta métrica, antropómetro, balanzas, calibrador de pliegues cutáneos, estadiómetro, vernier, entre otros; permite determinar el porcentaje de tejido adiposo y muscular que tiene un cuerpo humano; así como saber cuánto pesan tus huesos.

Por ser un procedimiento de fácil aplicación, económico y no invasivo, esta técnica ha sido utilizada ampliamente en los fines de estimación del estado nutricional tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico. El adulto joven, por haber concluido su fase de crecimiento, ofrece para la estimación de su estado nutricional, desde un punto de vista antropométrico, la evaluación de la correspondencia del peso para la estatura que haya alcanzado y la estimación de las proporciones que en ese peso corresponden al tejido magro, fundamentalmente el integrado por la masa muscular, y la que corresponde al tejido graso. (Gómez, 2002)

Estado Nutricional. Es un proceso muy complejo que depende de numerosos factores: ambientales, genéticos y orgánicos. Las alteraciones nutricionales condicionan en sus inicios ajustes metabólicos como una medida compensatoria del organismo para cubrir el déficit; a medida que el deterioro progresa, las reservas van modificándose y al agotarse éstas, se produce la lesión bioquímica, luego se altera la composición corporal y en la etapa final, se hacen evidentes las manifestaciones clínicas. De allí que el estado nutricional no se pueda medir directamente, sino que su evaluación depende de la recolección de datos a partir de diferentes métodos, cuyo análisis permite obtener indicadores de la situación pasada o actual del estado nutricional. (Cania, 1999).

La Conducta Alimentaria. Es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los

comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. (Domínguez, Olivares & Santos, 2008).

Perimolisis. f. Odontología. Lesión de los dientes que se presenta en los pacientes que sufren reflujo gastroesofágico o vomitadores crónicos, caracterizada por desmineralización masiva, que se inicia en la superficie lingual de los molares. En los dientes anteriores se presenta desmoronamiento de los ángulos incisivos proximales. (Diccionario Académico de la Medicina, 2013).

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Tomando en cuenta los objetivos del estudio, la presente investigación es de campo de tipo descriptiva, sin manipulación de las variables y donde se estudiaron tal cual lo ocurrido en la realidad. Estos datos fueron recolectados de forma trasversal, es decir, que están los contenidos en un periodo de tiempo determinado, buscando de este modo, describir elementos fundamentales y brindar datos reales tanto de la evaluación nutricional y socioeconómica de los estudiantes de quinto año de la U.E. San José, así como del riesgo a padecer o no de trastornos de la conducta alimentaria, y la posible relación entre dichas variables.

Población

La población en estudio fue una población homogénea, la cual estuvo conformada completamente por individuos que cumplieron las mismas características, es decir, en un total de 41 estudiantes cuyas edades oscilan entre 16 y 18 años, de la sección única del quinto año de la U.E. San José, ubicados en el Municipio Campo Elías, Mérida, Estado Mérida.

La población estuvo sujeta a la participación voluntaria en el estudio por parte de los estudiantes, a través de un consentimiento informado el cual fue firmado voluntariamente para participar en el estudio, (ver Anexo C) de esta manera se contó con un total de 41 estudiantes de dicha Unidad Educativa.

Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos

Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista en el aula de la institución de estos individuos, tras aceptar su participación (ver Anexo C), fueron encuestados a través de un formulario auto administrado, es decir, donde ellos mismos llenaron su encuesta, por medio de la realización de un instrumento tipo cuestionario, conocido comúnmente como el Eating Attitudes Test - 26 (EAT-26), elaborado por Garner y Garfinkel, 1979.

Adaptada para la presente investigación, utilizando Eating Attitudes Test - 26 (EAT-26), el cual contiene información referente a la determinación del estado Nutricional y los aspectos socioeconómicos, conformado por 3 partes, las preguntas del presente instrumento fueron descritas con predominio de preguntas cerradas con un número prefijado de opciones, que fueron redactadas de forma sencilla y específica, con la finalidad de realizar los análisis estadísticos de las variables en estudio. (Ver Anexo B), con la aplicación de dicho instrumento se pretendió determinar:

Parte I. Datos Personales y Evaluación Antropométrica: esta parte contó con un total de 6 ítems en los que se determinaron los aspectos generales de los participantes en estudio como Edad, Género, Peso, Talla, IMC, y Diagnostico Nutricional.

Para la evaluación antropométrica se obtuvo como variables de medición el peso y la talla de cada participante, las cuales relacionadas entre sí nos permitirán cuantificar su índice de masa corporal.

De igual forma este indicador, a través de los rangos del estado nutricional establecidos por el Instituto Nacional de Nutrición (INN) en el año 2007, nos mostraron la categoría en la que se ubicó cada participante. Las cuales son:

Tabla N° 1. Clasificación del índice de Masa Corporal

IMC	Estado Nutricional
< 16,00	Déficit
16,00 – 18,49	Riesgo Déficit
18,50 - 24,99	Normal
25,00 – 29,99	Exceso
>30,00	Exceso severo

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición (INN). (2007).

PARTE II. Evaluación Socioeconómica (Graffar Modificado): en esta parte se pretendió indagar sobre el estrato económico de los participantes con el fin de clasificarlos como clase alta, clase media alta, clase media baja, clase obrera y clase marginal, por medio de la utilización del Método Graffar Modificado.

Para medir el nivel socioeconómico se aplicó el método de estratificación social Graffar-Méndez Castellano, el cual permite estudiar la población con las características sociales, culturales, económicas y de vivienda, determinada por la estructura económica y la dinámica de las relaciones entre los individuos, que los coloca en diferentes estratos sociales. Este método consta de 4 variables: 1. Profesión del jefe de familia, 2. Nivel de instrucción de la madre, 3. Principal fuente de ingreso de la familia y 4. Condiciones de la vivienda. Cada una de estas variables está conformada por cinco ítems, a cada ítem corresponde una ponderación decreciente del 1 al 5, la suma de los ítems determina el estrato al que pertenece la familia del participante, esto según Bauce & Córdova (2010).

Tabla N° 2. Ponderación del Estrato Social.

PONDERACIÓN	ESTRATO SOCIAL	
4 – 7	II	Clase Alta
8 – 10	III	Clase Media Alta
11 – 13	III	Clase Media Baja
14 – 16	IV	Clase Obrera
17 – 20	VV	Clase Marginal

Fuente: Méndez H. (2001). Evaluación Socioeconómica. Método Graffar Modificado

PARTE III. Eating Attitudes Test-26 (EAT-26): por último, se aplicó un instrumento prediseñado con 26 preguntas que se contestaron a través de una escala de significancia de seis puntos, donde cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en unos casos y para el caso del ítem 25 se puntúa al inverso 0, 0, 0, 1, 2, 3. El cual cuenta con una sensibilidad que asciende al 91% y la especificidad se sitúa en 69%. El punto de corte propuesto por los autores es un puntaje igual o superior a 20 puntos, lo cual señala si hay un riesgo, indicativo de que puede haber un riesgo a padecer de algún TCA, y un puntajes inferior a 20 puntos, que corresponde a no riesgo, lo cual indica que no hay riesgo de TCA términos que fueron aplicados para presentar los resultados en esta investigación.

Fue diseñado para evaluar actitudes y conductas asociadas a la alimentación existiendo dos versiones del mismo, demostrando buenas propiedades psicométricas de fiabilidad, validez y adecuada sensibilidad y especificidad para cribado del trastorno de la conducta alimentaria, permitiendo discriminar entre casos de TCA y población normal; es uno de los cuestionarios más utilizados habiéndose documentado su uso en gran número de países y culturas, básicamente para seleccionar población de riesgo en estudios de doble fase, bien para estimar prevalencia o en estudios de intervención.

La versión validada por Castro y colaboradores en 1991, la cual consta de 26 preguntas (EAT-26), se desarrolló mediante análisis factorial del EAT-40 y presenta

con este, una correlación de 0,98%. Consta de diferentes escalas como: dieta, recoge las conductas para evitar alimentos que engorden, preocupación por la delgadez, preocupación por la comida, y conductas bulímicas (atracones y vómitos).

Técnicas De Procesamiento y Análisis De Datos

Los datos provenientes del instrumento fueron consolidados en una base de datos y se analizaron por medio de una modalidad de análisis estadístico enmarcado en la utilización del paquete estadístico SPSS versión 15.0, donde se sometieron las variables en estudio a medidas de frecuencia. Estos resultados, representados de forma gráfica a fin de analizar y detallar dicha información.

Para relacionar el riesgo de TCA, estado nutricional y nivel socioeconómico, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Rho Spearman, es una prueba no paramétrica la cual hace relación entre dos variables, que no cumplen un supuesto de normalidad en la distribución de tales valores, y donde las cuales se consideran estadísticamente no significativa cuando el resultado es menor a 0,05.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se muestran en el presente capítulo, los resultados de la investigación, a través de graficas en distribución de porcentajes, elaborados en base a la información obtenida con el instrumento de recolección de datos, seguido de su análisis y discusión.

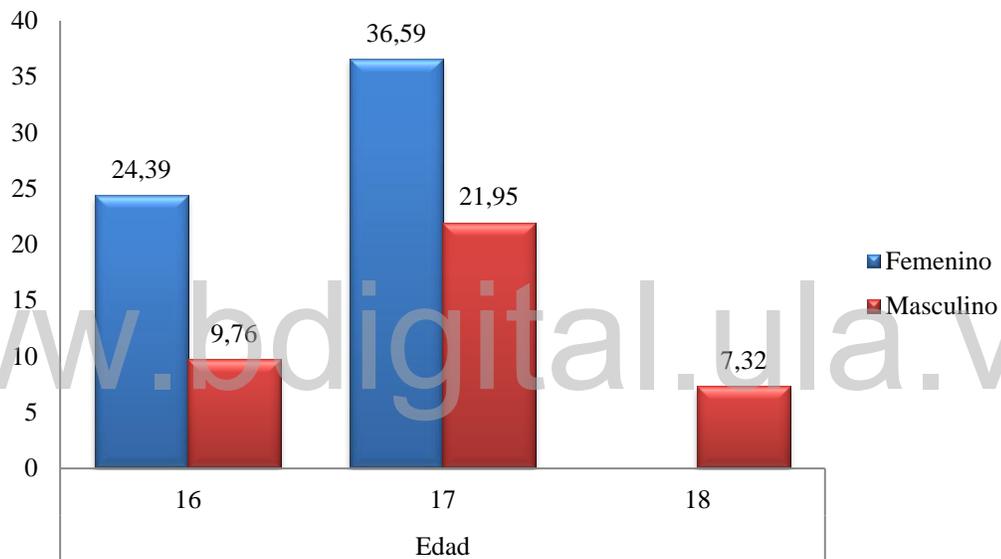


Gráfico N° 1. Distribución del género y la edad de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

En el gráfico N° 1 podemos observar que en el aula de clases se encuentra, para la edad de 16 años el 24,39% para el género femenino y un 9,76% para el género masculino, para la edad de 17 años con un 36,59% para el género femenino siendo esta la mayoría para este género, y de esta manera para el género masculino con un

21,95%, por último para la de edad de 18 años se encuentra un 7,32% perteneciente al género masculino.

A diferencia de Pérez (2014). Quien en su investigación, sobre la relación entre el estado nutricional, la autoestima y las conductas alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17 años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenang, Guatemala, en una población de 749 estudiantes, donde 350 eran mujeres y 399 eran hombres, hubo igualdad de género, mientras que en esta investigación de la U.E. San José de Mérida, para el gráfico N° 1 predominó mayormente el género femenino en relación al masculino

En el Gráfico N° 2 donde se observa la relación entre el género y el riesgo de TCA en los estudiantes, se puede observar la presencia de TCA en los adolescentes, donde se puede notar que un 51,2% perteneciente este a la población femenina no presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en cuanto a la población masculina en su totalidad no presentan riesgo de TCA.

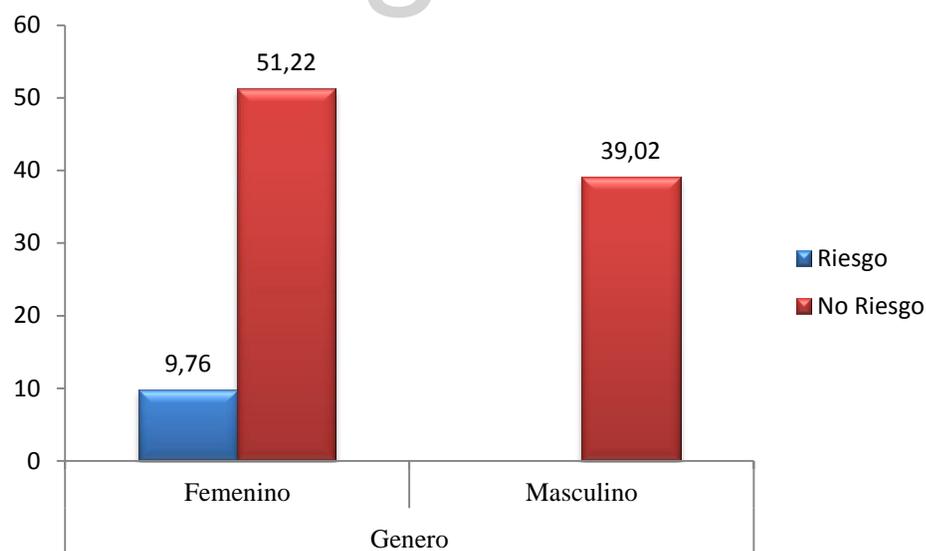


Gráfico N° 2. Relación entre el género y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Se pudo determinar gracias a la aplicación del Test EAT-26 que un 9,76% del género femenino se consideran en riesgo a padecer de TCA, tal y como lo reportan investigaciones como la de García & Gonzales (2014) y Prado et al, (2009), quienes concluyen en sus estudios que los individuos del género femenino presentan mayor riesgo a involucrarse en hábitos y conductas perjudiciales asociadas con los trastornos de la alimentación, donde la población de estos alumnos de Mérida, no escapan de esta problemática.

Adicionalmente se aplicó la prueba de correlación de Rho Spearman, con un nivel de confianza del 95%, la cual nos arrojó un valor de P 0,096, lo que indica que no hay correlación en las variables del género y la presencia de trastornos de la conducta alimentaria.

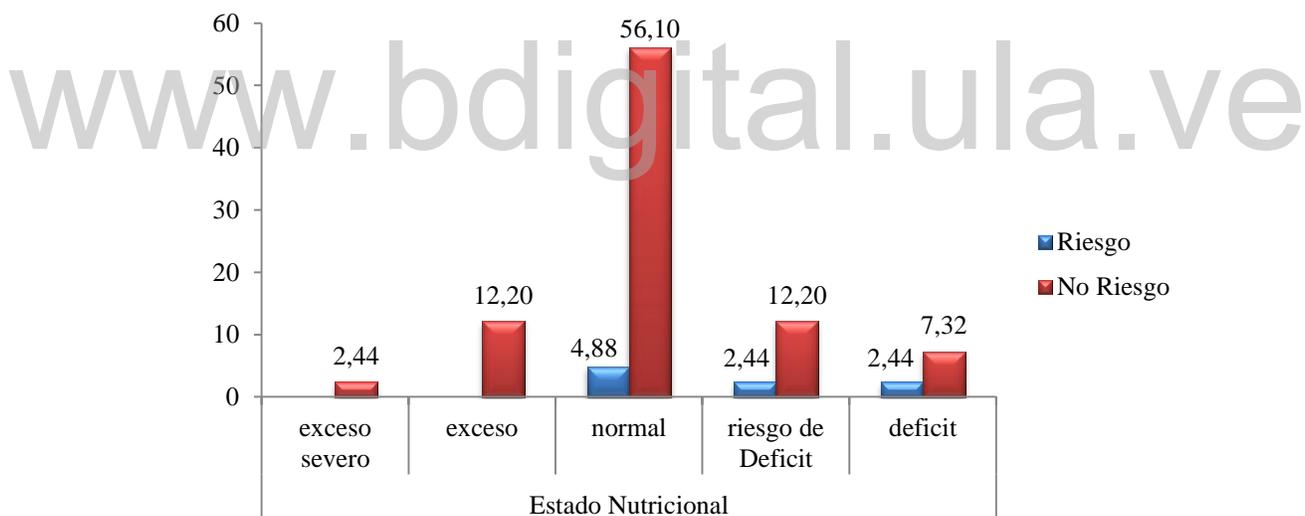


Gráfico N° 3. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

De este modo el gráfico N° 3, nos indica la relación entre el estado nutricional y el riesgo de TCA, pudiéndose observar, que de los estudiantes que están en riesgo de padecer TCA, un 4,88% se encuentra con un estado de nutrición normal, y un

4,88% con riesgo de déficit nutricional. Sin embargo, al aplicar la prueba de correlación de Rho Spearman, con un nivel de confianza del 95%, se evidenció, como no existe una relación significativa entre estas dos variables dentro de este estudio.

De este modo se puede corroborar lo expuesto por Pérez (2014), quien en su investigación señala que el estado nutricional no tiene relación alguna con las conductas alimentarias, sin embargo, encontró relación entre las conductas alimentarias y la autoestima, interpretándose que mientras más alta sea la autoestima hay menos riesgo de algún TCA, caso similar a este trabajo ya que es donde hay semejanzas con los resultados de este autor.

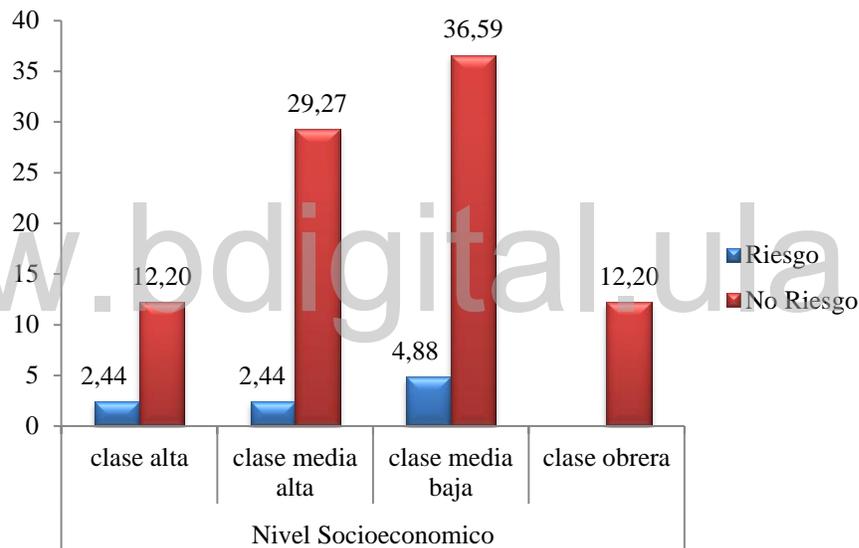


Gráfico N° 4. Relación entre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria el nivel socioeconómico de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

En la gráfica N° 4, se expone la relación que existe entre el riesgo de los TCA y el nivel socioeconómico de los estudiantes. En el caso de los estudiantes que si presentaron riesgo de padecer de TCA, según el test aplicado se puede demostrar, que la mayor tendencia se inclina hacia las clases socioeconómicamente más altas, un

2,44% para el grupo de la clase alta y la clase media alta, y un 4,88% perteneciente a la clase media baja.

A diferencia de lo expuesto por Correa & Colaboradores (2006), quienes en su investigación concluyen que hay mayor prevalencia de riesgo a padecer TCA en colegios de nivel socioeconómico bajo, ya que el bajo poder adquisitivo juega un papel protagónico en la aparición de las alteraciones del estado nutricional.

Al aplicar la correlación de Rho Spherman se aprecia que no existe correlación entre el nivel socioeconómico y el riesgo de padecer TCA.

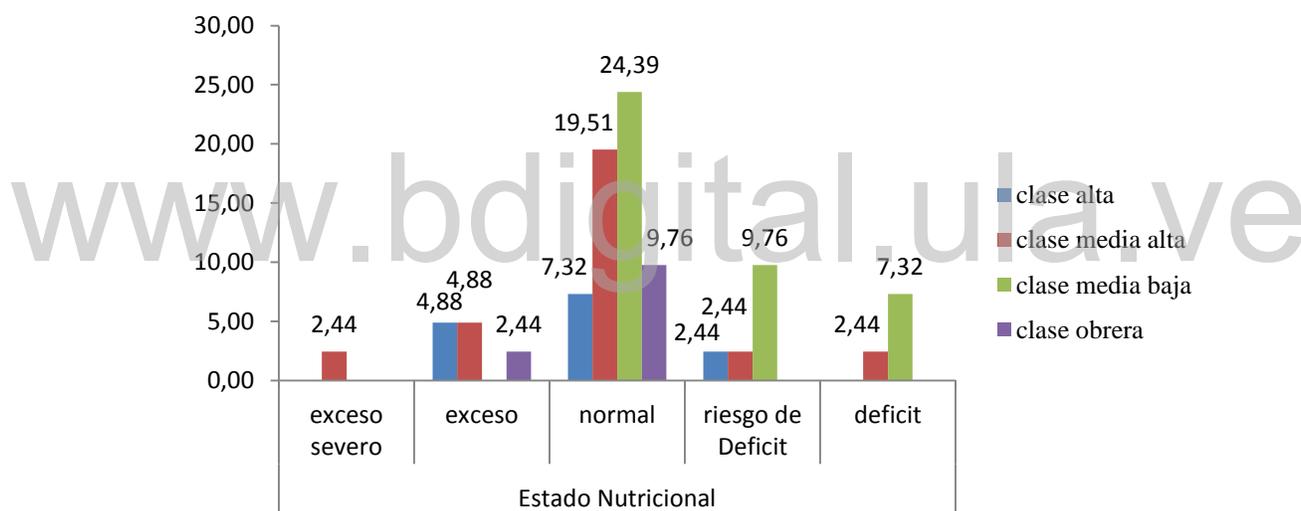


Gráfico N° 5. Relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

En el gráfico N° 5 se expresa el estado de nutrición de los estudiantes que formaron parte del estudio, tomado en cuenta el estado de nutrición, un 2,44% se encuentran con exceso severo perteneciente a la clase media alta, un 9,76% de la clase alta y media alta y 2,44% de la clase obrera se encuentran en exceso, para el

grupo en déficit un 7,32% de la clase media baja y un 2,44% de la clase media alta, para los que se encuentran en riesgo de déficit un 4,88% pertenece a la clase alta y media alta y un 9,76% para la clase media alta. Por último, para quienes se encuentran con un estado nutricional dentro de los rangos normales un 7,32% es de clase alta, 9,76% a la clase obrera, 19,51% de clase media alta y un 24,39% de clase media baja.

Finalmente, se aplicó la prueba de correlación de Rho Spearman, para la relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional, encontrando que no existe relación entre las variable, sin embargo el estudio realizado por Rodríguez et al (2013), indica que existen bajos conocimientos de nutrición que provocan una mala calidad en la alimentación de los sujetos, donde el nivel socioeconómico no tiene relación con los hábitos alimentarios, y es así como presenta similitud con la presente investigación.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten concluir los siguientes aspectos:

- El grupo etario predominante entre los estudiantes del quinto año de la U.E. San José es de 17 – 18 años de edad, siendo la mayoría del género femenino.
- El riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en la muestra de estudiantes del quinto año de la U.E. San José fue bajo, siendo el género femenino quien presentó mayor porcentaje de riesgo para desarrollar algún tipo de TCA.
- Es importante recalcar que no todo paciente con un estado nutricional afectado es candidato para un diagnóstico de TCA y viceversa; sin embargo, se puede decir que para el estudio realizado no existió un tipo de relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el riesgo de padecer TCA.
- El riesgo de padecer TCA no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel socioeconómico para el estudio realizado, pero se debe tener en cuenta que para los jóvenes el riesgo de padecer TCA, suele determinarse por la necesidad de encajar en una sociedad.
- En cuanto al estado nutricional de la población estudiada cabe destacar que a pesar de que el mayor porcentaje de estudiantes se encuentran en un estado nutricional normal, existe un considerable porcentaje en malnutrición tanto por exceso como por déficit.
- Para la prueba de correlación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José, no existió relación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

- Considerar lo encontrado en este estudio para futuras investigaciones sobre el riesgo de padecer TCA que pueden presentar los estudiantes, con una muestra de mayor tamaño, tomando en cuenta las diferentes instituciones del Estado Mérida. Ampliando también la investigación a instituciones de carácter privado.
- Integrar programas regulares y permanentes de alimentación y vida sana en todas las instituciones del Estado Mérida.
- Promover dentro de la U. E. San José, la aceptación de estilos de vida saludables para así evitar riesgos a padecer de TCA.
- Suministrar información al estudiantado sobre el tema de los TCA en jóvenes.
- Dar a conocer a toda la comunidad estudiantil y al profesorado de la U.E San José los resultados de esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abril, D. (2011). Aplicación del modelo precede – procede en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Técnico Superior Riobamba. Tesis de grado para optar al título de licenciado en nutrición y dietética. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba. Ecuador.
- Aguilar, Y. & Rodríguez, A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- APA. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR). 1era. Edición. Mansso. Barcelona.
- Ávila, L., Lozano, M. & Ortiz, L. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal en niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bauce & Córdova. (2010). Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. Revista del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” 41 (1).
- Blanz, B., Detzner, U. & Rose, F. (2000). Función intelectual de adolescentes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. REV. Psiquiatría en adolescentes. España. 6, 129.
- Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. 1era. Edición. Masson, Barcelona. España.
- Cania. (1999). Nutrición en pediatría. Caracas, Venezuela. 1ra Edición.
- Castellano, H. (1994). Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez Castellano. Publicado por Fundacredesa.
- Castro, J. Salamero, M. & Guimera, E. (1991). Eating Attitudes Test: Validación versión en español. Assessment Psychological. 7 (2), 175-90.
- Cifuentes, M. (2004). Prevalencia de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género. Tesis para optar por el título

- de médico y cirujano en el grado de licenciado. Facultad de medicina. Universidad Francisco Marroquí. Guatemala.
- Constaín, G., Ramírez, C., Rodríguez, M., Gómez, M., Múnera, C. & Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 46(6):283-289.
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P. & Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. *Biblioteca Virtual em Saúdedo Adolescente. RevChilPediatr*; 77(2).
- Fundación para el tratamiento de la bulimia y la anorexia. (2015). *Trastornos de la alimentación*. 1era. Edición. México.
- Galindo, S. (2012). Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de villa maría del triunfo. Tesis para optar el título profesional de enfermería de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.
- García, A. & Gonzales, M. (2014). Trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados. Trabajo especial de grado. Universidad Rafael Urdaneta. Facultad de ciencias políticas, sociales y administrativas. Escuela de psicología. Maracaibo. Venezuela.
- García, M. & Ballester, D., Patiño, J. & Suñol, C. (2011). Prevalencia insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Madrid. REV. Clinica y salud*; 7, 51-66.
- Golden, N., Katzman, D., Kreipe, R., et al. (2003). Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*.33(6):496-503
- Gómez, A (2002). Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. *Revista Cubana Aliment Nutr* 2002;16(2):146-52.
- Grupo de trabajo para los trastornos del comportamiento alimentario. (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. 2da. Edi. Barcelona: Ars. Médica.
- Harris, E. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. 173:11-53.

- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. (61):348-58.
- Jones, J., Lawson, M., Daneman, D., Olmsted, M. & Rodin G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal*. 32, 154.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *REV. MED. CLIN. CONDES*. 22(1)85–97.
- Martínez, M. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría y adolescente Integral*. 2, 143.
- Mejía, J. (2012). Trastornos y desordenes de alimentación (anorexia y bulimia) en la juventud valdurareense, analizado desde los jóvenes de los grados 10 y 11 del colegio Alfonso López Pumarejo y gimnasio del norte. Trabajo De Grado Para Obtener El Título De Psicóloga. Universidad Nacional Abierta Y A Distancia (UNAD) Escuela De Ciencias Sociales Y Humanísticas. Programa De Psicología. Valledupar. Colombia
- Méndez, H. (2001). Evaluación Socioeconómica. Método Graffar Modificado.
- Peláez, M. (2003). Estudio Epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid. Memoria para optar al Título de Doctor, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Perpiña, C., Botella, C. & Baños, R. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento mediante realidad virtual. *Psicología y realidad virtual*. Valencia. España.
- Raich, R. & Torras, M. (2000). Uso de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista de psicología y ciencia social*. México. 7 (1), 36.
- Ramón, F. (2010). Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. Tesis para optar al Título Doctoral de neurociencias. Facultad de Psiquiatría. Universidad de Granada. España.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 1, pp. 131-137.
- Sánchez, B. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la universidad tecnológica

intercontinental del año 2013. Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica Intercontinental como requisito para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica. Paraguay.

Sánchez, G. & Mojica, V. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Striegel-Moore, R. & Bulik, C. (2007). Risk Factors for Eating Disorders American Psychologist.62(3):181-98.

Zerbe, K. (2003). Feminist psychodynamic psychotherapy of eating disorders: theoretic integration informing clinical practice. Psychiatr Clin North Am, 19, 111.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Asociación Filosófica Americana. (2016). Prevalencia de los desórdenes alimentarios. Anorexia y Bulimia. Rev. Trastornos de la Conducta Alimentaria. [En Línea]. (Consultado: Septiembre, 2017). Disponible en: <https://es.scribd.com/presentation/206242281/Anorexia-y-Bulimia>
- Banker, J., Bermudez, O., Berthou, K., et al. (2012). Puntos críticos para un reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado e individuos con trastornos de la conducta alimentaria. Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria. II edición. [En Línea]. (Consultado: Octubre, 2017). Disponible en: <https://www.aedweb.org/downloads/Guide-Spanish.pdf>
- Barreto, C. (2001). Prueba Correlación de Spearman. Introducción a la estadística no paramétrica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Los Ángeles de Chimote. [En Línea]. (Consultado: Diciembre, 2017). Disponible en: <http://files.uladech.edu.pe/docente/32765808/BIOESTADISTICA/SESSION%2012/S12V1BIOE.pdf>
- Brownell, D., Hotelling, K., Lowe, M. & Rayfield, G. (2017). Trastornos en la alimentación. Asociación Americana de Psicología. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>
- Carneiro, F., Bosch, V. & Izquierdo, M. (2008). Efectos de la intervención nutricional sobre las variables antropométricas, la ingesta y las concentraciones de lípidos y lipoproteínas del plasma en niños con dislipidemia. ALAN. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n_de_Graffar#cite_note-nutricion-1
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (2010). Trastornos del Comportamiento asociado a Disfunciones fisiológicas y a Factores Somáticos. Trastornos de la Conducta Alimentaria. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F50-F59.html
- Diccionario Académico de la Medicina. (2013). Academia Nacional de Medicina de Colombia. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: <http://dic.idiomamedico.net/perimolisis>
- Diccionario de la Real Academia Española. (2017). Real Academia Española. [En Línea]. (Consultado: Diciembre, 2017). Disponible en: <http://dle.rae.es/>

Domínguez, P., Olivares, S. & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 58-3 Caracas. Venezuela. [En Línea]. (Consultado: Enero, 2018). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006

Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. & Muñoz, P. (2003). Trastorno de comportamiento alimentario: prevalencia de los casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. . [En Línea]. (Consultado: Junio, 2015). Disponible en: <http://www.publicaciones.isp.org/productos/d085>.

Grupo de trabajo para trastornos del comportamiento alimentario. (2001). Guía práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de Sanidad y consumo. España. [En Línea]. (Consultado: Septiembre, 2017). Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)

Juárez, G. (2002). Trastornos Alimentarios. Universidad Nacional Autónoma de México. [En Línea]. (Consultado: Junio, 2015). Disponible en: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/alimenticios/>

Lambruschini, N. & Leis, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria, protocolos, diagnósticos y terapéuticos en pediatría. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>

Neandi & Bilanc. (2016). ¿Qué son los trastornos de la Conducta Alimentaria?. BILANC. Centro Especializado en Salud Alimentaria. Desarrollado por Kaudex. . [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: <http://bilanc.com.mx/servicios/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>

Orbitello, B., Ciano, R., Corsano, M., Rocco, P., Taboga, C., Tonutti, L., Armellini, M. & Balestrieri, M. (2003). El EAT-26 como instrumento de selección para los asistentes de la unidad de nutrición clínica. Clinica Psichiatrica, DPMSC, Universidad de Udine, Udine, Italia. 111 [En Línea]. (Consultado: Octubre, 2017). Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadername3=filename%3DDT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadername4=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true

- Pérez. V. (2014). Relación entre el estado nutricional, la autoestima y las conductas alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17 años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala. [En Línea]. (Consultado: Diciembre, 2013). Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Perez-Victoria.pdf>
- Prado. J., Arteaga. F. & López. P. (2009). Trastornos de la alimentación y su relación con la imagen corporal auto percibida por adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida. Venezuela. Revista Electrónica Actividad Física y Ciencias Vol. 1, N° 1. [En Línea]. (Consultado: Diciembre, 2013). Disponible en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/actividadfisicayciencias/article/view/5055>
- Velasco, M. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Revista de Especialidades Médica Quirúrgicas. México. Vol. 18, N° 1. [En Línea]. (Consultado: Agosto, 2017). Disponible en: <https://www.cienciasalud.com.mx/nutricion/prevalencia-de-trastornos-de-la-alimentacion-en-adolescentes>
- Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C. & Cordero, S. (2010). Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista ciencia biomédica. Uruguay 2012; 3(1):99-111 [En Línea]. (Consultado: Octubre, 2013). Disponible en: <http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp73-3/Pdfs/130.pdf>

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

ANEXO A. Tablas. Resultados de instrumento de medición.

Tabla N° 3. Distribución del género y la edad de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

		Genero		Total
		Femenino	Masculino	
Edad	16	24,39	9,76	34,15
	17	36,59	21,95	58,54
	18		7,32	7,32
Total		60,98	39,02	100,00

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N° 4. Relación entre el género y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.

		Genero		Total
		Femenino	Masculino	
Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	Riesgo		9,76	9,76
	No Riesgo	51,22	39,02	90,24
Total		60,98	39,02	100,00

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N ° 5. Correlación Rho de Spearman entre el Género y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

	Género	Riesgo de Trastornos Alimentarios
Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1	0,26303838
N	41	41

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N° 6. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José.

		Estado Nutricional					Total
		Exceso Severo	Exceso	Normal	Riesgo de Déficit	Déficit	
Riesgo de Trastornos de la conducta Alimentaria	Riesgo			4,88	2,44	2,44	9,76
	No Riesgo	2,44	12,20	56,10	12,20	7,32	90,24
Total		2,44	12,20	60,98	14,63	9,76	100,00

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N ° 7. Correlación Rho de Spearman entre el estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

	Riesgo de Trastornos Alimentarios	Estado Nutricional
Coefficiente de correlación	1	0,22198465
Sig. (bilateral)	.	0,16304229
N	41	41

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N° 8. Relación entre el nivel socioeconómico y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

		Nivel Socioeconómico				
		clase alta	clase media alta	clase media baja	clase obrera	Total
Riesgo de Trastornos de la conducta Alimentaria	Riesgo	2,44	2,44	4,88		9,76
	No Riesgo	12,20	29,27	36,59	12,20	90,24
Total		14,63	31,71	41,46	12,20	100,00

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N ° 9. Correlación Rho de Spearmanentre el nivel socioeconómico y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

	Riesgo de Trastornos Alimentarios	Nivel Socioeconómico
Coefficiente de correlación	1	0,08457031
Sig. (bilateral)	.	0,59908896
N	41	41

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N° 10. Relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

	Nivel Socioeconómico				Total
	clase alta	clase media alta	clase media baja	clase obrera	
	alta	alta	baja	obrera	
exceso severo		2,44			2,44
exceso	4,88	4,88		2,44	12,20
normal	7,32	19,51	24,39	9,76	60,98
riesgo de déficit	2,44	2,44	9,76		14,63
Déficit		2,44	7,32		9,76
Total	14,63	31,71	41,46	12,20	100,00

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

Tabla N ° 11. Correlación Rho de Spearman entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los estudiantes del quinto año de la U.E. San José

	Nivel Socioeconómico	Estado Nutricional
Coefficiente de correlación	1	0,19872378
Sig. (bilateral)	.	0,2129225
N	41	41

Fuente: Adaptación Eating Attitudes Test (EAT-26).

www.bdigital.ula.ve

Anexo B. Instrumento de Medición.

Universidad de Los Andes Facultad de Medicina Escuela de Nutrición y Dietética

Instrucciones: Estimado estudiante a continuación se le presenta una serie de preguntas sobre sus aspectos generales, su Estatus socioeconómico y su alimentación. Es importante responder las siguientes preguntas con sinceridad. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Para su tranquilidad el cuestionario es anónimo, de modo que nadie podrá conocer tus respuestas. Intenta no dejar ninguna pregunta sin contestar: son fáciles y tienes tiempo suficiente para hacerlo.

PARTE I. DATOS PERSONALES Y EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

1. Edad: ___ años 2. Género: F__ M __ 3. Peso: ___ Kg.
4. Talla: ___ mts 5. IMC: ___ Kg./mts 6. Dx Nutricional: _____

PARTE II. EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA (Graffar Modificado)

1. Profesión del jefe del hogar	1. Profesión universitaria, altos comerciantes, oficial de las fuerzas armadas	
	2. Técnico, medianos comerciantes o productores.	
	3. Empleado sin profesión universitaria definida, pequeños comerciantes	
	4. Obreros especializados.	
	5. Obreros no especializados	
2. Nivel de instrucción de la madre	1. Universitaria y su equivalente	
	2. Secretaria o técnica superior completa	
	3. Secundaria incompleta o técnica inferior completa	
	4. Educación primaria alfabetada	
	5. Analfabeta	
4. Fuente de ingreso	1. Fortuna heredada o adquirida	
	2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales.	
	3. Sueldo mensual	
	4. Salario semanal por día o trabajo a destajo, ganancias pequeñas de negocios	
	5. Donaciones de origen público y privado	
5. Condiciones de alojamiento	1. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias es ambiente de lujo	
	2. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias es ambiente sin lujos pero espaciosa	
	3. Vivienda en buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos	
	4. Vivienda en ambientes espaciosos o reducidos con deficiencia sanitaria.	
	5. Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas.	

PARTE III. EATING ATTITUDES TEST (EAT).

Instrumento con 26 preguntas que se contestan a través de una escala de significancia de seis puntos, donde usted tendrá la posibilidad de calificar la acción que se le presenta en forma de preguntas donde 1 es la puntuación más baja y significa que nunca realiza dicha acción y 6 es la puntuación mayor y significa que siempre realiza dicha acción.

1: Nunca; 2: Raramente; 3: A Veces 4: A Menudo; 5: Muy A Menudo; 6: Siempre

Preguntas	1	2	3	4	5	6
Me da miedo pesar demasiado						
Procuro no comer aunque tenga hambre						
Me preocupó mucho por la comida						
A veces me he "atracado" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito, especialmente, (pan, arroz, papas, etc.)						
Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado (a)						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a)						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de régimen (dieta)						
Siento que los alimentos controlan mi vida						
Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo(a) después de comer dulces						
Me comprometo a hacer régimen (dietas)						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Gracias...

ANEXO C. Consentimiento Informativo

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Nutrición y Dietética

Estimado estudiante reciba un cordial saludo esperando que se encuentre bien, el motivo de la presente circular es para comunicarle que en virtud de estar realizando el trabajo especial de grado para optar a el título de licenciada de Nutrición y Dietética, cuya finalidad es Determinar los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de quinto año, para el cual se requiere aplicar una encuesta para recabar la información pertinente, solicitando a usted su autorización para la misma, recordando que dicha encuesta será anónima y confidencial.

Si: _____

No: _____

Esperando de su Colaboración.

IPG. Jeylix Quintero
Tesisista Escuela de Nutrición
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes