

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**COMPARACION DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN
EL EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) EN ESCOLARES DE COLEGIOS
NACIONALES Y PARTICULARES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA,
MARZO 2017**

Tesis elaborada por el bachiller:

RUIZ DE SOMOCURCIO MEDINA CARLO CESAR

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

DR. JUAN MANUEL ZEBALLOS RODRIGUEZ

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIAS

A mi madre por haberme inculcado siempre los valores más importantes, por haber hecho hasta lo imposible para que pueda lograr mis sueños, por el apoyo incondicional en los momentos más difíciles y por la motivación que me da para ser cada día un mejor ser humano.

A Ramiro, por ser como un padre, y más que eso, aun un gran amigo, por su apoyo, sus consejos y por siempre motivarme a luchar cada día por mis sueños.

A mi hermano Franco por ser un gran ejemplo, por motivarme a seguir con esta noble profesión, por sus consejos, por el apoyo que solo un hermano puede brindar.

A Marlon, mi gran amigo, por ser el gran ser humano que es, por su ayuda incondicional, por motivarme siempre a ser mejor, por enseñarme el gran valor de la amistad.

EPIGRAFE

Sueña cuando acaba el día, sueña y tus sueños podrían hacerse realidad,

Las cosas nunca son tan malas como parecen,

Así que sueña, sueña, sueña.

" Philip Roth

Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad

y la energía atómica...la Voluntad.

"Albert Einstein"

Nacemos para vivir, por eso el capital más importante que tenemos es el tiempo,

es tan corto nuestro paso por este planeta que es una pésima idea no gozar

cada paso cada instante, con el favor de una mente que no tiene

límites y un corazón que puede amar mucho

más de lo que suponemos

"Facundo Cabral"

ÍNDICE GENERAL

ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION	7
CAPITULO I:.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
CAPÍTULO II: RESULTADOS	16
ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACION	41
Ficha recolección de datos	70
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.



RESUMEN

El objetivo fundamental de este trabajo de investigación fue comparar los síntomas de anorexia que existían en escolares entre 13 y 17 años de edad de un colegio particular y uno nacional de la ciudad de Arequipa, e identificar si existe algún factor sociocultural involucrado y relacionado al tipo de colegio. Para este fin se realizó un estudio descriptivo transversal que se realizó en adolescentes de 13 a 17 años de edad en dos instituciones educativas secundarias, de la ciudad de Arequipa, una nacional y la otra particular, Se empleó un cuestionario auto administrado en el que se incluía el EAT-26 (Eating Attitudes Test). En la población estudiada se halló que un 26.8% presenta riesgo de desarrollar anorexia relacionado al factor dieta, Se observó también que un 24.2% de escolares tienen conductas de riesgo en relación a presión social, con una predilección por el colegio particular (27.4%) a diferencia del colegio nacional (21.4%), con una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$, además se evidencia que tiene un OR de 0.78 a favor del colegio nacional. El escolar con conductas de riesgo para anorexia con un punto de corte de 10 fue de 49.10% y con punto de corte de 20 disminuye 27.3%. El colegio privado presentó una media de 14.27 para el EAT-26 a diferencia del colegio nacional con 12.6, con una diferencia significativa ($F=3.94$; $T=0.83$; $p=0.048$) lo que demuestra que el colegio influye en la aparición conductas de riesgo alimentarias. el 50% de la población total presenta síntomas de anorexia entre leves y moderados, estos síntomas se encuentran con mayor frecuencia en los escolares de 16 años, y empieza a disminuir a partir de los 17 años. En el colegio privado se encuentra mayor cantidad de síntomas de anorexia en comparación al colegio nacional, así como también el factor de presión social se encuentra en más alumnos de colegio particular que el colegio nacional.

Palabras clave: Anorexia, Escolares, cuestionario EAT-26

SUMMARY

The main objective of this research was to compare the symptoms of anorexia that existed in schoolchildren between 13 and 17 years old from a private school and a national school in the city of Arequipa, and to identify if there is any sociocultural factor involved and related to the type of school. For this purpose, a cross-sectional descriptive study was carried out in adolescents between 13 and 17 years of age in two secondary educational institutions, in the city of Arequipa, one national and the other one. A self-administered questionnaire was used. Included the EAT-26 (Eating Attitudes Test). It was also observed that 24.2% of schoolchildren had risk behaviors in relation to social pressure, with a preference for the private school (27.4%), Unlike the national school (21.4%), with a statistically significant difference of $p < 0.05$, in addition it is evidenced that it has an OR of 0.78 in favor of the national school. The student with risk behaviors for anorexia with a cutoff point of 10 was 49.10% and with cutoff point of 20 decreases 27.3%. The private school presented a mean of 14.27 for the EAT-26, unlike the national school with 12.6, with a significant difference ($F = 3.94$, $T = 0.83$, $p = 0.048$) which shows that the school influences the behavior Risk factors. 50% of the total population presents symptoms of mild to moderate anorexia, these symptoms are most frequently found in schoolchildren aged 16 years and begin to decrease after the age of 17 years. In the private school there are more symptoms of anorexia compared to the national school, as well as the social pressure factor found in more private school students than the national college.

Key words: Anorexia, School children, EAT-26 questionnaire


INTRODUCCION



Los trastornos de conducta alimentaria son un conjunto de patologías que tiene como un común denominador y como características principales un comportamiento distorsionado, así como una alteración en el hábito alimentario y extrema preocupación por el peso y su imagen corporal, dentro de los trastornos de conducta alimentaria más importantes tenemos a la anorexia nerviosa. Los pacientes con anorexia nerviosa van a realizar esfuerzos desmesurados para perder peso, estos pacientes por lo general van a negar que tengan algún tipo de problema respecto a su hábito alimenticio. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad. Esto es debido a que no existe un adecuado screening en estadios iniciales de esta enfermedad, Actualmente la anorexia nerviosa es un problema a nivel mundial, llegando a ser la tercera enfermedad crónica no transmisibles en el grupo etario de 13 a 21 años, actualmente los trastornos del comportamiento alimentario están con una tendencia de subida alarmante con respecto a años anteriores. La anorexia es una patología que afecta tanto a hombres como mujeres en cualquier momento de la vida, pero teniendo mayor prevalencia en adolescentes mujeres de 14 a 19 años con una relación de 10:1 con respecto a los hombres, pero según López Guimera et al, piensa que deberían realizar más estudios en la población masculina debido a que hay una corriente de la moda que hipersexualiza a la mujer asemejando más a una figura masculina. Como sabemos la adolescencia es una etapa en la cual hay muchos cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales, todos estos cambios van a provocar una vulnerabilidad en el adolescente para poder desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, este se va a presentar con mayor frecuencia en las adolescentes en las cuales hay una mayor presión del entorno, que en ciertas ocasiones las lleva a actuar de una manera determinada en cuanto a su conducta alimentaria, además de los factores sociales también existen factores genéticos que al asociarse con los

factores ambientales o sociales contribuyen en la expresión de los factores psicológicos que provocarían una alteración en la conducta alimentaria que puede ir desde un trastorno leve hasta uno grave, comprometiendo así la vida de la persona y no solo de esta sino también de su entorno más cercano que resulta también afectados. Si se trata oportunamente esta enfermedad es potencialmente curable, obteniendo resultados muy favorables, es por eso la importancia de este trabajo de investigación tratando de obtener en escolares de un colegio nacional y otro particular los síntomas de anorexia y poder identificar algún factor predisponente más asociado a esta patología.





CAPITULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnica

Encuesta, observación directa.

2. Instrumentos

- a. Cuestionario *“EAT-26: EATING ATTITUDES TEST: es una versión modificada de la versión original de David Garner y Paul Garfinkel creada en 1979 cuya versión original consta de 40 ítems (EAT-40) la cual fue reducida a 26 ítems en 1982 (EAT-26) que cuenta con una correlación de 0.98 respecto al EAT-40, es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con un adecuado valor de especificidad, apropiado para el cribado de TCA en población de riesgo y útil en atención primaria para su detección temprana en mujeres jóvenes”*(1)
- b. Ficha de recolección de datos que incluía: fecha, edad, tipo colegio (particular o nacional) y distrito de residencia

3. Ubicación Espacial Y Temporal

El estudio fue realizado en el departamento, provincia y ciudad de Arequipa, en una institución educativa pública nacional, Juana Cervantes de Bolognesi y en una institución educativa particular, De la Salle, de acuerdo a un sortero aleatorio entre los colegios de cercado y por la factibilidad de encontrar a la población diana o blanco de le estudio, durante el periodo comprendido del 21 de marzo hasta el 28 de marzo del año 2017

4. Población

El universo es todo escolar de la ciudad de Arequipa que se encuentra en 3ro, 4to y 5to de educación secundaria, la población fue los escolares de cercado de 3ro, 4to y 5to de educación secundaria con una edad comprendida entre 13 y 17 años.

5. Muestra:

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = Frecuencia de trastorno alimentario en adolescentes y jóvenes = 0.1

Según fuente diario la primera.

q = 1 - p

E = Error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n \approx 138 casos

A esto se agregará 62 casos más para evitar el sesgo de muestreo, la proporción de escolares de colegio particular y nacional será del 50% para cada uno. Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

6. Criterios de selección:

a. Criterios de Inclusión

- Vivir en la ciudad de Arequipa
- Escolares de sexo femenino
- Escolares entre los 13 y 17 años.
- Escolar que cursa el 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} de secundaria.
- Estudiar en colegio nacional o particular
- Escolar con el asentimiento informado

b. Criterios de Exclusión

- Escolares de sexo masculino
- Ficha de recolección mal llenada o con datos ausentes
- Escolar con familiares cercanos con algún trastorno de conducta alimentaria.
- Escolar menor de 13 años
- Escolar mayor a 17 años
- Escolar que no desee participar en el estudio

La selección de escolares se realizó en estricto cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, en el colegio “De la Salle” se entregó 150 encuestas de las cuales fueron respondidas correctamente 95. En el colegio “Juana Cervantes de Bolognesi” se entregaron una cantidad de 130 de las cuales fueron respondidas correctamente 103, obteniendo un total de 198 encuestas respondidas correctamente, cumpliendo con la muestra deseada

7. Validación del instrumento

“El instrumento utilizado (EAT-26) tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad. Se usó la versión validada al castellano por Gandarillas et al. Cada pregunta tenía 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre); las 3 primeras se calificaban con 0, la cuarta con 1, la quinta con 2 y la sexta con 3. La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, teniendo como precaución que la pregunta 25 se puntúa a la inversa: a mayor puntuación hay mayor riesgo de AN o BN. Esta versión tiene 3 sub escalas: a) dieta: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez; b) bulimia y preocupación por la comida: 6 ítems

sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y c) control oral: 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso.”(2)

8. Estrategia de recolección y manejo de datos

El proyecto de tesis fue presentado y aprobado por los directores responsables de las instituciones educativas en las cuales se realizó el estudio como fue el caso de la institución educativa nacional “Juana Cervantes de Bolognesi” y del colegio particular “De la Salle”. En el colegio particular “De la Salle” una vez conseguido el permiso se entregó las encuestas y la ficha de recolección de datos al coordinador encargado de cada sección previamente explicando el correcto llenado de la encuesta y la ficha de recolección de datos. Así mismo en la institución educativa nacional “Juana Cervantes de Bolognesi” las encuestas fueron tomadas por el investigador. durante el desarrollo de la encuesta se iban aclarando dudas que podían presentar respecto al llenado

9. A nivel de sistematización

Los datos obtenidos de la ficha de datos fueron procesados en una base de datos creada por el investigador mediante el programa Microsoft Excel 2013, donde se codifico el puntaje de la encuesta *Eating attitudes test* (EAT-26): La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado)

LA ESCALA *Eating Attitudes test* (EAT-26) nos evalúa el riesgo de presentar síntomas de anorexia, con un puntaje de ≥ 10 se consideró como un riesgo leve, un

puntaje ≥ 20 se consideró un riesgo elevado, se estableció estos puntos de corte de acuerdo al estudio realizado en Colombia, el puntaje Investigaciones con el EAT-26 en atención primaria muestran que tiene baja sensibilidad, pero buena especificidad, si se toma el punto de corte ≥ 20 . Sin embargo, con un punto de corte ≥ 11 se mejora la precisión diagnóstica y se reducen los falsos positivos. además, Eating attitudes test (EAT-26) evalúa 3 aspectos: Presión social, control de peso y dieta, se usó el baremo respectivo en proporción al número de ítems que correspondía.

10. A Nivel De Estudio De Datos

Los datos creados en el programa Excel 2013 fueron trasladados al programa estadístico IBM spss versión 23, en este se creó las variables, factor dieta, factor presión social, factor preocupación por la comida y síntomas de anorexia. Se realizó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión y pruebas de normalidad.

Para establecer las diferencias entre los diversos factores del Eating attitudes test (EAT-26) y el colegio de procedencia se usó la T de student.

Para establecer las diferencias entre los diversos factores del Eating attitudes test (EAT-26) y la edad se usó la prueba ANOVA de un factor.

Para todas las pruebas estadísticas se usó un error alfa del 5%, con un nivel de confianza del 95%.



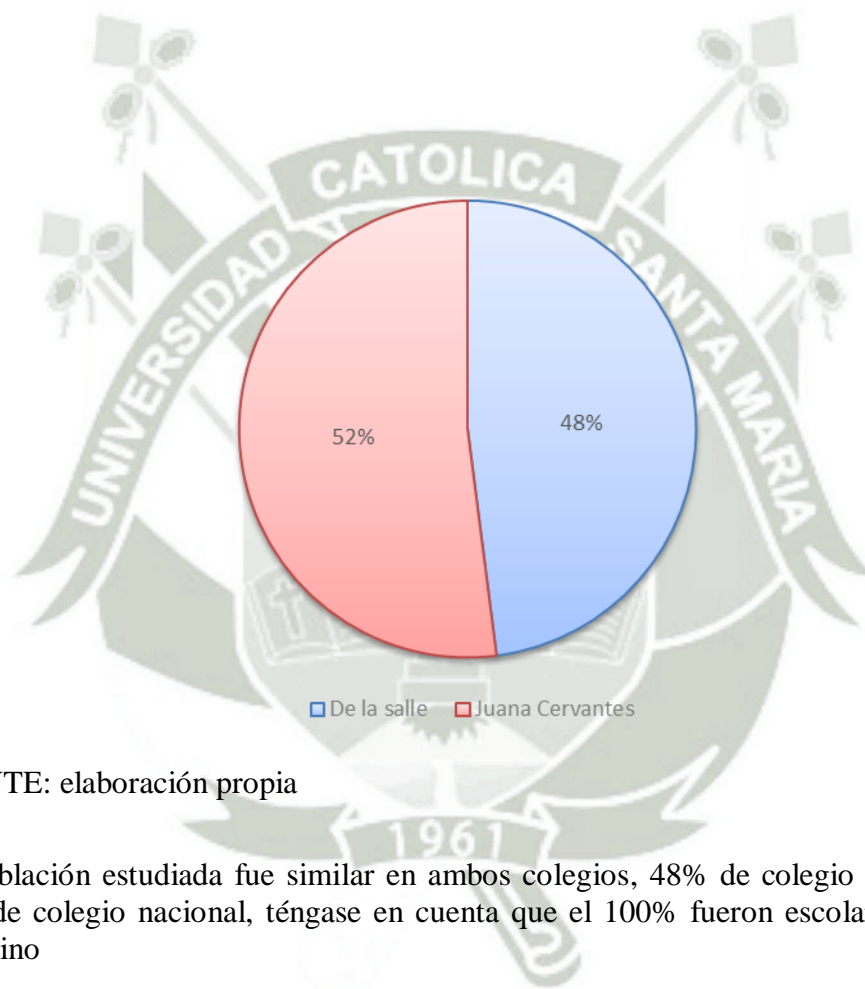
CAPÍTULO II

RESULTADOS

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°1

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL COLEGIO DE PROCEDENCIA DE
LOS ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



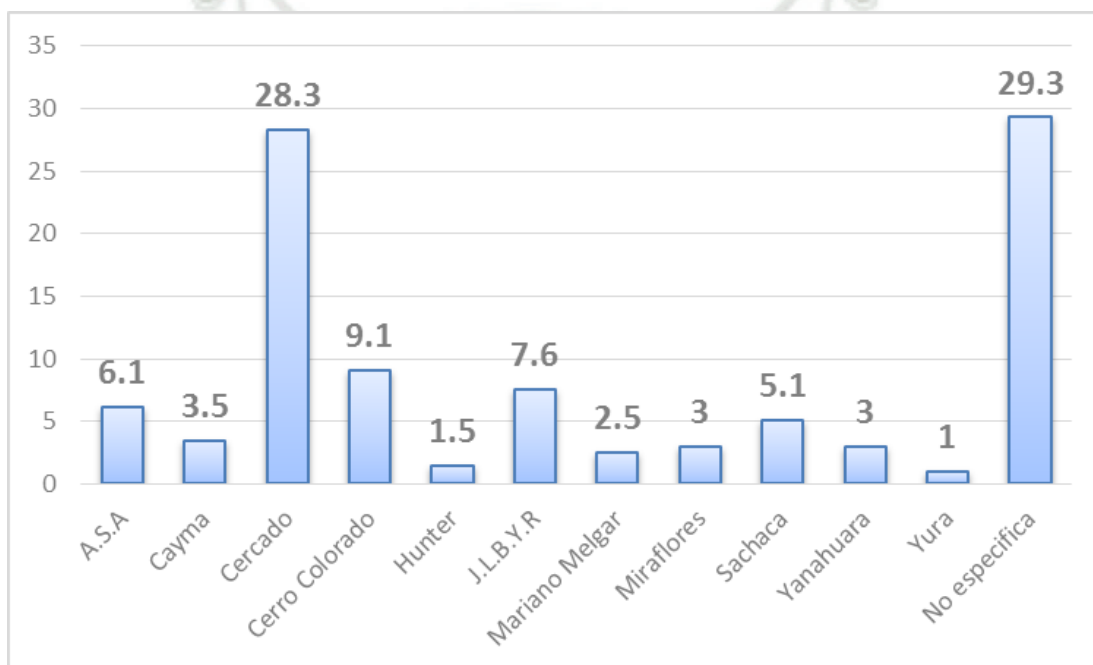
FUENTE: elaboración propia

La población estudiada fue similar en ambos colegios, 48% de colegio particular y 52% de colegio nacional, téngase en cuenta que el 100% fueron escolares de sexo femenino

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°2

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DISTRITO DE PROCEDENCIA DE
LOS ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



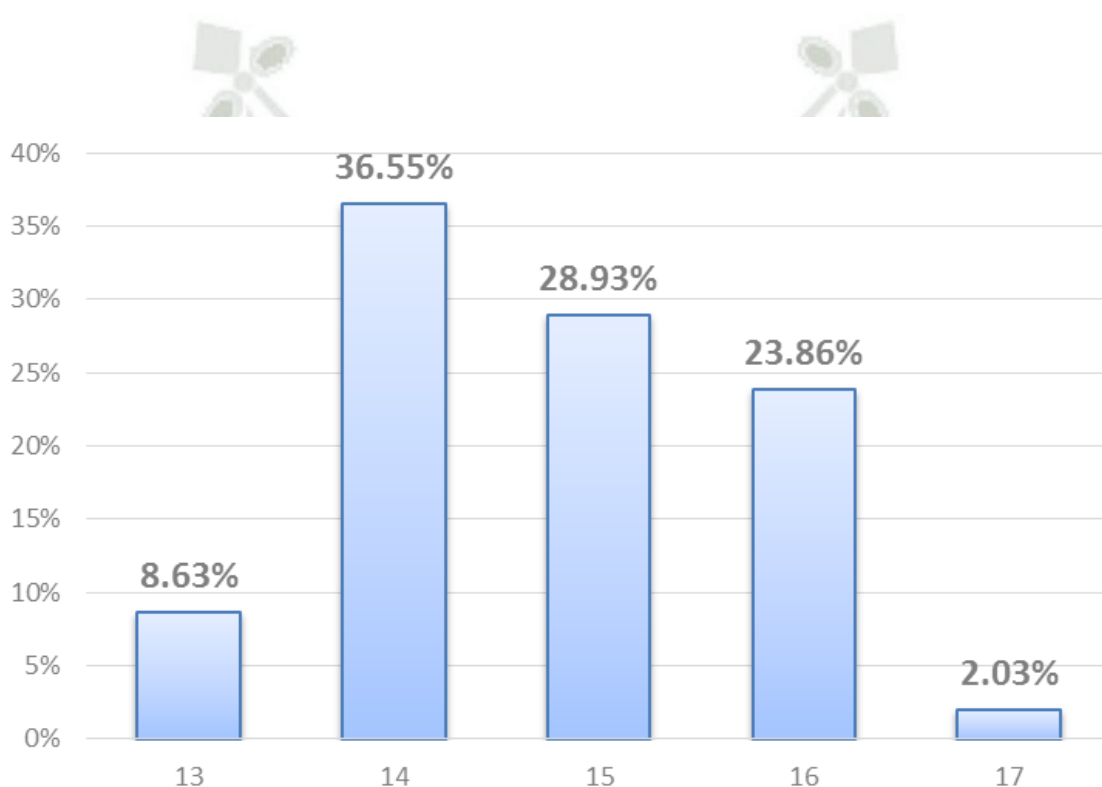
FUENTE: elaboración propia

La mayor cantidad de escolares (28.3%) procedían del cercado, además que el 29.3% de escolares no colocaron su distrito de procedencia a pesar de la explicación previa.

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°3

**DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS ESCOLARES,
AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



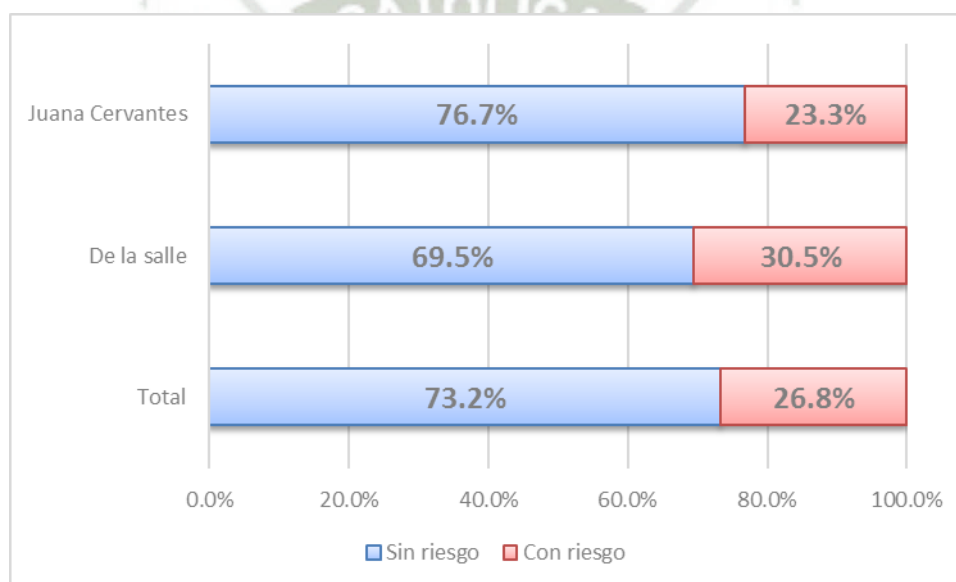
FUENTE: elaboración propia

Se observa que la mayor cantidad de escolares de estudio (36.55%) tenían 14 años, mientras que la menor cantidad fueron de 17 años (2.03%)

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°4

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL RIESGO SEGÚN EL FACTOR DIETA
DEL CUESTIONARIO EAT-26, SEGREGADO POR COLEGIO DE
PROCEDENCIA, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



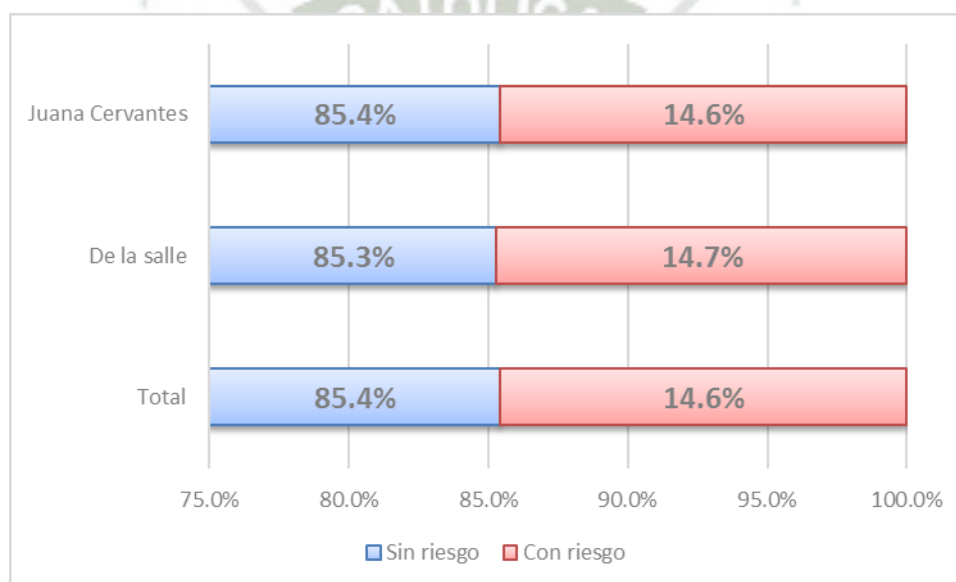
FUENTE: elaboración propia

Se observa que el 27% de escolares estudiados tienen síntomas de anorexia relacionados a la dieta, con mayor porcentaje en colegio De la Salle.

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°5

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL RIESGO SEGÚN EL FACTOR
PREOCUPACION POR LA COMIDA DEL CUESTIONARIO EAT-26,
SEGREGADO POR COLEGIO DE PROCEDENCIA, AREQUIPA MARZO
2017 (N=198)**



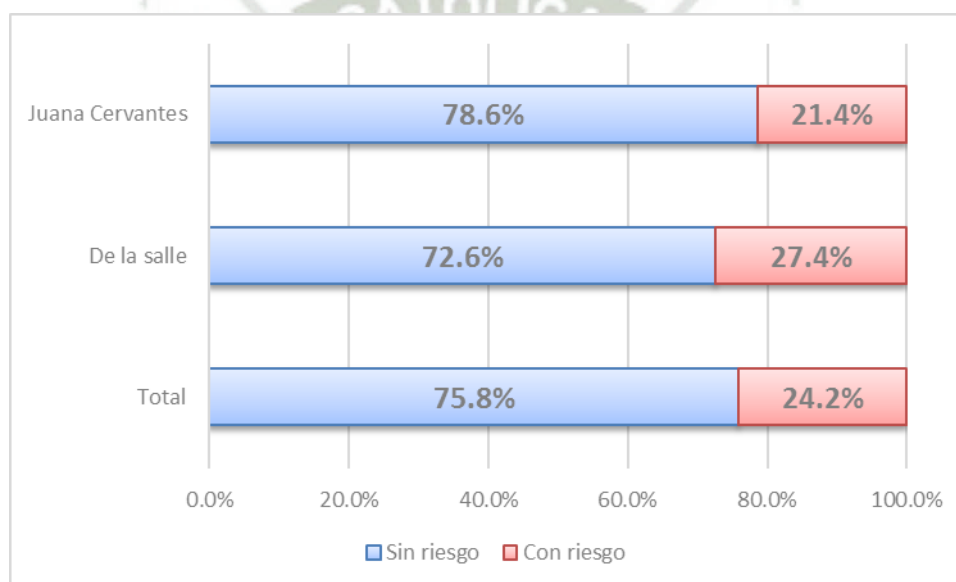
FUENTE: elaboración propia

Se observa que el 15% de escolares estudiados tienen síntomas de anorexia relacionados a la preocupación por la comida, no habiendo diferencias entre ambos colegios.

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°6

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL RIESGO SEGÚN EL FACTOR
PRESION SOCIAL DEL CUESTIONARIO EAT-26, SEGREGADO POR
COLEGIO DE PROCEDENCIA, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



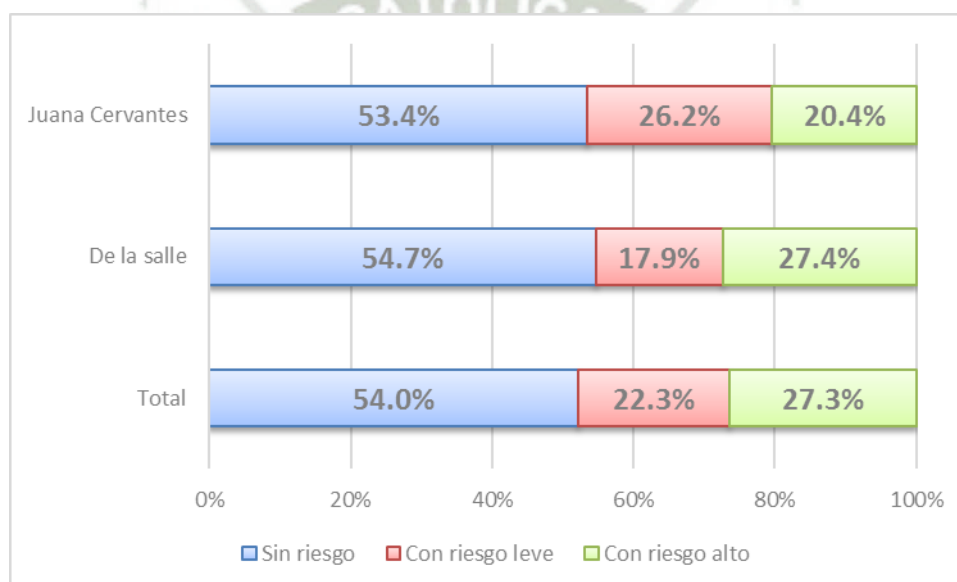
FUENTE: elaboración propia

Se observa que un 24% de escolares estudiados tienen síntomas de anorexia respecto a la presión social, con ligera tendencia mayor en el colegio De la Salle

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°7

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL RIESGO DE PRESENCIA DE
ANOREXIA SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26, SEGREGADO POR
COLEGIO DE PROCEDENCIA, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



FUENTE: elaboración propia

Se observa que más del 50% de la población estudiada presenta síntomas de riesgo para desarrollar anorexia

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Tabla N°1

**DIFERENCIAS DE LOS ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS ENTRE LAS
CARACTERISTICAS DEL EAT-26 Y LA PROCEDENCIA DE COLEGIOS
EN LOS ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**

Factores del EAT- 26		Descriptivos			Mínimo	Máximo
		Media	Mediana	Desviación estándar		
factor dieta	La Salle	7.3	5	8.9	0	34
	Juana cervantes	6.4	4	7	0	30
factor preocupación	La Salle	2.24	0	4	0	18
	Juana cervantes	2.1	0.32	3	0	16
factor presión social	La Salle	2.43	1	3	0	12
	Juana cervantes	2.02	1	2	0	9
síntomas de anorexia	La Salle	14.27	8.5	14.3	0	65
	Juana cervantes	12.6	8.5	12	0	56

FUENTE: elaboración propia

La media en los diferentes puntajes en la mayoría fue más en el colegio De la Salle.

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Tabla N°2

**DIFERENCIAS ENTRE LAS CARACTERISTICAS DEL EAT-26 Y LA
PROCEDENCIA DE COLEGIOS EN LOS ESCOLARES, AREQUIPA
MARZO 2017 (N=198)**

Características del test EAT - 26	MEDIA DE ESCOLARES EN LOS COLEGIOS			
	F	t	gl	valor p
factor dieta	3,500	0.809	196	0.063
factor preocupación	0.796	0.187	196	0.373
factor presión social	6,448	0.83	196	0.012*
Síntomas de anorexia	3,948	0.838	196	0.048*

FUENTE: elaboración propia

*La diferencia entre los grupos se estableció mediante la prueba T de student.

“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES, AREQUIPA, MARZO 2017”

Tabla N°3

DIFERENCIAS DE LOS ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS ENTRE LAS CARACTERISTICAS DEL EAT-26 Y LA EDAD DE LOS ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)

FACTORES DEL EAT - 26	Edad	n	Media	DS	Mín	Máx	Prueba de homogeneidad de varianzas		ANOVA	
							Estadístico de Levene	Valor p	F	Valor p
factor dieta	13	17	4.02	4.30	0	16	8.9	0.001	6.81	0.001
	14	72	4.83	5.20	0	27				
	15	57	7.61	7.10	0	30				
	16	47	10.37	9.50	0	34				
	17	4	3.00	4.24	0	9				
	Total	197	6.85	7.30	0	34				
factor preocupación	13	17	0.83	1.29	0	3	7.1	0.001	2.5	0.041
	14	72	1.21	2.16	0	9				
	15	57	2.86	4.20	0	18				
	16	47	3.45	4.20	0	18				
	17	4	1.75	3.50	0	7				
	Total	197	2.20	3.50	0	18				
factor presión social	13	17	1.47	2.00	0	6	1.9	0.097	4.3	0.002
	14	72	1.72	2.50	0	11				
	15	57	2.22	2.90	0	12				
	16	47	3.20	3.40	0	12				
	17	4	1.75	2.00	0	4				
	Total	197	2.22	2.80	0	12				
Síntomas de anorexia	13	17	7.97	6.70	0	26	7	0.001	5.6	0.001
	14	72	9.24	8.90	0	41				
	15	57	15.02	13.40	1	56				
	16	47	20.27	16.40	0	65				
	17	4	8.70	11.50	3	26				
	Total	197	13.42	13.10	0	65				

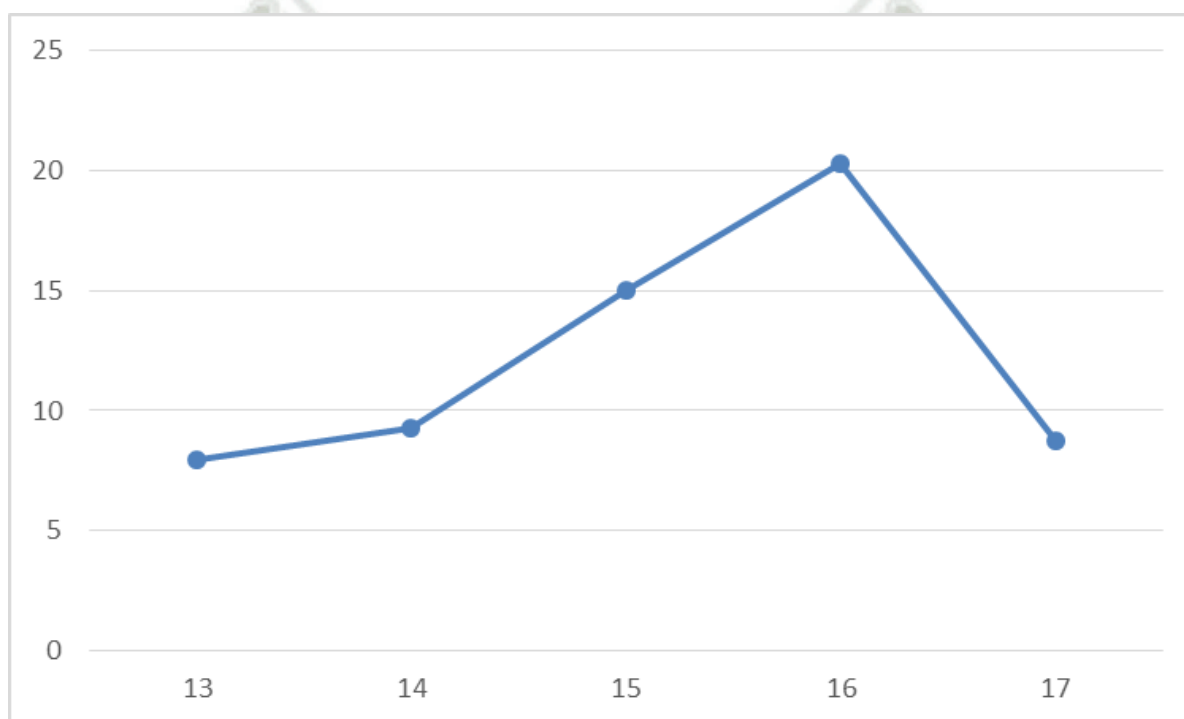
FUENTE: elaboración propia, DS: desviación estándar.

*Se utilizó la prueba de ANOVA de un factor para establecer las diferencias entre los grupos con nivel de confianza del 95% con un valor $p < 0.05$

**“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA
EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES,
AREQUIPA, MARZO 2017”**

Grafico N°8

**TENDENCIA DE LA EDAD EN RELACION AL RIESGO DE
DESARROLLAR SINTOMAS DE ANOREXIA SEGÚN EL EAT-26 EN LOS
ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)**



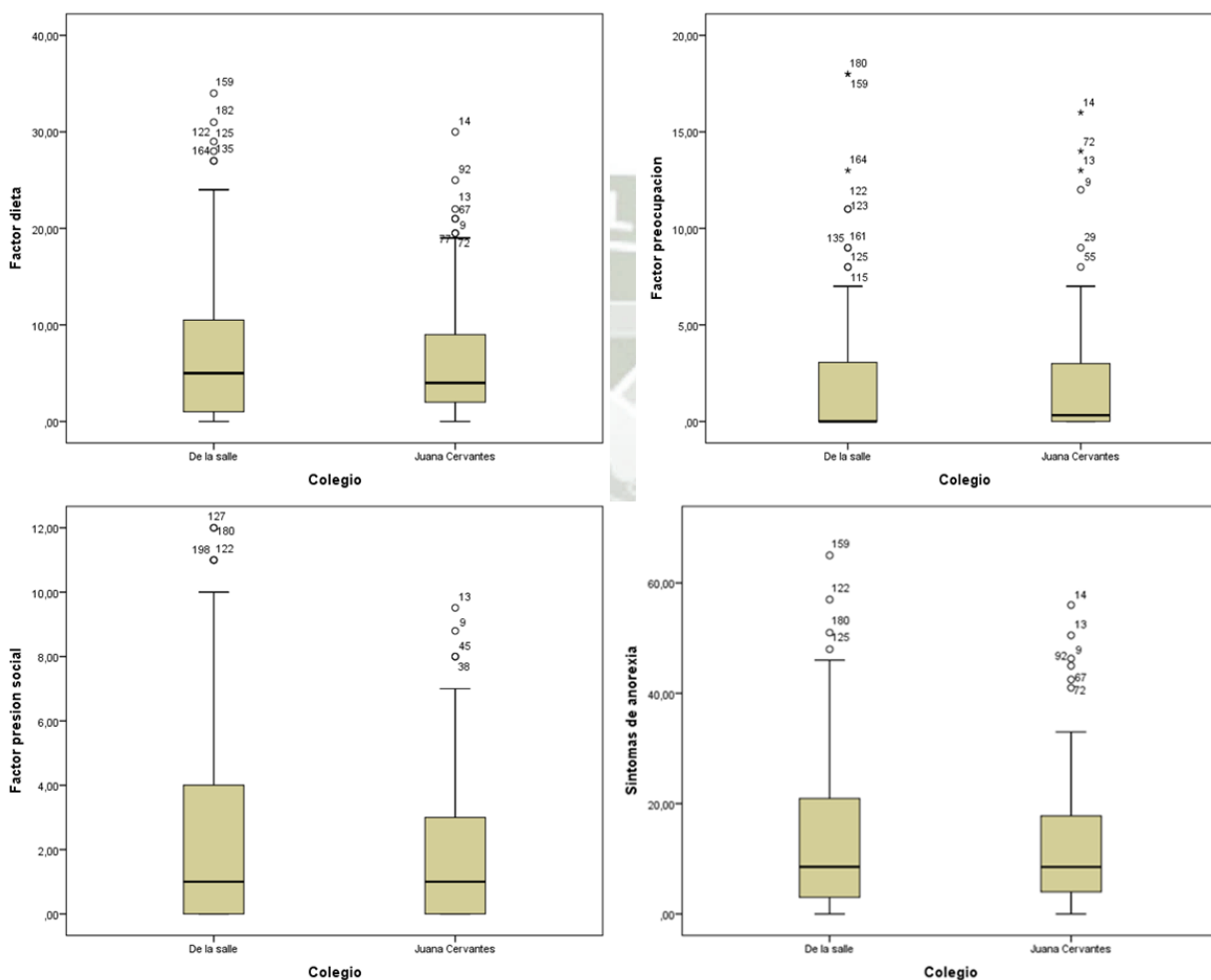
Fuente: Elaboración propia

Se observa que a la edad de 14 años empiezan a aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de anorexia con un pico máximo a los 16

“COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA EN ESCOLARES DE COLEGIOS NACIONALES Y PARTICULARES, AREQUIPA, MARZO 2017”

Grafico N°9

TENDENCIA DE LOS VALORES EN RELACION AL RIESGO DE DESARROLLAR SINTOMAS DE ANOREXIA SEGÚN EL EAT-26 EN LOS ESCOLARES, AREQUIPA MARZO 2017 (N=198)



FUENTE: elaboración propia

El grafico muestra los valores extremo que existen en cada uno de los factores del EAT-26.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para poder identificar la frecuencia de síntomas que se encuentran presentes en los escolares de sexo femenino de la ciudad de Arequipa y a su vez comparar si el colegio de donde proviene influye en el desarrollo de estos síntomas o no; Para este fin se estudiaron dos colegios, uno particular y uno nacional. Como colegio particular se escogió al colegio “De la Salle” en el cual se evaluaron a 95 alumnas entre 13 y 17 años de edad. Como colegio nacional se estudió a la institución educativa nacional “Juana Cervantes de Bolognesi” con 103 alumnas participantes. En todo el proceso del estudio se mantuvo la confidencialidad de las escolares, es así que obtuvimos los siguientes resultados:

Como se puede observar en el Grafico N°1, el 100% de población fueron de sexo femenino, esto se decidió en base a que las adolescentes de sexo femenino presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas de anorexia según el estudio de *Frédérique R. E. Smink et al* en cual señala que las tasas de incidencia son más altas para las mujeres de 15 a 19 años de edad. Este grupo etario constituyen aproximadamente el 40% de todos los casos, lo que resulta en una tasa de incidencia de 109,2 por 100 000 niñas de 15 a 19 años por año. La incidencia de AN entre los varones fue inferior a 1 por 100 000 personas al año en los Países Bajos y el Reino Unido (3)

En nuestro estudio también se encontró, como se puede evidenciar en el Grafico N°2, que la mayoría de alumnas participantes tenían residencia en el cercado con un 28.3%, algo llamativo del estudio fue que a pesar de haber explicado claramente sobre la importancia de llenar todos los ítems de la ficha de recolección de datos hubo un 29.3% de participantes que no consigno este dato, esto podría deberse a una falta de interés para el desarrollo de este tipo de encuestas, otra posible causa podría ser la falta de comprensión lectora en los estudiantes, siendo las escolares de colegio nacional las que en menor cantidad colocaron su distrito de residencia (36%)

pudiendo atribuir esto a un déficit en la comprensión lectora de los escolares del colegio nacional respecto a los escolares de colegio particular como se señala en el estudio realizado por *Ana Esther Delgado Vásquez et al*, en la cual hace referencia que los alumnos instituciones educativas particulares tienen una mejor comprensión general del texto, y además tienen una mejor capacidad para establecer relaciones de causa-efecto entre hechos específicos que escolares de instituciones educativas nacionales.(4)

En nuestro estudio se observó que la mayor cantidad de escolares tienen 14 años (36.55%) como se observa en el Gráfico N°3, similares resultados encontraron S. Moraleda Barba et al con una proporción de 35.98%(5). El rango comprendido de 14 años a 16 años representa casi el 90% de la población total, con una edad media de 14.73 años, a diferencia de un estudio realizado por A. Martínez Martínez et al encontraron una edad media de 16.4 años. Con un rango de población de 14 a 22 años(1). Esto se correlaciona con la literatura que indica que el periodo de mayor riesgo para desarrollar los trastornos de conducta alimentaria es el periodo de la adolescencia comprendido entre los 14 y 19 años, a predominio del sexo femenino.

En el Gráfico N°4 de nuestro estudio se evidencia que un 26.8% de la población estudiada presenta un riesgo de desarrollar anorexia relacionado al factor dieta, con un porcentaje mayor el colegio Particular con un 30.5%, a diferencia del colegio Nacional donde se obtuvo un 23.3%, estos resultados evidencian que el colegio privado tiene una mayor tendencia a hacer restricción de los alimentos para contrarrestar el peso, esta es una característica esencial en los pacientes que presentan síntomas de anorexia.(3)(6)(7). La puntuación media del colegio particular fue de 7.3 y del colegio nacional 6.4 con una diferencia no significativa ($F=3.5$; $T=0.8$; $p=0.063$).

En relación al aspecto de preocupación por la comida tanto en el colegio privado y público no se observó diferencias ya que ambas tenían un 14.6% de conductas de riesgo en relación a la preocupación por la comida como se observa en el Grafico N°5, esto se podría explicar por las costumbres poblacionales y socioculturales de la ciudad de Arequipa, ya que su comida se caracteriza por ser rica en carbohidratos y alimentos grasos. La media del colegio particular fue de 2.24 a diferencia del colegio nacional de 2.1 con una diferencia no significativa ($F=0.79$; $T=0.18$; $p=0.373$)

Múltiples estudios confirman la relación que existe entre el ámbito social y su influencia directa sobre el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, es así que A. Martínez Martínez hace referencia a la gran importancia que tienen los factores ambientales, culturales y la presión social sobre las conductas alimentarias que puede tener el adolescente(1), todo esto lleva al adolescente a darle mucha mayor importancia al aspecto corporal, a pensar que una figura delgada y esbelta es lo ideal y si no consigue ésta, no tendrá la aceptación social deseada, esto se respalda también por el estudio realizado por J.L. Cabrea Mateos en el que agrega que los medios comunicación, en especial mención la televisión, bombardean a los adolescente con mensajes inapropiados que dan mayor importancia a la estética corporal(8). La encuesta EAT-26 en uno de sus factores se evalúa también la presión social que ejerce su entorno en relación a la ingesta de comida y el peso, es decir una figura delgada. En el Grafico N°6 de nuestro estudio evidenciamos que los escolares tienen un 24.2% de conductas de riesgo en relación a presión social, con una predilección por el colegio privado con 27.4% a diferencia del colegio nacional que obtuvo un 21.4%, con una diferencia estadísticamente significativa, $p<0.05$, además se evidencia que tiene un OR de 0.78 a favor del colegio nacional, resultados similar encontró A. Martínez Martínez en el que encuentra un OR de 0.7 para el colegio

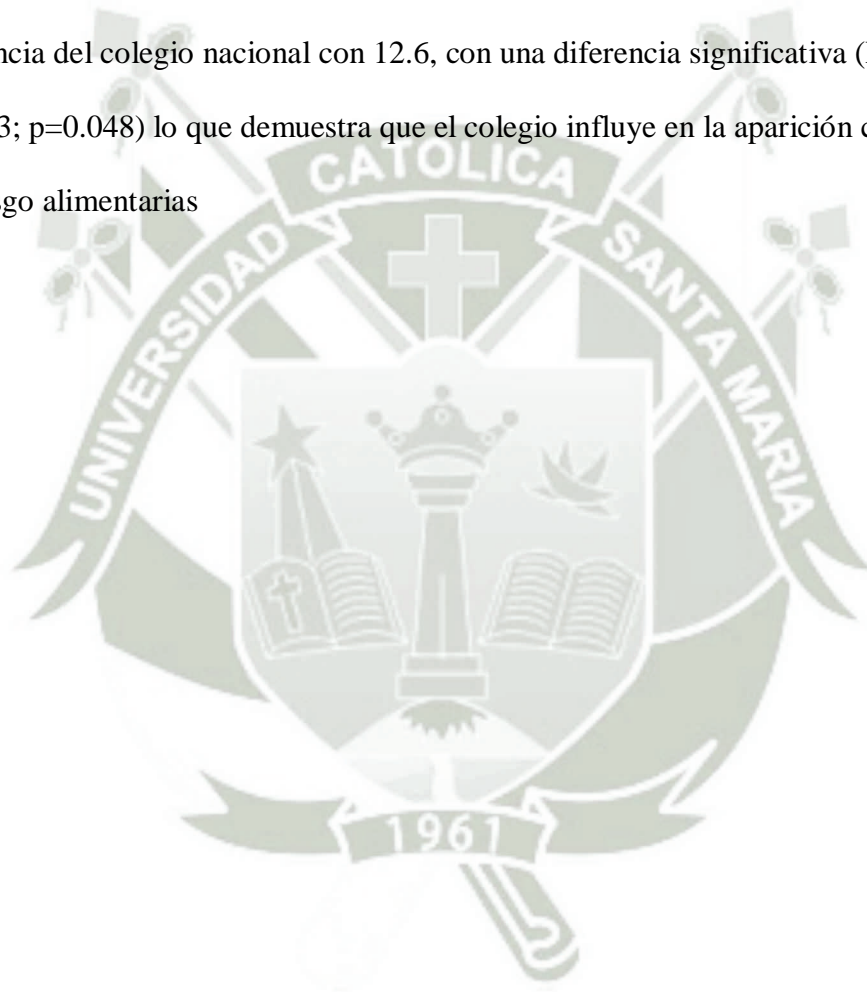
público.(1) Se podría extrapolar que el colegio público podría ser un factor protector para la presión social, pero esto debe tomarse con cautela debido al diseño de estudio y el tamaño de población. La puntuación media obtenida por el colegio particular fue de 2.43 mientras que en el colegio nacional fue de 2.02, con una diferencia significativa ($F=6.44$; $T=0.83$; $p=0.012$) lo correlaciona con anteriores resultados.

Encontrar a los paciente con anorexia a temprana edad es muy importante y de mucha ayuda para evitar la cronicidad y poder dar un tratamiento oportuno que con lleve a una pronta recuperación, lamentablemente no existe prueba para este fin, lo que se encuentra al alcance de nosotros son test o cuestionarios que evalúan conductas de riesgo y síntomas que podrían indicar que el paciente necesita evaluación especializada, en nuestro estudio para este fin y cumpliendo los objetivos del estudio es que se usó el cuestionario EAT-26, y como se observa en el Grafico N°7, con un punto de corte de 10 tenemos un 49.10% de alumnas con conductas de riesgo, si usamos un punto de corte de 20 disminuye a 27.3%, estos puntos de corte varían de acuerdo a la sensibilidad y especificidad(2). Dando así que el punto de corte 20 es más específico es decir que estos pacientes tienen mucha más probabilidad de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia(9). Úrsula Gayou-Esteva et al, encontraron en su población estudiada que con un punto de corte de 10 se obtuvo una prevalencia de 33.1% y con un punto de corte de 20 se obtuvo un 5.8% (10) esto difiere de nuestro resultados tal vez se puedan explicar por la características étnicas de cada país.

Estudios demuestran que la edad influye en la aparición del trastorno de conducta alimentaria es así que J.L: Cabrera Mateos encuentra que a los 12 años presentas un 36.8% de riesgo esto decrece hasta el 6.5% a los 18 años(8), Esto difiere de nuestro estudio en la edad de aparición ya que nosotros encontramos un pico máximo a los

16 años representado un 70% de conductas de riesgo, pero esto disminuye a los 17 años hasta un 25 Grafico N°8

Nuestro estudio puso en evidencia que el colegio privado presentas valores más alejados de la media a comparación del colegio nacional y de su mismo grupo, como se puede ver en el Grafico N°9, es decir, que los escolares del colegio privado tienen más posibilidad de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, como la anorexia. El colegio privado presento una media de 14.27 para el EAT-26 a diferencia del colegio nacional con 12.6, con una diferencia significativa ($F=3.94$; $T=0.83$; $p=0.048$) lo que demuestra que el colegio influye en la aparición conductas de riesgo alimentarias





CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Primera: Aproximadamente la mitad de la población total (49.6%) presenta conductas alimentarias de riesgo, entre leves y moderadas, además una cuarta parte presenta síntomas de anorexia

Segunda: Que un cuarto de la población necesita atención médica especializada.

Tercera: Los síntomas de anorexia se encuentran relacionada con la edad apareciendo a los 14 años hasta llegar un pico máximo a los 16 para posteriormente descender.

Cuarta: En el colegio privado se encuentra una mayor proporción de escolares con síntomas de anorexia y conductas de riesgo alimentario en comparación al colegio nacional.

Quinta: Se evidencia que el factor de presión social influye en los escolares para desarrollar conductas de riesgo alimentarias, con una mayor proporción en el colegio privado.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda al colegio particular implementar un programa de consejerías sobre trastornos de conducta alimentaria, debido a que presentó una alta tasa de síntomas evaluados según el EAT-26

Segunda: Se recomienda a la institución educativa nacional implementar un programa de consejerías sobre trastornos de conducta alimentaria, debido a que presentó una alta tasa de síntomas evaluados según el EAT-26

Tercera Se recomienda al personal de salud de atención primaria que adquiera conocimientos sobre estos trastornos de conducta alimentaria, para poder detectar tempranamente la conducta de riesgo y dar tratamiento oportuno.

Cuarta Se recomienda ampliar más estudios sobre este tema con una población mayor en diferentes colegios, de diferentes distritos de Arequipa agregando las variables condición socioeconómica, características de núcleo familiar y escolares del sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez AM, Martínez DM, Trapiello MJS, Vicente MS, Gil PS. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. 2000;25:313–9.
2. Constaín GA, Ramírez CR, Rodríguez-gázquez MDLÁ, Gómez MÁ, Marín C, Agudelo C. Atención Primaria 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 ., Atención Primaria [Internet]. 2014;46(6):283–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
3. Smink FRE, Hoeken D Van, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders : Incidence , Prevalence and Mortality Rates. 2012;406–14.
4. De A, Primaria GDE, Educativos DEC. Comparación de la comprensión lectora en alumnos de 4.º a 6.º grado de primaria de centros educativos estatales y no estatales de lima metropolitana. 2005;
5. Barba SM, Alonso NG, Viñas JMC, Morena JC De, Gómez RG, Sánchez MA, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Atención primaria [Internet]. 2001;28(7):463–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70422-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70422-2)
6. Bedoya K, Ríos C. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes. Salud Ment [Internet]. 2015;35(6):1–31. Available from: http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/3293/DDEPCEPN_A15.pdf?sequence=1
7. Revisión N, Ojeda GA. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA : ANOREXIA. 2006;
8. Mateos JLC, Perdomo IT, Álvarez AB. RIESGO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES DE UN AREA DE SALUD. Semer Med Gen / Fam [Internet]. 2006;32(6):258–64. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73270-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73270-1)
9. Romero J, Montan T, Ja I, Leo P, Milla M. Analisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. 2009;132(3):83–8.

10. Gayou-esteva U, Ribeiro-toral R. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. 2014;5:115–23.
11. Mentales DELOST. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
12. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. Masson S A Barcelona [Internet]. 2005;1:1–13. Available from:
[10.%5Ctcatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf](http://10.5Ctcatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf)
13. Dra. Cristina Martín. Anorexia nerviosa: Definición.
http://www.onmeda.es/enfermedades/anorexia_nerviosa-causas-1535-3.html. 2016. p. 9.
14. Cancela M del P. Estadísticas de anorexia. 2013. p.
<http://www.aperderpeso.com/ana-y-mia/estadisticas->
15. Cruzat C, Desarrollo U. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción , Chile Eating Disorders and Perceived Family Functioning in a Sample of High School Students of Concepción , Chile. 2008;17:81–90.
16. Woerwag-mehta S, Treasure J. Causas de la anorexia nerviosa. Psiquiatr biológica [Internet]. 2009;16(1):32–7. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934\(09\)71888-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934(09)71888-3)
17. Criterios A, Tca DL. criterios diagnósticos de los tca según cie-10. 1992;157–63.
18. Eguiluz I, Alimentaria C. Idoya Eguiluz. Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (2006) 277-284. 2006;3:277–84.
19. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol y Nutr [Internet]. 2006;53(2):113–23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0922\(06\)71077-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0922(06)71077-4)
20. Pronóstico CY, Mar DRA, Nica ÍAVERÓ, C PSCLÓPEZ, B DRAMM, De LT, et al. ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y PARTE II . TRATAMIENTO , COMPLICACIONES EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE. 2012;23(5):579–91.
21. De R. Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. 2006;16(2):77–83.
22. M AU, R SC, O AL, P CL. PREVALENCE OF RISK OF EATING

- DISORDERS IN. 2011;38(5):128–35.
23. Benavente MD, Morilla FR, Leal CM, Benjumea MVH. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Atención primaria [Internet]. 2003;32(7):403–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70756-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70756-2)
24. Esteban C, Rosas B. FACTORES DE RIESGO E INDICADORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Carlos Esteban Borrego Rosas* Universidad César Vallejo y Universidad Nacional Mayor de San Marcos. :13–50.
25. Meza E, Llerena V, Rivera V, Yupanqui M. Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas of biomedical careers. 2015;35(3):17–26.





ANEXO 1
**PROYECTO DE
INVESTIGACION**

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**COMPARACION DE LOS SINTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN
EL EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) EN ESCOLARES DE COLEGIOS
NACIONALES Y PARTICULARES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA,
MARZO 2017**

Autor:

RUIZ DE SOMOCURCIO MEDINA CARLO CESAR

Proyecto de investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

DR. JUAN MANUEL ZEBALLOS RODRIGUEZ

Arequipa - Perú

2017

I. PREÁMBULO

Los trastornos alimenticios son manifestaciones extremas de preocupaciones sobre el peso y la comida, experimentados por mujeres y hombres. Éstos incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el comer compulsivamente. Todos éstos son problemas emocionales que pueden llegar a tener consecuencias mortales. En los últimos años los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud, ocasionando secuelas físicas como psicológicas y sociales, esto problemas no solo afecta al paciente sino también a el entorno familiar y social más próximo.

La alimentación es una de las primeras necesidades básicas humanas, el ser humano, como todos los seres vivos es una especie de máquina compuesta por órganos. Como todas las máquinas, emplea energía, que transforma convenientemente para llevar a cabo las funciones para las que está concebida. La alimentación es una necesidad básica primaria que está relacionada con la promoción de la salud y del bienestar físico y emocional de las personas.

Los alimentos son las sustancias orgánicas (de origen animal y vegetal) e inorgánicas que ingiere el ser humano y que transforma en la energía que le permite pensar, relacionarse, y realizar todas las actividades básicas de la vida cotidiana. El ser humano aprovecha esta energía para llevar a cabo sus actividades. Los seres humanos necesitan captar y aprovechar los elementos necesarios para su normal desarrollo y evolución

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa en los escolares de colegios nacionales y particulares de la ciudad de Arequipa, Marzo, 2017

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Anorexia Nerviosa

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Síntomas de anorexia nerviosa	Eating attitudes test (EAT-26)	Anorexia nerviosa	Nominal
Estudiante de colegio nacional y particular.	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Edad	Años	Discreta

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de variable
	Tipo de colegio	Nacional Particular	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa en escolares procedentes de colegios de Arequipa, 2017?
2. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa en escolares procedentes de colegios nacionales de Arequipa, 2017?
3. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa en escolares procedentes de colegios particulares de Arequipa, 2017?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre los síntomas de anorexia nerviosa y el tipo de colegio de procedencia?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo. observacional, descriptivo y transversal.

1.3. Nivel de investigación: Correlacional

1.4. Justificación del problema

Con la presente investigación se espera establecer la frecuencia de síntomas de uno de los trastornos alimenticios más comunes en adolescentes como es la anorexia, en colegios nacionales y compararlos con la frecuencia de síntomas en colegios particulares de Arequipa en el año 2017. Tratando de establecer una relación sociocultural o tratar de identificar alguna otra causa como factor

predisponente a un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia. Teniendo en cuenta que las alteraciones alimenticias, en particular la anorexia, son un problema sanitario grave y que cada vez son más frecuentes y que afecta, no solo a la persona que la padece, sino a su entorno familiar, así como social más cercano. Debemos tener en cuenta que, procurando un tratamiento oportuno, así como una psicoprofilaxis adecuada se ha demostrado que el pronóstico de los trastornos de conducta alimentaria mejora notablemente y así como también con un tratamiento precoz, y este hace referencia a un tratamiento de carácter multidisciplinario, psicoterapéutico preventivo o de refuerzo, breve y focalizado. Se trata de una técnica de la psicología que busca ayudar al paciente en el control de las emociones, actitudes y comportamientos que pueden llegar a condicionar el desarrollo de las acciones médicas, evitando así las complicaciones que conllevan todos los trastornos alimentarios. Entonces lo importante es poder conocer que factores pueden causar una predisposición a padecer de este trastorno alimentario como la anorexia y poder empezar un tratamiento oportuno

2. Marco conceptual

2.1. Introducción

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen a ser un grupo de patologías de salud mental y entidades clínicas que por lo general están relacionadas con alteraciones en el comportamiento además de un disturbio persistente en las actitudes que toman las personas en relación a la ingesta de alimentos las cuales con el tiempo van a ser causantes de trastornos serios que se asocian de manera muy importante a una alta morbilidad y mortalidad en el paciente que las padece. Dentro de los

trastornos de conducta alimentaria una de las principales patologías es la anorexia nerviosa

Según DSM5 la anorexia se clasifican en: (11)

- Anorexia nerviosa (307.1)
 - a) Purgativo
 - b) restrictivo.

2.2. ANOREXIA NERVIOSA (307.1)

Es el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. (12) “El término anorexia proviene del griego: *an* (falta) y *orexis* (hambre), lo que conduce a error ya que en la **anorexia nerviosa** no existe inapetencia, sino que es la conducta alimentaria la que está alterada. El adjetivo nervioso hace referencia al origen psicológico de este trastorno.” (13) Además en estos individuos se puede encontrar una excesiva preocupación por el aspecto corporal, el peso y aceptación propia de su imagen corporal

En la anorexia nerviosa encontramos dos subtipos:

Tipo restrictivo (F50.01): en la cual el individuo durante los últimos 3 meses no ha presentado episodios recurrentes de atracones o purgas, llámese purgas a vómitos auto provocado, uso de diuréticos, laxantes o enemas. En este subtipo la pérdida de peso se debe principalmente a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones / purgas (F50.01): en la cual el individuo ha tenido Durante los últimos tres meses, episodios recurrentes de atracones o purgas

Gravedad del problema:

Leve: IMC 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

2.2.1. EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que 1 de cada 100 niñas/adolescentes padece de anorexia, mientras que cerca del 3% desarrolla bulimia. La prevalencia en un año de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 %. La anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres, la proporción entre mujeres y hombres es de aproximadamente 10:1 aunque en los últimos años la diferencia se va acortando (11)(14) La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y en Estados Unidos por Van Hoeken y cols indicaron que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3 % para la anorexia nerviosa. La incidencia total es de al menos 8 por cada 100 mil personas al año. Además, la incidencia a aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad (15)

2.2.2. ETIOLOGIA

Hasta el momento no se ha podido establecer con exactitud una causa específica de los trastornos de la conducta alimentaria. Se conocen un número de posibles factores de riesgo con niveles diferentes de respaldo y correlación empírica con la anorexia nerviosa.

En la gran mayoría de casos la anorexia nerviosa empieza durante la pubertad, en la cual es conocido que existen gran variedad de cambios tanto biológicos como psicológicos además de gran vulnerabilidad a las influencias sociales. Cuando existe una interacción entre diversos factores de riesgo genético, biológico, psicológicos y

factores estresantes medioambientales se puede desencadenar su inicio ya que este es un periodo vulnerable del desarrollo. (16)

Se conocen algunos factores de riesgo, dentro de los más importantes podemos mencionar, el aspecto temperamental o de carácter, ambientales, genéticos y fisiológicos

Factor carácter personal: hace referencia a la manera natural en la que el individuo interactúa con su entorno, se conoce que pacientes con algún trastorno obsesivo son más propensos a desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria

Factor Ambiental: hace referencia a la importancia de la influencia del medio que nos rodea y cómo así puede influir sobre los individuos, es por eso que la anorexia nerviosa es más prevalente en los entornos en los que se le da mayor importancia a la delgadez

Factor genético: Se ha propuesto que muchos de los factores de riesgo psicológicos podrían ser un reflejo de la predisposición, genética y las interacciones entre genes y medio ambiente “Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos”(11), la genética parece explicar entre el 60 y 70% de la vulnerabilidad para este trastorno (Silva, Mesa & Escudero, 2014), así como la influencia del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (FNDC) (Ribasés et al., 2005, citado por Palacios & Palacios, 2006).(6)

2.2.3. CUADRO CLINICO

El cuadro clínico, en la mayor parte de casos es muy variado, presenta gran variedad de manifestaciones y clínicamente no ofrece dificultades para el diagnóstico.

La mayoría de veces el caso típico es en un adolescente en etapa puberal o prepuberal que, por voluntad propia, y a veces deliberadamente, restringe la ingesta de alimentos provocando así una pérdida de peso muy importante, que como efectos secundarios puede presentar ya sea antes o después amenorrea y que forma una figura casi siempre desagradable por el adelgazamiento.

Los pacientes con anorexia nerviosa presentan los siguientes rasgos clínicos:

- Distorsión de la imagen corporal, a pesar de la delgadez evidente el paciente no acredita la misma y se mantiene convencido que aun presenta un peso mayor al que desea
- Miedo intenso y hasta fobia a aumentar de peso, todo esto evidentemente contribuye al rehusó que tienen estos pacientes para seguir un tratamiento adecuado
- En su mayoría las conductas que toman estos pacientes con la finalidad de perder peso se realizan a escondidas. Por lo general estos pacientes evitan comer con sus familiares o en lugares públicos. La pérdida de peso se produce mediante la restricción drástica del total de la ingesta con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos.(7)
- Los pacientes por lo general pueden realizar y desenvolverse con normalidad en el ambiente social cuando la enfermedad no está muy avanzada y no tiene complicaciones secundarias a la desnutrición
- Estos pacientes tienen gran conocimiento sobre del valor calórico de los alimentos, así como de las dietas que pueden seguir con la finalidad de perder el mayor peso posible, llega en ocasiones a convertirse en el único tema en la vida de la paciente, “éstos están constantemente pensando en la comida”.

Estos pacientes también presentan un comportamiento extraño o peculiar al momento de comer los alimentos, como por ejemplo deshacerse de ellos poniéndolo en las servilletas o escondiéndolo en los bolsillos, tienen tendencia a picar en trozos pequeños todos los alimentos, además pasan mucho tiempo reordenando las comidas en el plato. En el caso de preguntarles sobre los actos que realiza con los alimentos, por lo general negaran que sea algo extraño o fuera de lo común y de preferencia evitaran hablar del tema

- Los pacientes no siempre tienen un control sobre la restricción alimenticia y en ciertas ocasiones ingieren grandes cantidades de alimento, denominándose atracones. Estos atracones por lo general son mientras el paciente está solo, en privado y siguen casi siempre de vómitos auto inducidos; así como otras medidas purgativas exageradas para perder como son los laxantes e incluso diuréticos.
- La pérdida de peso habitualmente supera el 25%. el individuo por lo general tiene un índice de masa corporal (IMC) igualo inferior a 17,5 kg/m². (17)
- El lanugo, vellos que semeja al del recién nacido, aparece en muchas anoréxicas.
- Las pacientes van a presentar amenorrea que por lo general es un signo que puede aparecer incluso antes de que la pérdida de peso sea notable. Esta situación se debe a un hipogonadismo Hipogonadotrófico debido a una disfunción hipotalámica básicamente por la supresión de la secreción pulsátil de la GnRH provocada por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso. (18) se ha podido observar también un habito sexual deficiente que se refleja como una gran falta de interés sexual

- Entre otras alteraciones podemos encontrar también las endocrinológicas y metabólicas, que básicamente van a ser el resultado de la exagerada restricción alimentaria, aunque no se conocen con exactitud los factores que causan estas alteraciones.

Dentro de las alteraciones metabólicas mas resaltantes tenemos la alteración en la secreción de hormona leutinizante que va a mejorar cuando el paciente aumenta de peso, aumento de hormona de crecimiento, bajos niveles de T3, con altos niveles de T3 inactiva, T4 y TSH normales, alteración de la termorregulación (hipotermia) y aumento del cortisol plasmático por la tarde.

- También encontraremos cambios físicos Entre estos principalmente tenemos pseudoatrofia cerebral, bradicardia, hipotensión, arritmias, aumento de enzimas hepáticas, alteraciones renales funcionales con edema y litiasis, anemia, leucopenia y trombocitopenia. En casos graves se llega a la caquexia y muerte por complicaciones. (7)
- Podemos encontrar cambios en el comportamiento natural de la persona con anorexia nerviosa, cambios en la personalidad como el mal humor, el paciente se torna irritable, presenta un comportamiento ansioso, toma una conducta introvertida, abandono de las actividades, así como también depresión.
- En los varones todas las características anteriormente mencionadas ya sean conductuales, emocionales y sistémicas son parecidas a las del género femenino, una peculiar característica en el varón es la disminución de los niveles de Testosterona.
- Otras manifestaciones específicas de la Anorexia Nerviosa son: aspecto demacrado; sequedad de la piel, caída del cabello, uñas frágiles; extremidades

frías y cianóticas. Son frecuentes los desequilibrios hidroelectrolíticos, disfunciones gastrointestinales y osteoporosis.

Marcadores diagnósticos: que juntos aumentan la confiabilidad del diagnóstico, estos marcadores pueden ser los siguientes:

- Hematología: La leucopenia una linfocitosis aparente, también Puede haber anemia leve que a la larga puede traer complicaciones
- Bioquímica sanguínea: Se ha observado un aumento en el nitrógeno ureico, hipercolesterolemia, enzimas hepáticas elevadas. El vómito auto provocado puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipopotasemia (11)
- Endocrinológico. El nivel de (T4) es normal o ligeramente disminuido; la hormona (T3) está disminuida. Las mujeres presentan niveles bajos de estrógenos en el suero
- Electrocardiografía: se puede observar una bradicardia sinusal
- Masa ósea. Se observa una disminución en la masa ósea. El riesgo de fractura aumenta en comparación a individuos normales
- alteraciones hidroelectrolíticas que con llevan a una encefalopatía

2.2.4. CRITERIOS DIAGNOSTICO

Cuadro 1: Criterios diagnóstico para anorexia nerviosa según DSM-5 (307.1) (11)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se

define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. (11)
-

Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa (F50.0) según CIE- 10 (17)

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso ($IMC < 17,5 \text{ kg/cm}^2$). Los enfermos pre púberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos auto inducidos, purgas intestinales auto provocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo

se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

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

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

2.2.5. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El curso es muy variable, pudiéndose presentar la recuperación espontánea, el episodio único con recuperación completa con los diversos tratamientos, evolución cíclica, y en otros casos es progresiva hasta la muerte por inanición.

Un mayor seguimiento del paciente y la edad temprana de inicio del trastorno parecen ser factores favorables en el pronóstico, mientras que la presencia de vómitos, empleo de laxantes, personalidad obsesiva-compulsiva y la cronicidad de la enfermedad se consideran factores desfavorables para el pronóstico.

Las estadísticas muestran una mortalidad entre el 5 y 25 %, la mayoría por la desnutrición, pero también a veces por suicidio. Además, aproximadamente un tercio de los pacientes desarrollan depresión clínica en el seguimiento y algunos se suicidan. (7)

2.2.6. TRATAMIENTO

Lo principal en el tratamiento en los trastornos de conducta alimentaria es ayudar a la adolescente a alcanzar y mantener su salud física y psicológica a través de una relación saludable con la alimentación y su cuerpo, favoreciendo su desarrollo psicosocial posterior. La anorexia nerviosa, como sabemos, es una patología psiquiátrica que para poder tratarla se necesita de un abordaje multidisciplinario y especializado, desde el punto de vista nutricional, psicológico y psiquiátrico, (19) con un adecuado esquema terapéutico que tendrá en cuenta no solo las consecuencias de la propia enfermedad, sino también las complicaciones asociadas a esta. El equipo multidisciplinario constará de profesionales de distintas áreas como especialistas en psiquiatría, psicólogos, endocrinólogo, nutricionista, enfermeras especializada en este campo y fisioterapeutas

Es de esperarse que muchas de las complicaciones de la anorexia nerviosa son derivadas de la propia desnutrición que conlleva el padecer esta enfermedad, es por eso la gran importancia que tiene la Rehabilitación Nutricional

La rehabilitación nutricional constituye uno de los tres pilares básicos en el tratamiento de la anorexia nerviosa, además juega un papel muy importante tanto en la recuperación como el pronóstico de los que la padecen.

Además de la rehabilitación nutricional que como ya se menciono es el factor más importante en el cuidado de pacientes con anorexia nerviosa, también, y forma simultánea, debe tomarse en cuenta como parte fundamental del tratamiento la

educación nutricional y la terapia psicológica, estas van dirigidas a un cambio de la alterada conducta alimentaria así como también ayudaran a adquirir hábitos alimenticios saludables, y, en otro orden, el tratamiento de las complicaciones médicas y/o la comorbilidad psiquiátrica. La psicoterapia es una de las partes más importantes en recuperación. Aquí abordaremos la psicopatología propia del trastorno.

El tratamiento médico está dado por los psicofármacos y aunque la FDA actualmente no ha aprobado un fármaco específico para el tratamiento de la anorexia nerviosa se ha demostrado que son muy útiles para reducir la ansiedad y aliviar algunos síntomas asociados a esta pudiendo provocar así un aumento en el apetito o inducir un aumento de peso como factor secundario de un agente particular (20)

La anorexia nerviosa es frecuente encontrar concomitantemente otro tipo de patologías como son los trastornos obsesivos compulsivos, ciertos grados de depresión además de ansiedad es por eso que se considera importante el uso de los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) aunque se vio que pacientes con muy bajo peso no responden adecuadamente a estos fármacos por un estado hiposerotonérgico causados por la mala dieta y la deficiencia de triptófano y al no haber el sustrato los ISRS no actúan eficazmente. Muchos pacientes con estos trastornos alimenticios son más propensos a reaccionar adversamente a la medicación presentando por ejemplo episodios de diarrea, náuseas y vómitos que obviamente dificultaran el aumento de peso, es por eso que se sugiere empezar con dosis bajas del medicamento, además se debe tener un control estricto para un correcto cumplimiento de este. Otros fármacos usados en el tratamiento de la anorexia nerviosa son los anti psicóticos atípicos como la olanzapina, quetiapina, aripiprazol, risperidona. Estos medicamentos son útiles para controlar la ansiedad

severa y las obsesiones por el peso y pensamiento delirante respecto a la imagen corporal.

Como es de esperarse el paciente puede desarrollar algunos trastornos metabólicos por eso es necesario siempre hacer controles laboratoriales

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel internacional

Título: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (21)

Autor: Antonio García-Iriarte, Marisa Arrondo De Esteban, Francisco Guillén-Grimac E Inés Aguinaga-Ontoso

Resumen: Objetivo. Describir el índice de masa corporal (IMC) en una población de adolescentes y el riesgo de aparición de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los adolescentes de un instituto de enseñanza secundaria.

Método. Se realizó un estudio descriptivo transversal dirigido a los adolescentes del Instituto de Enseñanza Secundaria Elortzibar de Noain (Navarra), mediante un cuestionario autoadministrado.

Resultados: Se obtuvieron datos del 98,1% (217) de los adolescentes. El Body Shape Questionnaire (BSQ) aportó un 85,47% de adolescentes insatisfechos con su imagen corporal, y fue significativamente mayor en varones que en mujeres ($p < 0,05$). El Eating Attitudes Test (EAT 26) obtuvo un 31% de adolescentes con rasgos patológicos en la conducta alimentaria y el Eating Disorder Inventory (EDI 2), un 23,9% de riesgo de presentar TCA, mayor en mujeres que en varones. Los datos acerca de la obesidad no son concluyentes ya que se obtienen resultados dispares

según el instrumento de medida utilizado: un 3% de obesidad con el IMC, un 15% de obesidad en las tablas de Orbegozo y un 27% de obesidad con el método de impedancia bioeléctrica. Se da una correlación positiva y significativa ($p < 0,05$) entre el IMC y el EAT 26 y EDI 2, y negativa con el BSQ.

Conclusiones: El alto porcentaje de insatisfacción corporal y el aumento de las tasas de adolescentes con sobrepeso y obesidad llevan a plantear la necesidad de desarrollar actuaciones comunitarias en el marco de la prevención primaria.

Palabras clave: Adolescente. Trastornos de la conducta alimentaria. BSQ. EDI 2. EAT 26. Imagen corporal.

Título: PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL NORTE DE CHILE (22)

Autor: Alfonso Urzúa M., Sandy Castro R., America Lillo O., Carolina Leal P.

Fuente: Rev Chil Nutr Vol. 38, N°2, Junio 2011

Resumen: Objetivo: Describir la prevalencia del riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años.

Métodos: Se aplicó el EDI-2 a 1.429 participantes de Antofagasta que asisten a público, subvencionado y privado escuelas.

Resultados: existen diferencias significativas en los factores de riesgo evaluados entre hombres y mujeres, edad, Grupos y tipo de escuelas En general, el 7,4% de los evaluados estaban en categoría de riesgo, aumentando a 8,9% en mujeres.

Conclusiones: La prevalencia del riesgo de trastornos alimentarios es mayor entre las mujeres, de 15 a 18 años y Participantes de establecimientos públicos.

Palabras clave: trastornos alimentarios, adolescentes, prevalencia de riesgo, EDI - 2.

Título: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA COMUNIDAD DE ESCOLARES (23)

Autor: M. Díaz Benaventea, F. Rodríguez Morillab, C. Martín Lealc y M.V. Hiruela Benjumead

Fuente: Aten Primaria 2003;32(7):403-9

Resumen: Objetivo. Detectar factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Cinco institutos de ESO del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla. Se utilizó Un total de 789 escolares de primero y segundo y sus padres/madres. Mediciones principales. Índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de los medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar. Para la recogida de información se utilizaron los cuestionarios validados EAT-40, CIMEC 26 y FES.

Resultados. El 6,9% presenta un índice de masa corporal (IMC) de 15-17, que se corresponde con una desnutrición ligera. Escalas: EAT, 68 sujetos (8,8%) tienen una puntuación significativa (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%) podrían diagnosticarse de TCA según criterios de la DSM-IV. CIMEC, 104 sujetos (13,5%) se muestran significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran muy vulnerables. Hay relación entre observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos con resultados en EAT-40 y CIMEC ($p = 0,01$). No se detectan relaciones estadísticamente significativas entre ambiente familiar (FES) y las puntuaciones obtenidas en CIMEC y EAT. Los alumnos de los institutos de zonas

rurales/periféricas presentan puntuaciones más altas en el EAT ($p = 0,04$) y CIMEC ($p = 0,01$) que los de zonas urbana/centro.

Conclusión. La identificación de sujetos considerados población de riesgo nos permitirá emplear programas para su prevención primaria más eficazmente.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Factores de riesgo. Escolares.

3.2. A nivel nacional:

Título: FACTORES DE RIESGO E INDICADORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA(24)

Autor: Carlos Esteban Borrego Rosas

Fuente: Rev. Psicol. 12, 13-50, 2010

Resumen: La investigación consistió en correlacionar los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en la población de mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo, constituida por un total de 355 estudiantes entre los 16 y los 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio elaborado para la presente investigación y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2) de Garner (1998). La investigación dio como resultado una correlación estadística altamente significativa y otra significativa, entre los factores de riesgo (psicológicos, familiares y socio culturales) con cada uno de los indicadores clínicos asociados a los trastornos del comportamiento alimenticio (Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, entre otras)

Palabras clave: Factores de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria.

3.3. A nivel local:

Título: FACTORES ASOCIADOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE CARRERAS BIOMÉDICAS(25)

autor: Suella Velasquez, Jose A.1,2,a; Estefanero Meza, Jersson1,2,a; Smedts, Connie1,2,a; Velarde Llerena, Esther1,2,a; Vera Rivera, Dayana1,2,a; Murillo Yupanqui, Dania1,2,a; Caceres Huambo, Alberto3,b

Fuentes: Nutr. clin. diet. hosp. 2015; 35(3):17-26 DOI: 10.12873/353velasquez

Resumen: Introducción: La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) varía dependiendo del grupo estudiado, siendo importante aquella encontrada entre estudiantes de biomédicas.

Objetivo: Determinar la relación entre la presencia de síntomas de TCA (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) y los factores estudiados, en alumnos de primer año de carreras biomédicas de una universidad privada de Arequipa.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. Se emplearon el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 2 y el Cuestionario para Alumno - nado Cisneros sobre Acoso Escolar. Otras variables fueron carrera profesional, tipo de colegio, actividades extracurriculares, religión, rendimiento académico en Secundaria, número de enamorados(as), horas semanales viendo televisión y horas diarias empleadas en redes sociales. Se evaluaron 226 sujetos.

Resultados: La regresión lineal múltiple encontró que los síntomas de TCA están asociados a estudiar Obstetricia, haber realizado actividades extracurriculares académicas el último año, el número de horas diarias empleadas en redes sociales y acoso escolar.

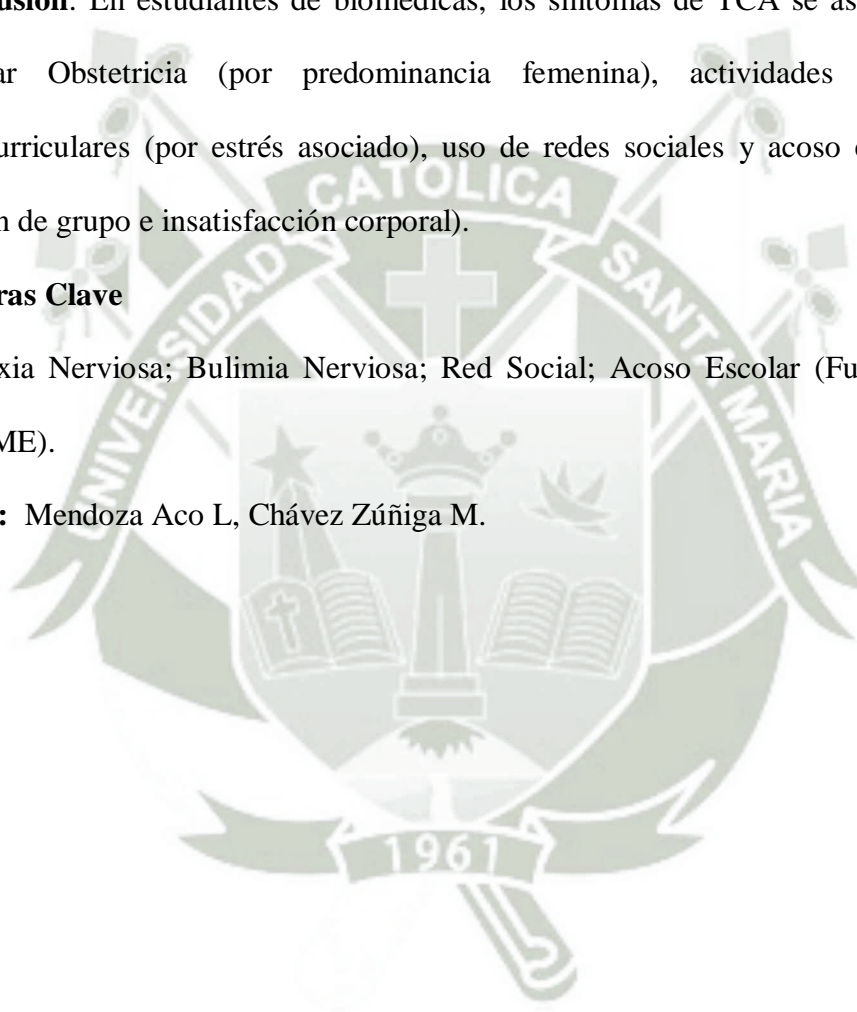
Discusión: Las estudiantes de Obstetricia por su predominancia femenina (factor predisponente) y quizás por la insatisfacción corporal estarían en riesgo. El uso de las redes sociales, al generar presión social o discriminación, y el acoso escolar, al provocar insatisfacción corporal, serían factores precipitantes. Las actividades académicas extracurriculares actuarían como factor de riesgo o consecuencia del perfeccionismo.

Conclusión: En estudiantes de biomédicas, los síntomas de TCA se asociaron con estudiar Obstetricia (por predominancia femenina), actividades académicas extracurriculares (por estrés asociado), uso de redes sociales y acoso escolar (por presión de grupo e insatisfacción corporal).

Palabras Clave

Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa; Red Social; Acoso Escolar (Fuente: DeCS BIREME).

Autor: Mendoza Aco L, Chávez Zúñiga M.



OBJETIVOS

3.4. General

Comparar la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa en escolares de colegios nacionales y particulares de la ciudad de Arequipa.

3.5. Específicos

- 3.5.1. Determinar la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa escolares de colegio nacional.
- 3.5.2. Determinar la frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa escolares de colegio particular
- 3.5.3. Determinar si existe relación entre los síntomas de anorexia nerviosa y el tipo de colegio de procedencia.

4. Hipótesis

Ho: La frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa no tiene relación con el tipo de colegio de procedencia.

Ha: La frecuencia de síntomas de anorexia nerviosa tiene relación con el tipo de colegio de procedencia.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) que contendrá un cuestionario de The Eating Attitudes Test (EAT-26) (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en colegios nacionales y particulares de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en el mes marzo del 2017.

2.3. Unidades de estudio: Adolescentes y jóvenes de la ciudad de Arequipa

2.4. Población: Escolares de sexo femenino entre los 13 y 17 años de la ciudad de Arequipa.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = Frecuencia de trastorno alimentario en adolescentes y jóvenes = 0.1

Según fuente diario la primera.

$q = 1 - p$

E = Error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n \approx 138$ casos

A esto se agregara 62 casos más para evitar el sesgo de muestreo, la proporción de escolares de colegio particular y nacional será del 50% para cada uno.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

Vivir en la ciudad de Arequipa

Adolescente escolar

Estudiar en colegio nacional o particular

Escolar con el asentimiento

- **Criterios de Exclusión**

Ficha de recolección mal llenada o con datos ausentes

Escolar con familiares cercanos con algún trastorno de conducta alimentaria.

Escolar menor de 13 años

Escolar mayor a 17 años

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

El presente estudio, se realizará en 3 etapas:

Primera etapa, se obtendrá el permiso de las instituciones educativas del nivel secundario, ya que ahí se encontrará la población objetivo de este estudio, se brindará información sobre el estudio y se brindará el consentimiento informado a cada participante.

Segunda etapa, se dará una ficha de recolección de datos además de un cuestionario para identificar los síntomas de anorexia nerviosa.

Tercera etapa, se verificará que la ficha de recolección de datos este completa, la información se pasará a una base de datos en Excel. Para luego realizar el procesamiento estadístico.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Se realizará comparaciones entre grupos de variables categóricas mediante la prueba Chi cuadrado, y se asociarán variables numéricas con el coeficiente de correlación de Pearson. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre				enero				febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	X											
2. Revisión bibliográfica		X										
3. Aprobación del proyecto			X	X	X	X	X					
4. Ejecución								X				
5. Análisis e interpretación									X	X		
6. Informe final											X	X

Fecha de inicio: 01 de diciembre 2016

Fecha probable de término: 28 de febrero 2017



Ficha recolección de datos

Numero de ficha

Fecha

Edad

Colegio

Tipo de colegio: particular

Distrito de residencia

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 4. Algunas veces |
| 2. Muy a menudo | 5. Raramente |
| 3. A menudo | 6. Nunca |

	1	2	3	4	5	6
1 Me da mucho miedo pesar demasiado						
2 Procura no comer aunque no tenga hambre						
3 Me preocupo mucho por la comida						
4 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de comer						
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9 Vomito después de haber comido						
10 Me siento muy culpable después de comer						
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15 Tardo en comer más que las otras personas						
16 Procuero no comer alimentos con azúcar						
17 Como alimentos de régimen						
18 Siento que los alimentos controlan mi vida						
19 Me controlo en las comidas						
20 Noto que los demás me presionan para que coma						
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23 Me comprometo a hacer régimen						
24 Me gusta sentir el estómago vacío						
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez AM, Martínez DM, Trapiello MJS, Vicente MS, Gil PS. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. 2000;25:313–9.
2. Constaín GA, Ramírez CR, Rodríguez-gázquez MDLÁ, Gómez MÁ, Marín C, Agudelo C. Atención Primaria 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 ., Atención Primaria [Internet]. 2014;46(6):283–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
3. Smink FRE, Hoeken D Van, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders : Incidence , Prevalence and Mortality Rates. 2012;406–14.
4. De A, Primaria GDE, Educativos DEC. Comparación de la comprensión lectora en alumnos de 4.º a 6.º grado de primaria de centros educativos estatales y no estatales de lima metropolitana. 2005;
5. Barba SM, Alonso NG, Viñas JMC, Morena JC De, Gómez RG, Sánchez MA, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Atención primaria [Internet]. 2001;28(7):463–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70422-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70422-2)
6. Bedoya K, Ríos C. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes. Salud Ment [Internet]. 2015;35(6):1–31. Available from: http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/3293/DDEPCEPN_A15.pdf?sequence=1
7. Revisión N, Ojeda GA. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA : ANOREXIA. 2006;
8. Mateos JLC, Perdomo IT, Álvarez AB. RIESGO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES DE UN AREA DE SALUD. Semer Med Gen / Fam [Internet]. 2006;32(6):258–64. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73270-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73270-1)
9. Romero J, Montan T, Ja I, Leo P, Milla M. Analisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. 2009;132(3):83–8.

10. Gayou-esteva U, Ribeiro-toral R. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. 2014;5:115–23.
11. Mentales DELOST. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
12. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. Masson S A Barcelona [Internet]. 2005;1:1–13. Available from:
[10.%5Ctcatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf](http://www.5Ctcatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf)
13. Dra. Cristina Martín. Anorexia nerviosa: Definición.
http://www.onmeda.es/enfermedades/anorexia_nerviosa-causas-1535-3.html. 2016. p. 9.
14. Cancela M del P. Estadísticas de anorexia. 2013. p.
<http://www.aperderpeso.com/ana-y-mia/estadisticas->
15. Cruzat C, Desarrollo U. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción , Chile Eating Disorders and Perceived Family Functioning in a Sample of High School Students of Concepción , Chile. 2008;17:81–90.
16. Woerwag-mehta S, Treasure J. Causas de la anorexia nerviosa. Psiquiatr biológica [Internet]. 2009;16(1):32–7. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934\(09\)71888-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934(09)71888-3)
17. Criterios A, Tca DL. criterios diagnósticos de los tca según cie-10. 1992;157–63.
18. Eguiluz I, Alimentaria C. Idoya Eguiluz. Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (2006) 277-284. 2006;3:277–84.
19. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol y Nutr [Internet]. 2006;53(2):113–23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0922\(06\)71077-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0922(06)71077-4)
20. Pronóstico CY, Mar DRA, Nica ÍAVERÓ, C PSCLÓPEZ, B DRAMM, De LT, et al. ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y PARTE II . TRATAMIENTO , COMPLICACIONES EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE. 2012;23(5):579–91.
21. De R. Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. 2006;16(2):77–83.
22. M AU, R SC, O AL, P CL. PREVALENCE OF RISK OF EATING

- DISORDERS IN. 2011;38(5):128–35.
23. Benavente MD, Morilla FR, Leal CM, Benjumea MVH. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Atención primaria [Internet]. 2003;32(7):403–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70756-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70756-2)
 24. Esteban C, Rosas B. FACTORES DE RIESGO E INDICADORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Carlos Esteban Borrego Rosas* Universidad César Vallejo y Universidad Nacional Mayor de San Marcos. :13–50.
 25. Meza E, Llerena V, Rivera V, Yupanqui M. Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas of biomedical careers. 2015;35(3):17–26.

