

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**INCIDENCIA DE ESCOLARES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PARA EL
DIAGNÓSTICO DE DESÓRDENES ALIMENTICIOS.**

RUTH MARÍA GUERRERO CABALLEROS

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, octubre de 2001

REVISORA: DRA. SILVIA CASTAÑEDA.

I. TITULO

INCIDENCIA DE ESCOLARES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESORDENES ALIMENTICIOS.

Estudio descriptivo realizado en el Colegio Alfredo Nóbel, Instituto Federico Mora y Colegio Cristiano Elim, con estudiantes de 13 a 19 años, inscritos en el área de básicos y diversificado. Julio- agosto del 2001.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACIÓN	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	31
VII.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
VIII.	CONCLUSIONES	51
IX.	RECOMENDACIONES	52
X.	RESUMEN	53
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
XII.	ANEXOS	57

I. INTRODUCCIÓN

Los desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia y comer de manera compulsiva) son trastornos multifactoriales, en los cuales la comida, la imagen corporal y los múltiples esfuerzos por reducir de peso controlan al individuo, deteriorando su autoestima y llevándolo a sufrir diversas consecuencias físicas, psicológicas, emocionales e incluso provocarle la muerte.(9, 12, 17, 15, 11).

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la incidencia de escolares de 13 a 19 años de edad, de ambos sexos y de los diferentes grupos socioeconómicos, con criterios para el diagnóstico de estos padecimientos

Para ello se encuestaron 495 estudiantes de los cuales 128 (25.85%) presentaron características para el diagnóstico de desórdenes alimenticios. De éstos el 67% son mujeres. Por otro lado, el grupo socioeconómico alto, mostró ser el más susceptible a éstas enfermedades con el 34%. Por último el grupo etáreo con mayor número de casos es el de 17 a 18 años (30%).

La recomendación es la intervención pronta de las autoridades de los diferentes establecimientos junto a especialistas para dar consejería y apoyo a los estudiantes con éstos trastornos, además de informar y concientizar a los demás jóvenes sobre los efectos nefastos a los que pueden llevarlos éstos desórdenes.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Son muchos los factores que influyen en el desarrollo de los desórdenes alimenticios entre los que se puede mencionar la influencia de los medios de comunicación en la sociedad los cuales manejan los gustos, sueños y hasta la imagen “perfecta”. Actualmente por medio de la televisión, radio, revistas, periódicos se vende la delgadez como sinónimo de belleza, inteligencia y éxito además se ofrece diariamente dietas mágicas, pastillas, batidos, aparatos para lograr la imagen deseada con la que sus habitantes serán socialmente aceptados . Esto ha provocado sobre todo en los jóvenes una obsesión por la imagen corporal.(8,15,9).

Por otro lado los problemas familiares, tendencias genéticas, desajustes emocionales en la adolescencia, fracasos profesionales o sentimentales, la práctica de algún deporte de manera profesional, obligan a conservar una figura atlética, y son también factores importantes para el desarrollo de éste tipo de padecimiento.(9,15,17)

Estas enfermedades se dan principalmente en mujeres (90%) entre los 12-25 años de clase social media-alta.(6,7,11).

Conciente de ésta problemática que lamentablemente va en aumento (9) y que está destruyendo y matando a muchos jóvenes se realizó este trabajo en el que se investigó la incidencia de éstos desórdenes en los escolares guatemaltecos.

III. JUSTIFICACIÓN.

Aunque los desórdenes alimenticios no son un problema nuevo, actualmente la sociedad rinde culto a la apariencia física. Es una cultura en la cual ser delgado es sinónimo de belleza, inteligencia y éxito, en la que si no se cumple con la figura “ideal” no se alcanzarán las metas propuestas. Por otro lado, los medios de comunicación bombardean diariamente, sobre todo a los jóvenes, con modelos, actores, actrices que poseen la silueta deseada (impuesta por ellos mismos) y con métodos para alcanzarla (dietas, cremas, aparatos, píldoras, etc).(9,6,16).

Toda ésta presión publicitaria, ha provocado que miles de jóvenes y adultos (incluyendo a los modelos, actores y deportistas) que desean ser aceptados socialmente caigan en hábitos inadecuados y perjudiciales para la salud como lo es la anorexia, bulimia y comer de manera compulsiva, y debido a esto los desórdenes alimenticios van cada día en aumento. Se ha visto un incremento del 300% de los años 50 a los 70.(9,15,16).

Se considera que actualmente afecta a 5 millones de norteamericanos, de los cuales fallece el 10-20%. (9, 15 y 16).

La anorexia está considerada como la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes con una prevalencia del 3% de todas las adolescentes.(9, 14, 15 y 16).

En cuanto a la bulimia existe una prevalencia del 3% y el comer de manera compulsiva tiene una prevalencia del 2%. En estudios recientes se encontró que el 30% de las adolescentes tiene compulsión a la comida.(5, 6, 14,15)

Como puede verse, son cifras alarmantes que se dan alrededor del mundo y es un problema de salud pública el cual no puede ignorarse y sabiendo que en Guatemala no existen suficientes estudios acerca de estos desórdenes decidí realizar esta tesis para mostrar la incidencia de dichas enfermedades en nuestro país, no solo como datos estadísticos sino para concientizar a la población y crear la necesidad de fomentar actividades para la prevención y el mejor tratamiento de estos padecimientos que pueden dejar además de la muerte múltiples consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que muchas veces son irreversibles.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

- o Determinar la incidencia de escolares de 13 a 19 años de edad, que cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, inscritos en el área de básicos y diversificado de los Colegios Alfredo Nobel, Cristiano Elim e Instituto Federico Mora. Julio-agosto 2001.

B. ESPECÍFICOS:

- o Conocer el grupo etáreo más afectado.
- o Identificar el sexo más afectado.
- o Identificar el grupo social con mayor incidencia.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. DEFINICIÓN:

1.Desórdenes Alimenticios:

Los desórdenes alimenticios se definen como una entidad biopsicosocial multifactorial en la cual la comida, la obsesión por la imagen corporal y los múltiples esfuerzos para reducir de peso controla al individuo, deteriorando su autoestima, la capacidad para tomar decisiones acertadas y su autocontrol. (17,9,15,11).

Se clasifican en 3 grandes categorías:

- a. Anorexia Nerviosa.
- b. Bulimia Nerviosa.
- c. Comer de manera compulsiva.

Éstas tienen en común las siguientes características:

- Obsesión por la imagen y figura corporal.
- Miedo intenso a engordar.
- Alteración en la percepción del peso, talla y figura.
- Sentir que se pierde el control cuando se come.
- El peso determina la autoestima.
- Sentir culpa o vergüenza después de comer.
- Intentos repetidos de hacer dieta.
- Comer o dejar de hacerlo para sentirse mejor emocionalmente.
- Buscar momentos para comer a solas.
- Comer cuando no se siente hambre. (17,13,15).

2. Anorexia Nerviosa:

Anorexia- falta de hambre.

La OMS la define como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida y mantenida por el mismo paciente.

Otros autores la catalogan simplemente como el rechazo persistente al alimento.(16,9,17)

Por otro lado El Diccionario de Psicología y Psiquiatría Infantil A. Merani describe que es una falta o grave carencia de la pulsión alimentaria sobre todo en la tercera infancia y adolescencia, la cual no se explica por la pérdida accidental más o menos breve del apetito sino por el rechazo persistente del alimento.(8, 9, 16, 17).

Puede decirse además que es un comportamiento obsesivo de extrema preocupación por el peso; estos pacientes presentan insatisfacción con sus cuerpos y alteración en la percepción de su propia figura, que se asocia al temor excesivo a engordar y tormento al alimento. Por lo tanto son individuos que viven exclusivamente en función de la dieta, la comida, su figura, restringiendo sus intereses y vida social. (4, 9, 17)

La anorexia puede clasificarse en 2 grandes grupos:

- a. grupo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no recurre a atracones ni a purgas.
- b. grupo purgativo: durante el período de anorexia, la persona recurre a períodos de atracones y purgas.

El atracón se caracteriza por:

-Ingesta de alimento en un período corto(2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría podría ingerir.

-Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.(no poder parar de comer o no controlar la cantidad y tipo de alimento).(16,9,3,17,5)

3. Bulimia:

Bulimia Nerviosa- hambre de buey o hambre canina.

Según la OMS la bulimia es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso que conduce a comer demasiado para luego tomar actividades inadecuadas

como el vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, entre otros, lo que supone evitará el aumento de peso.(13, 15,17)

Otra definición dada por diversos autores es que la bulimia es un hambre de intensidad excepcional de carácter duradero la cual se acompaña posteriormente de la ingestión desmesurada de alimentos seguida de purgas.(5,9,17)

Se dice que es la sensación intensa de hambre difícilmente saciable, la cual lleva al individuo a comer en exceso y luego realizar actividades para deshacerse de las calorías ingeridas. (17)

La bulimia se caracteriza por los siguientes fenómenos:

- a. Distorsión en la apreciación de la imagen corporal.
- b. Distorsión en la interpretación de los estímulos corporales, físicos, etc.
- c. Sensación de ineffectividad e inadecuación.
- d. Status y nuevo rol que adquieren las mujeres a muy temprana edad.

El principal síntoma es la compulsión a comer cantidades exageradas de alimento y luego purgarse generando sentimientos negativos como frustración, tristeza, ansiedad, soledad, etc. lo que inevitablemente conduce a la falta de control sobre su propio comportamiento pues muchas actividades negativas terminan por efectuarse a escondidas. (9, 12, 13, 17)

4. Comer de Manera Compulsiva:

Se da principalmente por episodios de compulsión al comer cantidades exageradas de alimento pero sin episodios de purgas. Está asociada al igual que la bulimia con sentimientos de frustración, ansiedad, soledad y angustia, que al final impulsa a quienes padecen éste martirio a comer más, convirtiéndose para ellos en un terrible círculo vicioso.(9,14,16,6)

B. ANTECEDENTES:

Herscovici es el primero en relatar dos leyendas medievales que describen los primeros casos de anorexia. En la primera se presenta a Liduina de Shiedana, una Santa del siglo XIV quien se alimentó durante años con trocitos de manzana.

La segunda leyenda cuenta que la Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal ayunó con la intención de perder su belleza y así ahuyentar la atención de los hombres. Debido a esto en Europa fue adoptada como Santa Patrona por aquellas mujeres que deseaban ser liberadas del desmedido interés masculino.(17)

Sin embargo, no fue sino en 1694 que se dio la primera descripción clínica de la anorexia. Esta se le atribuyó a R. Morton quien la consideró una enfermedad misteriosa que transforma a la persona y que se caracteriza por una pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.(17)

Esta descripción da inicio al Período Descriptivo que dura hasta principios de este siglo. (17)

Fue en 1873 que Lasigue descubrió un cuadro con trastorno cognitivo, negación, distorsión de la imagen corporal a la cual llamó Anorexia Histeriqué. Un año después Sir William Gull utilizó por primera vez el nombre de Anorexia Nerviosa, en una conferencia dada en Oxford.(17)

En 1893 se inicia el tratamiento con hipnosis y se describe como una psiconeurosis.

En 1908 Dejerine-Castille describe una etiología multifactorial sin un problema físico.

Luego de esto, existe durante 30 años la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa, debido al descubrimiento de Simmonds en 1914 quien encontró en la autopsia de una mujer caquéctica destrucción pituitaria, para lo cual se daba un tratamiento únicamente endocrinológico.(17)

En 1936 Ferherson y Hyland reconocen un origen emocional.

En 1937 se inicia el Período Psicoanalítico. Esta corriente sostenía que la anorexia simbolizaba el repudio a la sexualidad.

En 1982 Bruch subrayó la necesidad de realizar un cambio que permitiera un mejor tratamiento. Desde ese momento se ha logrado que varíe el panorama, destacando la necesidad de abordar los trastornos de la alimentación de manera más integral por lo que actualmente la mayoría de autores coinciden en que los desórdenes alimenticios son multifactoriales. (17)

Para hablar de los primeros casos de bulimia debemos remontarnos a la Antigua Roma y sus grandes orgías en las cuales existían copiosas banquetes seguidos de vómitos autoinducidos para luego seguir comiendo. Estas comilonas desmedidas las realizaban personas de alta sociedad y esa conducta irregular era conceptuada en ese pretérito período como símbolo de poder. Sin embargo luego éstas fueron repudiadas, cuando la obesidad dejó de considerarse un símbolo de prosperidad. (17,9,12)

En los siglos XVIII y XIX aparece en el Diccionario Médico como curiosidad médica. (17)

En 1970 se utiliza el término Bulimarexia el cual describe un cuadro de atracones seguido de purgas.

En 1980 se utiliza el término Bulimia, y es hasta en 1987 que se utiliza por primera vez el término de Bulimia Nerviosa.

Garner-Garfinkel afirma que dichos trastornos son el resultado de dos elementos:

Condicionamiento de varios factores más la capacidad del individuo para enfrentar las demandas en un momento determinado. (17)

C. EPIDEMIOLOGIA:

Los desórdenes alimenticios son actualmente un problema de Salud Pública que afecta cerca de 5 millones de norteamericanos y se estima que el 10-20% mueren debido a éstas enfermedades. (9,15,14)

Se cree que el 80% de las mujeres adultas desean ser más delgadas y muchas de ellas están haciendo algo para conseguirlo. (9)

Se han hecho estudios en los que se ha encontrado que el 45% de las personas desean ser más delgadas y que el 37% de los individuos intentan diversas maneras de perder peso. El 40% de niñas entre 9 y 10 años están tratando de perder peso por recomendación de sus padres. (9)

En países Occidentales el 2-4% de personas entre 14-23 años pueden desarrollar la enfermedad. (14)

El 90% de las personas que padecen esta enfermedad son mujeres de temprana edad, de clase social media alta con un punto máximo a los 18 años.(15)

Dentro del sistema educativo el 15-20% de estudiantes presentan algún desorden alimenticio.(4) Es más, se sabe que del 1 al 15% de todas las personas en edad universitaria tienen síntomas bulímicos. (9, 12)

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes, con una prevalencia de 0.5 a 3%.(15,5)

En cuanto a la bulimia encontramos una tasa de 0.3-3% y una prevalencia de 0.28% incluso hay estudios en los que se ha encontrado una prevalencia de hasta 4.4%.(15,9)

El comer de manera compulsiva tiene una prevalencia de 2%. En un estudio se encontró que el 30% de los adolescentes tenían compulsión a la comida.(5,6)

Por otro lado es importante mencionar que los síndromes atípicos son 5 veces más frecuentes y se sabe que aproximadamente el 50% de éstos pacientes desarrollan posteriormente algún desorden alimenticio típico.(5,8)

D. SINTOMATOLOGÍA:

1.Anorexia Nerviosa:

a. Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para

edad y talla.

- b. Disminución de peso dirigido a mantener el peso en 15% menor de lo esperado.
- c. Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando se tenga peso insuficiente.
- d. Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura corporal.
- e. En mujeres ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.
- f. Se puede dar el diagnóstico seguro de anorexia si:
- g. Peso anormalmente bajo.
- h. Mantenimiento de ese peso mediante dieta estricta, ejercicio, uso de laxantes, diuréticos o combinación de los tres.
- i. Síntomas de inanición.(13,15,16,9,17)

2. Bulimia Nerviosa:

- a. Episodios de atracones de comida.
- b. Sensación de pérdida de autodominio durante los atracones de comida.
- c. Uso regular de vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, ejercicios excesivos, y dietas para evitar el aumento de peso.
- d. Un mínimo de 2 episodios de atracón a la semana durante por lo menos 3 meses.
- e. Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal.
- f. Antecedentes de intentos frecuentes de hacer dietas.
- g. Síntomas de depresión.

- h. Excesivo temor a engordar.
- i. Comer en secreto o lo más inadvertido posible.
- j. Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. (15,16,18,17,7,13).

3. Comer de Manera Compulsiva:

- a. Comer de manera frecuente y repetida.
- b. Incapacidad para dejar de comer durante los atracones.
- c. Comer rápido y en secreto. (come durante todo el día).
- d. Sentimiento de culpabilidad y vergüenza.
- e. Antecedentes de fallas en dietas previas.
- f. Depresivo y generalmente obeso. (6,15,16,10).

4. Signos Tempranos de Alerta:

- a. Dieta inusual y estricta.
- b. Constantemente tienen excusas para no comer.
- c. Aversión por algunos tipos de comida que antes disfrutaban.
- d. Se excusan aduciendo que comieron antes.
- e. Evitan comer con la familia.
- f. Esconden alimentos que se suponía ya se habían comido.

- g. Utilizan el tiempo como pretexto para no desayunar o saltarse otros tiempos de comida.
- h. Actividad excesiva.
- i. Evitar compromisos donde vislumbran que habrán alimentos.
- j. Evitar comer frente a otros.
- k. Se sienten agitados si son forzados a comer.
- l. Utilizan rituales para la preparación de los alimentos.
- m. Cortar los alimentos en pedazos pequeños para comerlos despacio.
- n. Interés en los valores nutricionales.
- o. Obsesión en preparar una comida propia.
- p. Pérdida de peso en poco tiempo.
- q. Usar ropa floja.
- r. Insisten en que todo está bien.
- s. Disminución en la socialización
- t. Desórdenes emocionales.(15,16,4,7).

5. Signos Visibles Característicos:

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los signos visibles de los diferentes desórdenes alimenticios:

BULIMIA Y COMPULSIÓN	ANOREXIA
CONDUCTAS PATOLÓGICAS	CONDUCTAS PATOLÓGICAS
✓ Preocupación constante por la comida (habla de peso, dietas, etc.) ✓ Atracones: ✓ Come de manera compulsiva ✓ Esconde comida ✓ Miedo a engordar ✓ Evita restaurantes, fiestas, reuniones familiares, en donde se ve obligado a comer. ✓ Acude al lavado después de comer. ✓ Vómitos auto-provocados. ✓ Abuso de laxantes o diuréticos ✓ Fármacos para adelgazar. ✓ Realiza regímenes rigurosos ✓ Come a escondidas ✓ Conducta adictiva a edulcorantes	✓ Conducta alimentaria restrictiva. ✓ Dietas severas ✓ Rituales con la comida (contar calorías, cortar en trozos la comida) ✓ Miedo a engordar ✓ Hiperactividad ✓ Usar ropa holgada ✓ Negarse a mostrar el cuerpo en calzoneta ✓ Evita fiestas y reuniones ✓ Abuso de edulcorantes ✓ Después de atracones, uso de laxantes o diuréticos.

SIGNOS FISIOLÓGICOS	SIGNOS FISIOLÓGICOS
✓ Oscilaciones de peso. ✓ Inflamación de las parótidas. ✓ Rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. ✓ Irritación crónica de la garganta. ✓ Fatiga y dolores musculares.	✓ Pérdida progresiva de peso. ✓ Cese de la menstruación o retrasos sin otra causa física. ✓ Cianosis, debilidad o mareos.
CAMBIOS DE ACTITUD	CAMBIOS DE ACTITUD
✓ Modificación del carácter (depresión, culpa, odio, tristeza, descontrol). ✓ Severa autocrítica. ✓ Necesidad de recibir la aprobación de los demás. ✓ Cambios en la autoestima en relación al peso corporal	✓ Cambio de carácter (irritabilidad, ira). ✓ Sentimientos depresivos. ✓ Inseguridad de sus capacidades. ✓ Culpa y auto-desprecio por haber comido o por hacer ayuno ✓ Aislamiento Social

6. Formas de Presentación Clínica por Sistemas:

a. PSIQUIÁTRICO:

- Depresión.
- Síndrome obsesivo-compulsivo.
- Psicosis
- Desordenes personales, emocionales, sentimentales. (9, 15)

b. GASTROINTESTINAL:

- Erosiones dentales.
- Engrandecimiento de las parótidas.
- Hematemesis.
- Esofagitis, Mallory-Weiss.
- Daño faringeo.
- Dolor abdominal.
- Úlceras gástricas.(17,9)

c. ENDOCRINOLÓGICO:

- Amenorrea la cual se da por una deficiencia en el eje hipotálamo-hipófisis.
- Conversión de tiroxina a triyodotironina disminuida, la cual se puede diferenciar de un hipotiroidismo hipotalámico verdadero por la desproporcionada disminución de T3 comparada con la tiroxina y por la presencia de niveles altos de t3 reversa que se ven en la anorexia.
- Problemas de infertilidad.
- Problemas de bajo peso al nacer, abortos, entre otros.(9,17)

d. REUMATOLÓGICO:

- Osteoporosis.(9,17,5)

e. CARDIOLÓGICO:

- Baja presión arterial.
- Arritmias, las cuales se dan por la hipokalemia.(15,17,13,5)

f. HEMATOLÓGICO:

- Pancitopenia.
- Púrpura.(5,9,17,13)

g. NEUROLÓGICO:

- Delirio.
- Miopatías.
- Neuropatías.
- Encefalopatía de Wernicke.

Se debe mencionar también que la mayoría de pacientes con éste tipo de padecimiento se encuentran inmunodeprimidos. (8,15,16,17,9)

E. DIAGNÓSTICO:

Criterios Diagnósticos para los trastornos alimenticios según el DSM-IV (Manual Estadístico de Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana).

1.Criterios Para el Diagnóstico de Anorexia :

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para una determinada edad y talla. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o bien , la imposibilidad de conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento.
- b. Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en una persona obesa aun cuando se esté por debajo del peso considerado normal.
- c. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso.
- d. En mujeres la ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos, sin otra explicación física. (2,15,16,17)

2. Criterios para el Diagnóstico de Bulimia:

- a. Presencia de atracones frecuentes. Un atracón está caracterizado por:
 - 1. ingesta de alimento en un período corto de tiempo (2 horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de personas podrían consumir.
 - 2. sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
Por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere.
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no subir de peso, entre las que podemos mencionar:
provocar regularmente el vómito, ayuno, uso de fármacos, laxantes, diuréticos, hacer dietas estrictas, ejercitarse compulsivamente.
- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d. La autoestima está muy influida por el peso y la silueta corporal.
- e. La alteración no aparece sólo en el transcurso de la anorexia nerviosa. (2,12,15,17).

3. Criterios Diagnósticos Para el Comer de Manera Compulsiva:

- a. Recurrentes episodios de atracones.
- b. Un episodio de atracón se caracteriza de la siguiente manera:
 - i. comer en un período discreto (2 horas) una mayor cantidad de comida que la consumida normalmente por la mayoría de personas.
 - ii. una sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio de atracón.
- c. Los episodios de atracón están asociadas por lo menos a 3 de las conductas indicadoras de la falta de control:

- i. Comer más rápido de lo normal.
 - ii. Continuar comiendo aún con la sensación incómoda de estar satisfecho.
 - iii. Comer grandes cantidades de comida a lo largo del día sin estar planeadas.
 - iv. Comer a solas por sentirse avergonzado debido a la gran cantidad de alimento que se ingiere.
 - v. Sentimiento de disgusto con uno mismo, depresión o culpa después de haber comido en exceso.
- d. Marcada angustia con respecto al acto de comer compulsivamente.
- e. Los atracones ocurren en promedio 2 veces a la semana durante por lo menos 6 meses.
- f. El desorden no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia o bulimia.
- g. No está asociado a conductas compensatorias para bajar de peso. (2,6,10).

Criterios Diagnósticos según la ICD-10 de la OMS:

1. Criterios para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa:

- a. Pérdida de peso significativa.
- b. Pérdida de peso autoinducida al evitar los alimentos “que engordan” o con el uso de vómitos autoinducidos, laxantes, excesivo ejercicio o diuréticos.
- c. Horror a la gordura o flacidez, por lo que los pacientes se imponen un umbral de bajo peso.
- d. Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal y que se manifiesta en la mujer como amenorrea. También puede haber niveles elevados de hormona del crecimiento, incremento en los niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades en la secreción de insulina. (2,17)

- e. Si la aparición ocurre antes de la pubertad, la secuencia de acontecimientos puberales se retrasa o detiene. (2,17)

2. Criterios para el Diagnóstico de Bulimia Nerviosa:

- a. Hay una persistente preocupación por comer, ansias irresistibles de ingerir alimento y el paciente sucumbe a episodios de ingesta excesiva, en los cuales consume grandes cantidades de alimento en breves períodos.
- b. El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso por medio de vómito autoinducido, abuso de purgantes, períodos alternantes de inanición o uso de drogas, tales como los inhibidores del apetito, los preparados tiroideos o diuréticos.
- c. Los pacientes diabéticos suspenden su tratamiento insulínico.
- d. La psicopatología consiste en un terror mórbido a la gordura, por lo que la persona establece un umbral de peso inferior al ideal.
- e. Generalmente existe un antecedente de anorexia nerviosa.
- f. Fase de amenorrea. (2,17).

3. Criterios para el Diagnóstico de Bulimia de peso Normal:

- a. Se presentan accesos recurrentes de ingesta compulsiva.
- b. Diversos intentos por contrarrestar el aumento de peso.
- c. Los pacientes explican su conducta como una pérdida de auto control, que abarca su peso corporal. Pueden coexisten síntomas depresivos.(2,17)

F. FACTORES DE RIESGO:

1. Factores Culturales:

La sociedad actual se ve seriamente influenciada por los medios de comunicación, los cuales determinan la manera adecuada de comportarse, vestirse y verse. El día de hoy la imagen delgada se vende como un producto más, como sinónimo de éxito y belleza por lo que los individuos se ven presionados a satisfacer las características propuestas por los medios, con lo cual se supone lograrán alcanzar las metas que se propongan.(15,9,19)

Diariamente los jóvenes ven y escuchan en la televisión, radio, revistas, anuncios con modelos delgadísimas y hombres atléticos anunciando múltiples dietas, fármacos, aparatos para conseguir la imagen “perfecta” según la sociedad y lamentablemente muchos caen en desórdenes alimenticios pues desean a toda costa ser admirados y aceptados por una sociedad superficial que ha dejado a un lado los valores morales y espirituales de la persona.(15,9,19)

2. Factores Educativos y Familiares:

Siendo la familia la base en la formación y educación de todas las personas ésta juega un rol muy importante en el desarrollo de este tipo de padecimiento.

Se ha estudiado que la sobreprotección provoca en los jóvenes una ausencia de habilidades para la toma de decisiones. (9,19)

Por otro lado se sabe que las madres de las anoréxicas se sobre-involucran en la vida de sus hijas, mientras que los padres de los bulímicos tienden a ser críticos y distantes. (9,13, 19)

Los individuos con familias conflictivas, en caos, rígidas, hostiles, con padres alcohólicos o que abusan de sustancias, son más susceptibles a padecer este tipo de problemas. (13,9,15,19)

Por otro lado los niños con padres obesos son también mas propensos a sufrir estos desórdenes. (19)

3. Factores Personales:

- a. Baja autoestima.
- b. No aceptarse como persona.

- c. Inseguridad.
- d. Perfeccionista.
- e. Autoexigencias desmedidas.
- f. Excesiva preocupación por la opinión de los demás.
- g. Poco control sobre su propia vida.
- h. Poca vida social. (13,19,17,9)

Se ha visto que la personalidad del paciente anoréxico es perfeccionista, con autoexigencia desmedida, estricta, mientras que el paciente bulímico es desordenado, con tendencia a los fracasos sentimentales, muchas veces lleva una vida promiscua, con mayor tendencia al abuso de drogas y alcohol y una baja autoestima. (3,4,11,15,8)

4. Factores Temporales:

- a. Experiencia reciente de un fracaso.
- b. Conflictos interpersonales.
- c. Cambios corporales en la adolescencia.
- d. Cambios de círculo social.
- e. Cambios de cultura.
- f. Trastornos emocionales. (9,19)

5. Problemas Alrededor del Nacimiento:

Infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer, mayor edad materna se han relacionado con éste tipo de enfermedades. (9)

6. Infecciones:

Existe una relación entre anorexia y estreptococo beta- hemolítico del grupo A, pues es un factor causante de una forma rara de un trastorno obsesivo-compulsivo en niños.(9)

Se ha relacionado también a Epstein Barr pues se cree que los anticuerpos provocados por los organismos pueden lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. (9)

7. Factores Genéticos:

La anorexia es 8 veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno. Además se ha visto que tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, haciéndoles más difícil subir de peso. (9,19)

8. Otros:

- a. Tener familiares obesos.
- b. Vivir con personas que tengan la enfermedad o que se preocupen mucho por el peso y la apariencia física.
- c. Personas que han sido abusadas sexualmente tienen 35% más probabilidades de padecer desordenes alimenticios.
- d. Los atletas profesionales se encuentran en mayor riesgo de padecer éstas enfermedades , pues el nivel de competencia los lleva a querer estar en óptimas condiciones físicas, además muchas veces los mismos entrenadores recomiendan el conteo de calorías, pérdida de grasa y muchas veces humillan y castigan a los deportistas por su condición física. Actualmente existe el término “triada de atletas mujeres” que describe los siguientes fenómenos:
 - i. Disfunción menstrual.
 - ii. Trastornos alimenticios.
 - iii. Osteoporosis.

La anorexia pospone la pubertad permitiendo que dichas mujeres mantengan una figura muscular añada, sin acumulación de grasa en los senos y caderas que pudiera mitigar su estímulo competitivo.(8,19,15).

G. COMPLICACIONES:

1. Cardiacas:

La cardiopatía es la causa más común de muerte en pacientes con anorexia severa.

Se puede encontrar bradicardia, arritmias, disminución del flujo sanguíneo, hipotensión, aumento del colesterol, prolapso de las válvulas cardiacas, derrame pericárdico y corazones anormalmente pequeños.(15,16,9,17,13)

2. Gastrointestinales:

Estreñimiento, úlceras gástricas y esofágicas, indigestión, diarrea, hemorragia gastrointestinal. (9,15,16)

3. Electrolíticas:

Disminución del potasio y calcio los cuales son los responsables de las corrientes eléctricas para el bombeo del corazón, lo cual coloca al paciente en mayor riesgo de un paro cardíaco. Otros hallazgos son la deshidratación severa, disminución de magnesio y fosfato. (9,15,16,5)

4. Hematológicas:

Anemia severa, anemia perniciosa e incluso pancitopenia que es una enfermedad mortal en la que la médula ósea disminuye la producción de células sanguíneas.(9,15,16,17,13)

5. Reproductivas y Hormonales:

- a. Disminución de hormonas reproductivas.
- b. Alteración en las hormonas tiroideas, aumento de cortisol.
- c. Amenorrea (en el 25% de los casos la menstruación nunca regresa) provocando además esterilidad. (13,17,9,3)

Provoca también abortos espontáneos, aumento en la incidencia de defectos congénitos, bajo peso al nacer.

En varones provoca además impotencia, esterilidad, disminución del deseo sexual.(9,15,16,17,13)

6. Oseos:

Disminución de minerales óseos (osteopenia), esto es causado por la disminución de los estrógenos y aumento de hormonas esteroideas, lo que da como resultado huesos porosos (osteoporosis). Además disminuye el crecimiento normal.(15,16,9,5)

7. Neurológicas:

Daño nervioso, convulsiones, cosquilleos, pérdida de sensibilidad, insomnio, pensamiento desordenado.(9)

8. Psicológicos-Emocionales:

Relaciones afectivas conflictivas, depresión, dificultad para relacionarse sexualmente. Riesgo de suicidio, disminución de la vida social, irritación, angustia, stress, soledad, fatalismo.(9)

9. Dentales:

Caries, erosiones, decoloración y pérdidas de piezas dentales.(9,15,16)

10. Muerte:

Se da en el 4 a 20% de pacientes que tienen éstos desordenes. Es importante mencionar que la muerte prematura es 2 veces más alta entre bulímicas que en las anoréxicas.(9,15,16,17,13)

11. Otros:

Existe además daño renal y hepático. Se ha visto además, un mayor riesgo de padecer diabetes y cáncer de mama o de los aparatos reproductores tanto masculinos como femeninos.(9)

Lamentablemente son innumerables y diversas las consecuencias que pueden dejar los desórdenes alimenticios las cuales muchas veces son irreversibles dejando una marca indeleble en la vida del paciente.

H. TRATAMIENTO:

El éxito del tratamiento depende de varios factores entre los que podemos mencionar:

1. La personalidad del paciente.
2. Deseo de cambio.
3. Duración del tratamiento.
4. Edad de inicio.
5. Historia familiar.
6. Nivel de habilidad social y vocacional.
7. Presencia de otros factores coadyuvantes. (9)

Los 3 objetivos del tratamiento son los siguientes:

- ✓ Mitigar los problemas físicos peligrosos que representen una amenaza para la vida.
- ✓ Enseñar al paciente a comer normalmente.
- ✓ Investigar con la esperanza de cambio los pensamientos destructivos en relación al comer, peso y la comida.(9)

Pero además de esto un buen programa de tratamiento ayudará a reforzar la autoestima y enseñar a los participantes como enfrentarse a sus problemas sin autodestruirse.

Es decir, un tratamiento eficaz debe ser integral tomando en cuenta todos los factores que influyen en el apareamiento de este tipo de desorden y las complicaciones que éste puede provocar.

Antes que nada se debe evaluar exhaustivamente a cada paciente, determinando sus necesidades individuales, ya sean físicas, psíquicas o emocionales. Esto puede realizarse por medio de un examen físico y mental completo para determinar la gravedad del trastorno, la existencia de factores concurrentes y la voluntad de cambio del paciente. Se utilizan cuestionarios y test especializados que ayudan a evaluar las actitudes del individuo hacia el peso, la figura, la comida además de clarificar las características psicológicas y el desempeño social. Además es básico realizar una entrevista completa para conocer el estilo de vida de la persona, su peso actual y fluctuaciones del mismo, historias de dietas, hábitos de ingesta, uso de medidas compensatorias, problemas familiares y personales, entre otros.(9,1,3,7,6,10)

Luego de esta evaluación inicial, se escoge el tratamiento más apropiado.

1. Hospitalización:

Cuando el estado físico del paciente lo pone en peligro de muerte es necesario hospitalizarlo (daño hepático, renal, cardíaco, anemia o deshidratación severa, hemorragia gastrointestinal, entre otros) para el tratamiento especializado del problema, aunque esto sea sumamente difícil para la familia y personal médico, pues muchas veces el mismo paciente se rehúsa a recibir tratamiento y todos deben estar pendientes para evitar sabotajes del paciente (continúa vomitando, se quita los sueros, tira los alimentos, etc.).

El egreso se da cuando se ha logrado estabilizar al paciente y se ha llegado a un peso deseado pero debe seguirse la supervisión o tratamiento como paciente externo y continuar con psicoterapia.(9,15)

2. Psicoterapia:

Antes que nada se debe tener claro que el objetivo no solo es el aumento de peso sino erradicar el problema base.

a. Psicoterapia Individual:

Este tipo de terapia puede ser de mucha ayuda para el paciente, si el terapeuta logra ganarse su confianza, puesto que para las personas con estos trastornos, es más fácil abrirse ante una sola persona, mucho más si ésta logra entender su problema.(9)

b. Psicoterapia Tradicional:

Aunada a la terapia individual, la terapia tradicional ayuda al paciente a reflexionar y entender su infancia, sus sentimientos, sueños y por ende comprender su conducta actual, reconocer lo dañino de ésta y así aceptar la importancia de cambiarla.(9)

c. Modificación de la Conducta:

Esta terapia se basa en el principio del premio-castigo y se centra únicamente en la conducta actual. Por ejemplo: se premia a una anoréxica que logra un peso determinado y se le castiga cuando no lo ha hecho (se le permite o no que vaya al cine o se compre ropa). Esta terapia es más eficaz en pacientes bulímicas o con compulsión.(9)

d. Terapia Cognitivo Conductual.(TCC):

Esta terapia es una combinación de la psicoterapia tradicional y modificación de la conducta, en la que se busca el conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos seguido de cambios en la conducta.

Tiene los siguientes pasos:

- i. Conocimiento de sus propios pensamientos
- ii. Enseñarle la conexión entre sus pensamientos y su conducta autodestructiva.
- iii. Examinar con él la validez de ciertos pensamientos y creencias.
- iv. Sustituir creencias erróneas por verdaderas.
- v. Cambiar las suposiciones que subyacen en el desarrollo de éstos trastornos.(9)

e. Terapia de Grupo:

Es una terapia en la que varias personas con un problema determinado comparten sus experiencias. Es sumamente útil en pacientes bulímicas, pero los expertos no la recomiendan en anoréxicas, pues éstas muchas veces se dedican a competir para ver quien come o pesa menos y no por quien logra salir de su problema.(9)

f. Terapia Familiar:

Es importante, pues ayuda al terapeuta a observar los patrones familiares y conocer como éstas pueden influir en el desarrollo de la enfermedad. Por otro lado ayuda a la familia a entender y ayudar al miembro que cursa con el problema.(9,15)

g. Terapia Nutricional:

Se trata de hacer entender al paciente que está sumamente delgado y que se encuentra en riesgo su vida. Se le enseña a que puede comer de todo con moderación y que no por eso se convertirá en obeso, y que al contrario obtendrá una figura más bella. A los pacientes con bulimia se les enseña a comer en pequeñas o normales cantidades de comida y así evitar las purgas.

La meta de peso debe ser establecido por el médico, sin embargo se recomienda un aumento de 1-2 libras por semana. Se debe iniciar con una dieta de mas o menos de 1500 calorías al día para reducir posibles consecuencias como dolor e inflamación estomacal, retención de líquidos, insuficiencia cardiaca.(9)

3. Farmacoterapia:

Aunque ninguna terapia medicamentosa ha demostrado ser totalmente eficaz para estos trastornos, actualmente se utilizan antidepresivos inhibidores de reabsorción selectivos de serotonina, entre éstos podemos mencionar la fluoxetina (Prozac), sertraline (Zolofot), paroxetina (Paxil), venlafaxine (Effexor) y la fluvoxamina (Luvox). Se recomiendan dosis altas de inicio, si responden bien se dan dosis bajas para el mantenimiento, en bulímicas las dosis pueden ser menores. Por otro lado algunos médicos utilizan cyproheptadine (Periactin) que es un antihistamínico que estimula el apetito en las pacientes con anorexia.

Otros autores recomiendan dar amitriptylina y chlorpromazine en la anorexia y fenitoína o carbamazepina en bulimia.(9,15)

I. PRONÓSTICO:

Se ha visto que 1 de cada 10 personas que padecen de algún desorden alimenticio mueren. Es alarmante saber que solo un tercio de los pacientes con anorexia, se recupera.(6,15)

En estudios a largo plazo se ha observado que el 70% de pacientes se recuperan y que la mayoría siguen comiendo menos. El 20% de pacientes bulímicas seguían luchando con la enfermedad después de 10 años.(15)

Otros estudios demuestran que el 60% se curan mientras que en el 40% de los pacientes se vuelve un problema crónico, en la que las personas continúan con desórdenes adaptativos y problemas médicos asociados.(9,15,16)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

A. METODOLOGÍA:

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo.

2. Sujeto de Estudio:

Estudiantes de 13 a 19 años, inscritos en el ciclo escolar 2001, en las áreas de básicos y diversificado en los siguientes establecimientos:

- a. Instituto Federico Mora.
- b. Colegio Cristiano Elim.
- d. Colegio Alfredo Nóbel.

Se escogen estos establecimientos pues los 3 son mixtos y tienen diferentes características socio-económicas lo cual ayudará a determinar los objetivos de este estudio. Por otro lado se selecciona éste grupo etéreo pues es el más frecuentemente afectado por estos desórdenes.

3. Población y Muestra:

En el Instituto Federico Mora se escoge una muestra de manera aleatoria simple, tomando 200 estudiantes de los cuales 100 son del sexo femenino y 100 del sexo masculino. En el Colegio Alfredo Nóbel se encuesta a todos los estudiantes de nivel medio con un total de 109 alumnos de los cuales 46 son mujeres y 63 son varones. Por último, en el Colegio Elim se estudia a 186 alumnos, que constituyen el total de inscritos, siendo 102 del sexo femenino y 84 hombres.

TOTAL DE MUESTRA: 495 ALUMNOS.

4. Criterios de Inclusión:

- a. Estudiantes de los establecimientos antes mencionados.
- b. Que acepten voluntariamente participar en el estudio.

5. Criterios de Exclusión:

Estudiantes con enfermedades crónicas y debilitantes.

6. Definición de Variables:

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	UNIDAD
INCIDENCIA	Proporción de casos nuevos de una enfermedad por 100 hab. En un espacio de tiempo dado.	# de casos nuevos de pacientes que cumplen los criterios de desorden alimenticio en relación al total de hab. por 100.	NUMÉRICA	PORCEN- TAJE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad entre 13 y 19 años.	Numérica Cuantitativa.	AÑOS
SEXO	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Según entrevista.	NOMINAL	FEMENI- NO MASCU- LINO.
CLASE SOCIO- ECONÓMICA	Orden en que se coloca a las personas según su condición económica.	Según el establecimiento al que pertenecen	NOMINAL	ALTA MEDIA BAJA
DESÓRDE- NES ALIMENTI- CIOS	Trastornos en los cuales la comida, obsesión por la imagen corporal y los esfuerzos por bajar de peso controlan al paciente.	Puntaje que se relacione con el padecimiento de algún desorden alimenticio.	NOMINAL.	POSITIVO NEGATI- VO

7. Instrumento y Procedimiento de Recolección de Datos:

Se utilizó el TEST DE ACTITUD HACIA LA COMIDA.

David Garner y Paul Garfinkel, en 1979, diseñaron el Test de Actitud Hacia la Comida

Este evalúa 7 áreas :

1. preocupación por la comida.
2. la búsqueda de un cuerpo delgado.
3. el abuso de vómitos y laxantes.
4. la dieta.
5. hábito de comer despacio o rápido.
6. comer a escondidas.
7. la presión social que percibe el paciente.

Este test fue utilizado por King al evaluar a 748 pacientes que asistían a la consulta externa de 4 hospitales en Londres, encontrando una sensibilidad de 1.0 y especificidad de 0.91. lo cual lo coloca como un test válido y confiable.

Este test consta de un instructivo, una serie de 40 preguntas, con las siguientes posibles respuestas:

SIEMPRE	A MENUDO	MUY A MENUDO
RARAS VECES	A VECES	NUNCA

La calificación se da de la siguiente manera:

3 puntos a la respuesta que determine algún trastorno alimenticio.

La subsiguiente con 2 puntos.

Quedando 1 respuesta con 1 punto y el resto con 0 puntos.

Si la calificación es igual o mayor de 30 se considerará paciente con características de algún desorden alimenticio.

8. Ejecución de la Investigación:

a. Etapas de la Investigación:

- i. Selección del Tema: en esta etapa se escoge el tema, tomando en cuenta los intereses del estudiante investigador, además la factibilidad e importancia que podría tener realizar el estudio. Se discute donde puede llevarse a cabo y la metodología más adecuada. Luego de esto se presenta el proyecto a los médicos encargados de aprobación de Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala quienes dan su visto bueno, por lo que se pasa a la siguiente etapa. (3 semanas)
- ii. Recolección de la Información: se busca toda la información existente del tema elegido, en libros, revistas, documentos e internet. (2 semanas)
- iii. Se realiza el protocolo. Luego se inicia el trabajo de campo en el cual se obtienen los datos por medio del Test de Actitud Hacia la Comida, el cual se pasa a los estudiantes elegidos. Los resultados se tabulan y ordenan a través sistema EpiInfo 2000.

9. Presentación de Resultados:

Se visitó cada establecimiento previa autorización de los directores de los mismos y se pasó el Test de Actitud Hacia la Comida a los escolares aleatoriamente elegidos, en las áreas de básicos y diversificado.

Los datos se presentaron ordenados por edad, nivel socio económico, sexo y la presencia o no, de características de algún desorden alimenticio, procesados a través del sistema Epiinfo 2000.

10. Aspectos Éticos:

Se solicitó a todos los escolares su autorización para la realización de la prueba, explicándoles claramente el objetivo del estudio y del test.

Los resultados fueron manejados confidencialmente y entregados a los estudiantes en forma personal, aconsejándoles la conducta pertinente según sea el caso.

B. RECURSOS:

1. Materiales y Físicos:

- Libros de texto, documentos de Internet, folletos, tesis, revistas.
- Hojas, lapiceros, lápices, computadora, calculadora.
- Test de actitud hacia la comida.
- Establecimientos escolares (aulas, pizarrón, yeso o marcador, escritorios, sillas).
- Biblioteca Central de la USAC, Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas y Odontológicas.
- Internet.

2. Humanos:

- Estudiante que realiza la investigación.
- Escolares a quienes se realiza la prueba.
- Directores y maestros de los establecimientos.
- Guías psicológicos de los mismos.

3. Económicos:

-Reproducción de material bibliográfico	Q 50.00
-Gastos para la elaboración del protocolo	Q 150.00
-Gastos para la elaboración del informe final	Q 100.00
-Impresión de tesis	Q 900.00

TOTAL	Q1,200.00

VII PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Incidencia de escolares que cumplen con los criterios para el diagnóstico de Desórdenes Alimenticios.

Estudio descriptivo realizado en los Colegios Alfredo Nóbel, Cristiano Elim e Instituto Federico Mora, con estudiantes de 13 a 19 años, inscritos en el área de básicos y diversificado. Julio-agosto 2001.

Cuadro No. 1

Total de Estudiantes Encuestados en el Instituto Experimental Federico Mora.

Edad	Femenino		Masculino		total	
	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%
13-14 años	61	30.5	68	34	129	64.5
15-16 años	22	11	21	10.5	43	21.5
17-18 años	17	8.5	11	5.5	28	14
TOTAL	100	50	100	50	200	100

ANÁLISIS DEL CUADRO #1

Debido a la cantidad de estudiantes inscritos en el Instituto Federico Mora, se escogió una muestra por conveniencia de 200 alumnos, de los cuales 50% pertenecen al sexo femenino y el otro 50% al masculino. De estos el 64.5% se encuentran en un rango de edad de 13 a 14 años, el 21.5% de 15 a 16 años y por último, el restante 14% lo comprenden jóvenes de 17 a 18 años.

Se realizó de ésta forma debido a que el grupo etáreo mayoritario es el de 13 a 14 años, seguido por los otros 2 grupos respectivamente. Es importante mencionar que esto se da, pues muchos de los estudiantes se retiran en los primeros años del nivel medio.

CUADRO No.2
Pruebas Positivas en Estudiantes Femeninos del
Instituto Experimental Federico Mora

FEMENINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	25	25	36	36	61	61
15-16 años	7	7	15	15	22	22
17-18 años	5	5	12	12	17	17
TOTAL	37	37	63	63	100	100

CUADRO No.3
Pruebas Positivas en Estudiantes Masculinos del Instituto Experimental Federico Mora

MASCULINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	9	9	59	59	68	68
15-16 años	5	5	16	16	21	21
17-18 años	3	3	8	8	11	11
TOTAL	17	17	83	83	100	100

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN CUADROS # 2-3

El Instituto Federico Mora, es un establecimiento público, a donde asisten alumnos de escasos recursos, los cuales, debido a la difícil situación económica prevaleciente en sus hogares, no pueden costear los honorarios exigidos por los centros educativos privados.

De los 200 estudiantes encuestados el 27%, cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios. Este porcentaje es sumamente preocupante si tomamos en cuenta que las estadísticas de otros países suponen menos del 20% de casos en jóvenes de este nivel socioeconómico(9). Sin embargo se debe recordar que por ser Guatemala un país en vías de desarrollo, estos adolescentes tienen muchos de los factores de riesgo para padecer estos desórdenes, entre los que podemos mencionar familias desintegradas, alcoholismo y falta de cuidado e interés de los padres por los problemas de sus hijos, violencia intra familiar, baja autoestima, sentirse rechazados por la sociedad y por ende buscar su aprobación, entre otros.(9,11).

De los estudiantes con pruebas positivas, el 68% son mujeres y 31.48% son hombres, con una relación 2:1 mujer/hombre. En cuanto al grupo etáreo el más afectado es el de 17 a 18 años con un 28.5%, seguido por el de 15 a 16 años con el 27.9% y por último el de 13 a 14 años con un 26%. Estos resultados coinciden con los datos presentes en la literatura revisada, donde se reporta que el sexo femenino y el grupo de 17 a 18 años son los más susceptibles.(15,14,9).

CUADRO No.4
Total de Estudiantes Encuestados del
Colegio Cristiano Elim

Edad	Femenino		Masculino		total	
	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%
13-14 años	45	0.24	32	0.17	77	0.41
15-16 años	34	0.18	29	0.16	63	0.34
17-18 años	23	0.12	23	0.12	46	0.25
TOTAL	102	0.55	84	0.45	186	1.00

ANÁLISIS DEL CUADRO #4

El Colegio Cristiano Elim, se considera un establecimiento educativo al cual asisten estudiantes de nivel socio económico medio, debido a que los padres aún sin llegar a una solvencia económica extraordinaria si pueden cancelar las cuotas monetarias exigidas por las autoridades del plantel.

En este centro educativo se encuesta a todos los estudiantes inscritos en el nivel medio, con un total de 186 alumnos, de los cuales 84(45%) pertenecen al sexo masculino y 102 (55%) son del sexo femenino.

De estos 77(41%) tienen de 13 a 14 años, 63(34%) 15 a 16 años y por último 46 (25%) tienen de 17 a 18 años.

CUADRO No. 5
Incidencia de Estudiantes con Desórdenes Alimenticios del
Colegio Cristiano Elim

FEMENINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	12	0.12	33	0.32	45	0.44
15-16 años	6	0.06	28	0.27	34	0.33
17-18 años	9	0.09	14	0.14	23	0.23
TOTAL	27	0.26	75	0.74	102	1

CUADRO No. 6
Incidencia de Estudiantes con Desórdenes Alimenticios del
Colegio Cristiano Elim

MASCULINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	3	0.04	29	0.35	32	0.38
15-16 años	2	0.02	27	0.32	29	0.35
17-18 años	5	0.06	18	0.21	23	0.27
TOTAL	10	0.12	74	0.88	84	1

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN CUADROS #5-6.

En este grupo se encontró un 19% de alumnos que presentan éstos trastornos.

De las 102 mujeres encuestadas el 26% tienen pruebas positivas, mientras que de 84 hombres estudiados el 12% padecen de desórdenes alimenticios, con una relación 2:1 mujer-hombre.

En cuanto al grupo de edades, los estudiantes comprendidos entre los 17 y 18 años son los más afectados representando un 30.4% de los alumnos con éste tipo de padecimiento, seguido por los jóvenes de 13 a 14 años con el 19.4%.

Esto se explica pues los escolares de 17 a 18 años se encuentran en una etapa en la que desean ser aceptados por la sociedad y por otro lado, los adolescentes de 13 a 14 años están experimentando muchos cambios físicos, psicológicos y emocionales lo cual es un factor sumamente importante para el desarrollo de éstos desórdenes.

CUADRO No. 7
Total de Estudiantes Encuestados del
Colegio Alfredo N6bel

	Femenino		Masculino		total	
Edad	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%	No. Estudiantes	%
13-14 a6os	8	0.07	23	0.21	31	0.28
15-16 a6os	31	0.28	24	0.22	55	0.50
17-18 a6os	7	0.06	16	0.15	23	0.21
TOTAL	46	0.42	63	0.58	109	1.00

AN6LISIS DEL CUADRO #7

El Colegio Alfredo N6bel, se considera un establecimiento a donde asisten alumnos de nivel socio econ6mico alto pues los padres siendo empresarios, finqueros, profesionales pueden pagar las elevadas cuotas establecidas por los due6os de dicha instituci6n.

Se encuesta a todos los alumnos inscritos en las 6reas de b6sicos y diversificado con un total de 109 estudiantes, de los cuales 46(42%) son mujeres y 63 (58%) son hombres. De 6stos 31(28%) se encuentran entre los 13 y 14 a6os de edad, 55(50%) tienen de 14 a 15 a6os y 23(21%) de 17 a 18 a6os.

CUADRO No. 8
Incidencia de Estudiantes con Desórdenes Alimenticios del
Colegio Alfredo Nóbel

FEMENINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	3	0.07	5	0.11	8	0.17
15-16 años	16	0.35	15	0.33	31	0.67
17-18 años	3	0.07	4	0.09	7	0.15
TOTAL	22	0.48	24	0.52	46	1

CUADRO No. 9
Incidencia de Estudiantes con Desórdenes Alimenticios del
Colegio Alfredo Nóbel

MASCULINO						
Edad	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
13-14 años	3	0.05	20	0.32	23	0.37
15-16 años	8	0.13	16	0.25	24	0.38
17-18 años	4	0.06	12	0.19	16	0.25
TOTAL	15	0.24	48	0.76	63	1

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS CUADROS #8-9.

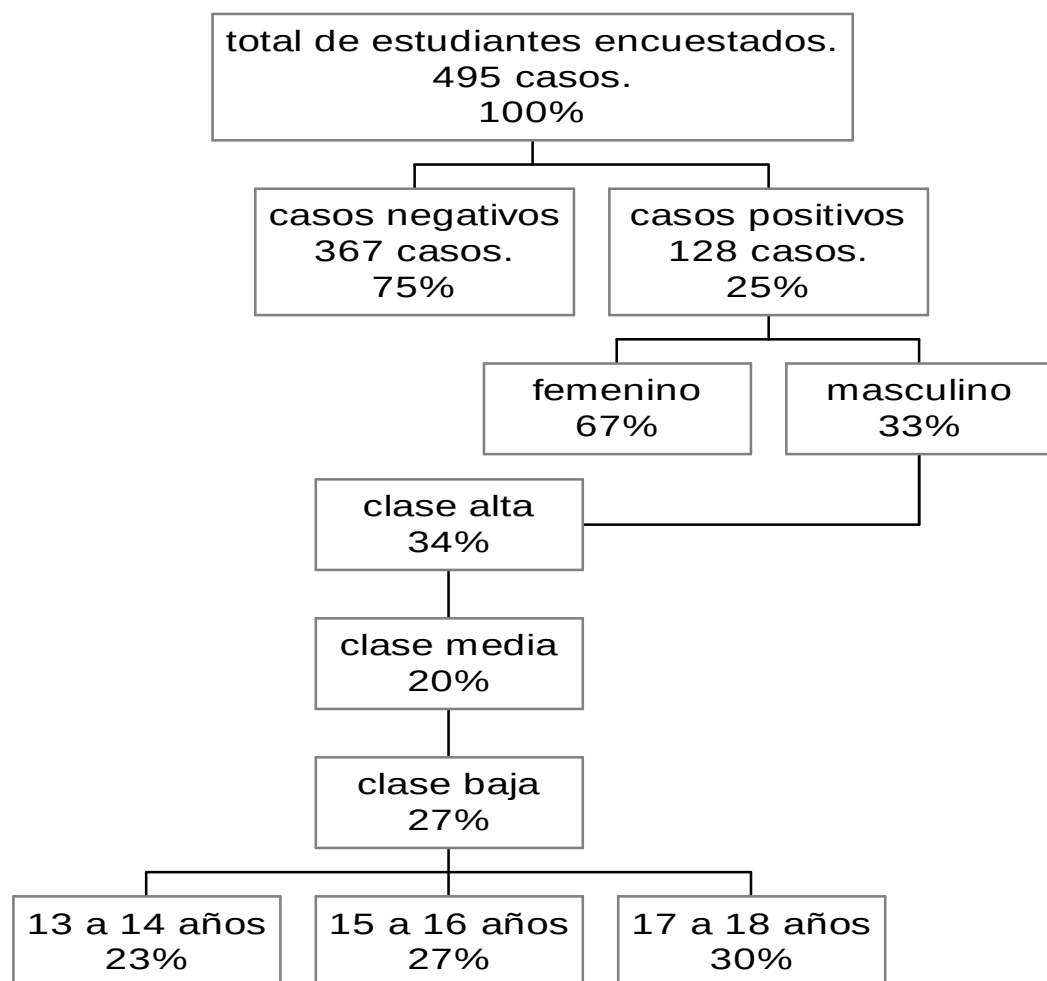
En este centro educativo se encontró un 33.9% de estudiantes con problemas alimentarios.

Por otro lado el 48% de las mujeres y el 24% de hombres presentan características para el diagnóstico de desórdenes alimenticios.

Aunque en toda la literatura y estadísticas se describe que el grupo socioeconómico alto es el más susceptible a éste tipo de padecimientos debido a la mayor influencia de los medios de comunicación, a la presión social, a la preocupación más pronunciada por la imagen corporal, los porcentajes encontrados en éste estudio son alarmantes pues se ve que casi la mitad de las adolescentes tienen algún desorden alimenticio, además que la incidencia en hombres es mucho más alta que la encontrada en otros países. Debido a esto es necesario informar a las autoridades de la institución para que intervengan y realicen actividades para la prevención de éstas enfermedades.

En cuanto a las edades, el grupo más afectado es el de 15 a 16 años con el 43%, seguido por el de 17 a 18 años con un 37.4% y por último el de 13 a 14 años con el 19%.

GRAFICA No. 1
Incidencia de Escolares que Presentan Criterios para el Diagnóstico de Desórdenes Alimenticios por Edad, Sexo y Nivel Socioeconómico



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE GRÁFICA #1

De los 495 estudiantes encuestados, 128 (25%) presentaron características para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, lo cual es preocupante pues de cada 100 jóvenes 25 tienen algún trastorno de la alimentación, además se observa que estos resultados son más altos que en otros países, en los cuales se estima que la incidencia es del 20%. Esto se explica pues en esta sociedad los medios de comunicación tienen mayor influencia que en otras comunidades, por otro lado en éste país los problemas económicos, familiares y sociales son mayores lo cual indiscutiblemente afecta a la juventud quien tiene que enfrentarse a más tropiezos encontrándose con una autoestima baja, una necesidad mayor de ser aceptados y de triunfar. Es importante mencionar que además en éste país no se le ha dado la importancia necesaria a estas enfermedades, por lo que la mayoría de personas desconocen los peligros de los desórdenes alimenticios.

Por otro lado, el sexo femenino es el más afectado con un 67% de casos lo cual concuerda con lo descrito por los especialistas, pues las mujeres se encuentran con mayor presión con respecto a su imagen física.

En cuanto al grupo socioeconómico, como se esperaba, el más afectado es el nivel alto con el 34% de los casos, seguido por el nivel bajo con un 27% quedando la clase media con el 20%.

Por último, los jóvenes de 17 a 18 años son los que presentan un mayor número de casos positivos (30%), éste resultado es similar al que se da en otras partes del mundo, pues se conoce que el punto de máxima incidencia se da a los 18 años.

VIII. CONCLUSIONES:

1. Se encontró una incidencia de 25% de escolares con criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios.
2. El sexo más afectado es el femenino con un 67% de pruebas positivas.
3. El grupo socioeconómico alto es el más afectado por éstos trastornos con un 34% , seguido por el nivel socioeconómico bajo con el 27% de estudiantes que padecen éstas enfermedades.
4. El grupo etáreo con mayor incidencia es el de 17 a 18 años, el cual representa un 34% de alumnos con estas entidades.

IX. RECOMENDACIONES

1. Dar pláticas, seminarios y talleres informativos a los alumnos y los padres de familia de los diferentes establecimientos educativos para la concientización acerca de la existencia de estos desórdenes, su importancia y el daño que pueden provocar en las personas que los padecen, así como la mejor manera de prevenirlos.

2. Participación de especialistas para detectar los casos más serios y así brindar tratamiento profesional a quien lo requiera, además de apoyar a sus familias.

X. RESUMEN

Los desórdenes alimenticios (Anorexia, Bulimia y Comer de manera Compulsiva) son trastornos multifactoriales en los cuales la comida, la obsesión por la imagen corporal y los múltiples esfuerzos para reducir de peso controla la vida del paciente.

En este trabajo se determinó la incidencia de éstos desórdenes en 495 estudiantes de 13 a 19 años de edad, de ambos sexos y con diferente nivel socio-económico.

Al final del estudio se encontró que el 25% de estudiantes encuestados presentan alguno de estos trastornos. El sexo más susceptible es el femenino con un 67% de pruebas positivas. Por otro lado, el nivel socioeconómico alto es el más afectado (34%) y por último, el grupo etáreo con mayor incidencia es el de 17 a 18 años(30%).

La recomendación es la intervención pronta de las autoridades de los diferentes establecimientos, junto a especialistas para el tratamiento profesional de los escolares que la requieran, además del apoyo y consejería a los otros estudiantes y padres de familia para prevenir que más alumnos caigan en éstos problemas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Agras W.S et al. Outcome Predictors for the Cognitive Behavior Treatment of Bulimia Nervosa. Data from a Multisite study. Am.J.Psyq. 2000. Enero 2000. 157 (1) (1302-1308).
2. American Psychiatric Association. Clinical Resources. DSM-IV Questions and Answers. Am. Psyq. Assoc-www.psych.org. 2001. 8p.
3. Anorexia Nervosa. www.odos.usac. University of Illinois, Anorexia Association Patient Care nov. 15- 1995. 29(81): 101.
4. Anorexia Nervosa. Harvard Mental Health Letter, oct.1997. www.nimh.nih.gov eating disorders.
5. Appolinario J.C y Claudino A.M. Trastornos Alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. 2000 22 (II): 28-31.
6. Binge Eating Disorder. Recognition, Diagnoses and Treatment. Timothy D. Brawerton. MD. Medical University of South Carolina.

[http:// www.medscape.com](http://www.medscape.com)

7. Bodycage. How to spot an Eating Disorder, and what to do if someone Close to you may be suffering.
[http://www. Bodycage.com/warning.html](http://www.Bodycage.com/warning.html).
8. Bulik C.M. and Kendler K.S. I Am What I Don't Eat. Establishing an Identity Independent of an Eating Disorder. Am.J.Psichiatry. 2000. 157(11) 1755-1760.
9. Bulimia y Anorexia.
[http:// www.monografías.com/](http://www.monografías.com/) 2000.
10. Goldfein J.A et al. Cognitive Behavioral. Therapy for the treatment of Binge Eating Disorder: What Constitutes Succes?. Am.J.Psychiatry. 2000. Julio: 157(7) (1051-1057).
11. Halmi. K.A et al. Perfectionism in Anorexia Nervosa. Variation By Clinical Subtype, Obsessionality and pathological Eating Behavior. Am J. Psychiatry. 2000. nov. 157(11): (1799-1805).
12. Keel K. P et al.. Predictive Validity of Bulimia Nervosa as a Diagnoses Category . Am. J. Psychiatry. 2000. enero 157(1) (136-138).
13. Lorraine C. Ladish. Me siento Gorda: Una historia de Bulimia y Anorexia. 2ª. Ed. Argentina: EDAF, 1993. 219 págs.

14. New England J of Med. Publishers.
An Epidemic of Anorexia- Definitions.
[http:// eatingdisorders.mentalhelp.net](http://eatingdisorders.mentalhelp.net).

53

15. Robinson P.H. et al. Eating Disorders.
ANRED. www.anred.com. 1998.
16. Something Fishy Website on Eating Disorders.
<http://www.something.fishy.org>.
17. Villareal Lila. ¿De qué tenemos hambre realmente?
1ª.ed. México: Océano, 1999. 156p.
18. Walling. A.D. Anorexia Nervosa.
1 octubre 2000. p.328.
19. Zunino Natalia. Risk Factors in the Development of Eating Disorder.
Melinda bodycage.com

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
UNIDAD DE TESIS.

RUTH MARÍA GUERRERO CABALLER
CARNET: 95138

TEST DE ACTITUD HACIA LA COMIDA:

EDAD: _____

SEXO: _____

SUBRAYA LA RESPUESTA QUE TU CONSIDERES ADECUADA:

1. ME GUSTA COMER CON OTRA GENTE:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

2. PREPARO COMIDAS PARA OTROS PERO NO COMO LO QUE PREPARO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

3. ME PONGO ANSIOSO ANTES DE LAS COMIDAS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

4. TENGO PAVOR A SER GORDO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

5. EVITO COMER CUANDO TENGO HAMBRE:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

6. SIEMPRE ESTOY PREOCUPADA POR LA COMIDA:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

7. HE TENIDO EPISODIOS EN LOS QUE COMO MUCHO Y SIENTO NO PODER PARAR:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

8. CORTO LA COMIDA EN PEDAZOS PEQUEÑOS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

9. ESTOY AL TANTO DEL CONTENIDO CALÓRICO DE MIS COMIDAS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

10. EVITO ESPECIALMENTE LAS COMIDAS CON ALTO CONTENIDO DE CARBOHIDRATOS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

11. ME SIENTO MUY LLENO DESPUÉS DE LAS COMIDAS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

12. SIENTO QUE OTROS PREFERIRÍAN QUE COMIERA MÁS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

13. VOMITO DESPUÉS DE HABER COMIDO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

14. ME SIENTO CULPABLE DESPUÉS DE COMER:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

15. ME PREOCUPO POR SER MÁS DELGADO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

16. ME EJERCITO MUCHO PARA QUEMAR CALORÍAS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

17. ME PESO MUCHAS VECES AL DÍA:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

18. ME GUSTA QUE LA ROPA ME QUEDE AJUSTADA

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

19. ME GUSTA COMER CARNE:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

20. ME DESPIERTO MUY TEMPRANO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

21. TOMO LOS MISMOS ALIMENTOS TODOS LOS DÍAS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

22. PIENSO EN QUEMAR CALORÍAS CUANDO ME EJERCITO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

23. TENGO PERIODOS MENSTRUALES REGULARES: (SOLO PARA SEÑORITAS)

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

24. OTRA GENTE PIENSA QUE SOY MUY DELGADA (O):

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

25. ME PREOCUPA LA IDEA DE TENER GRASA EN MI CUERPO:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

26. ME TARDO MÁS QUE OTROS EN TOMAR MIS ALIMENTOS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

27. ME GUSTA COMER EN RESTAURANTES:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

28. TOMO LAXANTES:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

29. EVITO COMIDAS CON AZÚCAR:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

30. TOMO ALIMENTOS DIETÉTICOS:

SIEMPRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE LA COMIDA CONTROLA MI VIDA:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE TENER AUTOCONTROL CON LO RELACIONADO A MIS COMIDAS:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE OTROS ME PRESIONAN PARA QUE COMA:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE DEDICO MUCHO TIEMPO A IDEAS DE LA COMIDA:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE ESTREÑIMIENTO:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE INCOMODO DESPUÉS DE COMER DULCES:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE SEGUIR DIETAS:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE GUSTAR TENER VACÍO EL ESTÓMAGO:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE GUSTAR PROBAR NUEVAS COMIDAS:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA

¿CÓMO SIENTES QUE TIENES DIFICULTAD DE RESISTIR EL IMPULSO DE VOMITAR DESPUÉS DE COMER:

PRE MUY A MENUDO A MENUDO A VECES RARAS VECES NUNCA