



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**  
**MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**  
**CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS DE GRADO**

**ANOREXIA Y BULIMIA Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS METABOLICOS EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO CIUDAD DE BALZAR, PROVINCIA DEL GUAYAS. DURANTE EL PRIMER QUIMESTRE DEL PERIODO LECTIVO 2014**

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AUTOR**

**ORDEÑANA MOSQUERA CECILIA ESTHER**

**DIRECTORA**

**LCDA. RAMONA MONTES VÉLEZ, MSC.**

**QUEVEDO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2014**

## **DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

Yo, Cecilia Esther Ordeñana Mosquera, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido presentado para ningún grado o calificación profesional, y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

La autoría certifica libremente que los criterios y opiniones que constan en la tesis son de su exclusiva responsabilidad.

---

**Cecilia Esther Ordeñana Mosquera**

## **CERTIFICACION DE LA DIRECTORA DE TESIS**

La suscrita, Lcda. Ramona Montes Vélez Msc, Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la señora egresada Cecilia Esther Ordeñana Mosquera, realizó la tesis de grado previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería; titulada: "ANOREXIA Y BULIMIA Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS METABOLICOS EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO CIUDAD DE BALZAR, PROVINCIA DEL GUAYAS, DURANTE EL PRIMER QUIMESTRE DEL PERIODO LECTIVO 2014", bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

---

**Lcda. Ramona Montes Veles, Msc.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi profundo agradecimiento a las siguientes personas, por su invaluable colaboración para poder llevar a cabo mi investigación.

Al Ing. Roque Vivas Moreira Msc, Rector de la Universidad Técnica estatal de Quevedo.

A la Ing. Guadalupe Murillo Campuzano Msc, Vicerrectora Administrativa de la Universidad Técnica estatal de Quevedo.

Al Ing. Williams Burbano Montece MSC, Vicerrector Académico de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo.

A la Ing. Dominga Rodríguez Msc, Director de la Unidad de Estudios a Distancia, por su dedicación y constancia, haciendo de la UED una oportunidad de superación.

A la Lcda. Ramona Montes Vélez por su guía y paciencia en las revisiones del trabajo investigativo, para hoy poder presentarlo.

A la Nutricionista Lcda. Evelyn Ponce Montiel, gran amiga, que participo comedidamente en las charlas a los estudiantes del Colegio Ciudad de Balzar.

A la Lcda. Diana Ruiz Arteaga, Rectora del colegio ciudad de Balzar, que siempre estuvo presta a colaborarnos para poder ejecutar este proyecto.

## **DEDICATORIA**

A ti, Anderson Araujo, a tu paciencia y entrega a tu familia, siendo en tus fines de semana, padre de tiempo completo, mientras yo estudiaba. Sin ti no lo hubiese logrado.

Cecilia Ordeñana Mosquera.

## INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág.</b>
PORTADA	i
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS	ii
CERTIFICACION DE LA DIRECTORA DE TESIS	iii
TRIBUNAL DE TESIS	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
INDICE GENERAL	vii
INDICE DE CUADROS	x
INDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
ABSTRAC	xiii

### **CAPITULO I**

<b>MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION</b>	<b>1</b>
1.1 Introducción	2
1.1.1 Planteamiento del problema	3
1.1.2 Formulación del problema	3
1.1.3 Sistematización del problema	4
1.1.4 Delimitación del problema	4
1.1.5 Justificación y factibilidad	4
1.2 Objetivos	5
1.2.1 General	5
1.2.2 Específicos	5
1.3 Hipótesis	5
1.3.1 Hipótesis específicas	5
1.3.2 Variables	6
1.3.2.1 Variables independientes	6

## **CAPITULO II**

<b>FUNDAMENTACION TEORICA</b>	<b>7</b>
2.1 Descripción principal	8
2.2 Epidemiología	8
2.2.1 Incidencia en adolescentes	9
2.3 La Anorexia Nerviosa	9
2.3.1 Anorexia Nerviosa	10
2.3.2 Complicaciones	11
2.3.3 Efectos metabólicos	12
2.4 Bulimia y factores de riesgo	13
2.4.1 Curso clínico	15
2.4.2 Consecuencias físicas	16
2.4.3 Perspectivas a largo plazo	17
2.4.4 Problemas gastrointestinales	17
2.5 Tratamiento	18
2.5.1 Criterios de hospitalización	18
2.5.2 Tamización de los trastornos alimenticios	19
2.5.3 Prevención	20
2.5.4 Trastorno de la conducta alimentaria	21
2.6 Trastornos alimentarios en adolescentes	22
2.6.1 Variables.	25

## **CAPITULO III**

<b>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	<b>28</b>
3.1 Localización, materiales y métodos	29
3.1.1 Localización	30
3.1.2 Materiales utilizados en la presente investigación	30
3.1.3 Métodos	30

3.1.3.2 Inductivo deductivo	30
3.1.3.3 De observación	
3.1.3.4 Histórico Lógico	30
3.2 Tipos de investigación	30
3.2.1 De campo	30
3.2.2 Descriptiva	31
3.2.3 Bibliográfica	31
3.3 Diseño de investigación	31
3.3.1 Procedimiento metodológico	31
3.4 Población y muestra	31
3.4.1 Población	32
3.4.2 Muestra	32

## **CAPITULO IV**

<b>RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>33</b>
4.1 Análisis de los datos estadísticos	34
4.1.2 Plan de capacitaciones	44
4.1.3 Evaluación de charlas	45
4.2 Discusión y comprobación de hipótesis	50

## **CAPITULO V**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>51</b>
5.1 Conclusiones	52
5.2 Recomendaciones	

## **CAPITULO VI**

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>54</b>
6.1 Revisión de literatura	55

**CAPITULO VII**

**ANEXOS**

## INDICE DE CUADROS

### Cuadro

1. Materiales y equipos utilizados en la investigación	30
2. Encuesta realizada a los alumnos de 13 a 18 años de edad del Colegio Ciudad de Balzar, sobre Anorexia y Bulimia	
Pregunta 1. Sabe usted que es Anorexia y bulimia	34
3. Pregunta 2. Sabe usted que es la bulimia	34
4. Pregunta 3. Conoce usted los tipos de trastornos alimenticios	36
5. Pregunta 4. Sabe usted, que dejar de comer para adelgazar, daña la salud	37
6. Pregunta 5. Come usted las tres comidas diarias	38
7. Pregunta 6. Me obsesiona el deseo de estar más delgado	39
8. Pregunta 7. Sabe cuáles son las consecuencias de la Anorexia	40
9. Pregunta 8. Sabe usted cuánto cuesta el tratamiento para la Anorexia	41
10. Pregunta 9. Sabe cuáles son las consecuencias de la bulimia	42
11. Pregunta 10. Una persona Anoréxica o Bulímica puede morir por esta causa	43
12. Preguntas de evaluación. Pregunta 1. Sabe usted que es la Anorexia	45
13. Pregunta 2. Sabe usted que es la Bulimia	46
14. Pregunta 3. Conoce usted los tipos de trastornos alimenticios	47
15. Pregunta 4. Sabe usted que el dejar de comer, daña la salud	48
16. Pregunta 5. Conozco las enfermedades que puede ocasionar el dejar de comer	49

## INDICE DE ANEXOS

### **Anexos**

Preguntas sobre la encuesta.	61
Temas que se trataron en las charlas educativas sobre anorexia y bulimia y sus trastornos metabólicos	62
Fotografías tomadas en el momento que se impartieron las charlas	67

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo se realizó en el Colegio Ciudad de Balzar del cantón Balzar, Provincia del Guayas. Ubicado en la Av. Del Estudiante y callejón Nueve de Octubre, teléfono 2030324, correo electrónico, ciudaddebalzar@hotmail.es.

La meta fue cumplir con los objetivos planteados. Evaluar el factor de riesgo de sufrir de anorexia o bulimia en la población estudiantil. Describir e informar a los estudiantes los efectos producidos por la anorexia y la bulimia.

Los resultados alcanzados fueron, que más del 90 % de los alumnos desconocen sobre la Anorexia nerviosa y la Bulimia, estos datos se obtuvieron de la primera encuesta a los alumnos de 13 a 18 años de edad del colegio ciudad de Balzar. Desconocen pero sin embargo, solo es un 30% los que tienen riesgos de padecerlas.

Las charlas que se dieron con la presencia de una nutricionista, despejaron dudas en los jóvenes, y se alcanzó el objetivo de dar a conocer a la población estudiantil, todo lo referente a la anorexia nerviosa y bulimia y sus efectos metabólicos.

La juventud de hoy en día, no solo necesita consejos, necesita también control. Son tanto los peligros en los que se incurre en la adolescencia como consecuencia de la desinformación, en el caso de la Anorexia y bulimia, el mero conocimiento que tienen los chicos es, que dejando de comer podrán llegar a tener un cuerpo esbelto, sin tomar en cuenta, por desconocimiento que el dejar de comer lleva a severas consecuencias inclusive poner en riesgo su vida.

## **ABSTRAC**

This work was performed at the City College of Canton Balzar Balzar, Guayas Province. Located at Av. Student and alley Nueve de Octubre, phone 2030324, email, ciudaddebalzar@hotmail.es.

The goal was to meet the objectives. Assess risk factor for anorexia or bulimia in the student population. Describe and inform students the effects of anorexia and bulimia.

The results achieved were, that over 90% of students know about Anorexia Nervosa and Bulimia, these data were obtained from the first survey of students 13-18 years old college town of Balzar. Unknown but yet is only 30% those risks of suffering.

The talks that took place in the presence of a nutritionist, cleared doubts youth, and aim to raise awareness of the student population was reached, everything related to anorexia nervosa and bulimia and metabolic effects.

The youth of today, not only need advice, you also need control. Are both hazards in incurred in adolescence as a result of misinformation in the case of anorexia and bulimia, the mere knowledge among boys is that by not eating may end up having a slender body, without taking into account, through ignorance that stop eating leads to severe consequences including riski

**CAPITULO I**  
**MARCO CONTEXTUAL**

## 1. Introducción

Desde hace algunos años se habló de la anorexia y bulimia en libros de medicina. En la actualidad se ha vuelto un problema de salud mundial ya que es una enfermedad que se caracteriza por un deseo de mantenerse delgado, aproximadamente con un 15% del peso normal. Es un problema que afecta principalmente a las mujeres y en el caso de los hombres en la actualidad va en aumento.

La Organización Mundial de la Salud con sus datos refleja que la mortalidad por estas enfermedades catalogadas de patología mentales, pese a ser trastornos relacionados con la alimentación es de 5 a 15%.

Aunque en Ecuador no existen cifras sobre la incidencia de esta enfermedad, consultorios y centros médicos mantienen un subregistro de acuerdo a los casos que tratan. Así, por ejemplo, The Center en Quito, trató el año pasado alrededor de 120 casos provenientes de varias ciudades del país.

La anorexia y la bulimia no son solo trastornos alimenticios, también representan un problema de autoestima. En Ecuador, los índices de enfermos de anorexia y bulimia son elevados, aunque todavía no se toma conciencia de su gravedad.

Son muchos los jóvenes, entre hombres y mujeres, que desean llegar a tener cuerpos de pasarela, lo que se debe a la publicidad de cuerpos esculturales aunque, como en toda afección, debe existir algún tipo de predisposición.

En el cantón Balzar, aún no se conocen de datos de muerte por anorexia, sin embargo si se ha notado jovencitas de colegio que a simple vista demuestran muy bajo peso. La obsesión por querer mantenerse cada vez más delgado, el conteo de las calorías que ingieren, además de querer lograr siempre menos peso, sin tomar en cuenta los riesgos que conlleva no alimentarse debidamente, dejar de comer por completo o inducirse al vomito.

La desinformación nos hace desconocer que los trastornos alimentarios son alteraciones de la conducta relacionada con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta, los tipos de trastornos de alimentación, que aparecen tanto en adolescentes como en adultos, son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa.

En los últimos años ha aumentado el número de pacientes anoréxicas con síntomas bulímicos. Uno de los factores influyentes es la creciente presión social que impone que para obtener logros y éxitos, es necesario ser delgado. Últimamente, las consultas por anorexia se han mantenido estables, mientras que las consultas por bulimia han incrementado notablemente. Los ciclos de atracones y vómitos parecen deberse a los mismos factores predisponentes y de mantenimiento que la anorexia, por eso inevitablemente se mantiene emparentada.

### **1.1.1 Planteamiento del problema**

La anorexia es una enfermedad mental crónica que afecta en su mayoría a las adolescentes. Y en particular se caracteriza por un miedo irrefrenable a aumentar de peso. Tanto la anorexia como la bulimia son incurables. Solo tienen un tratamiento.

El tratamiento debe ser integral, pues actúan endocrinólogos, pediatras, psicólogos y psiquiatras. En ocasiones se requiere hospitalizar al paciente.

En cambio, la bulimia se presenta cuando una persona ingiere alimentos sin medida, pero siente culpa y vergüenza al hacerlo, por lo que se autoinduce al vómito.

El problema radica, cuando los adolescentes por ignorancia, caen en estos desórdenes alimenticios por querer verse más delgados a toda costa.

### **1.1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia o riesgo de sufrir efectos metabólicos como consecuencia de Anorexia o Bulimia en los estudiantes de 13 a 18 años de edad el Colegio ciudad de Balzar?

### **1.1.3 Sistematización del problema**

El presente estudio está encaminado a prevenir casos de Anorexia y Bulimia, considerando consejos dietéticos y buena alimentación, para mantener un peso ideal. Lo cual se pretende hacer caer en cuenta mediante charlas educativas con la participación de un médico y una nutricionista no dejando de lado la presencia de los padres. Y a futuro disminuir la idea de que para bajar de peso hay que dejar de comer.

### **1.1.4 Delimitación del problema**

**Objeto de estudio:** Efectos metabólicos de la Anorexia y la Bulimia

Evaluar para valorar el conocimiento que tienen los alumnos acerca de este tema.

**Campo de acción:** población estudiantil de 13 a 18 años de edad, del Colegio Ciudad de Balzar.

**Tiempo:** Primer quimestre del periodo lectivo 2014

**Lugar:** Cantón Balzar, Provincia del Guayas.

### **1.1.5 Justificación**

El presente proyecto de investigación se realiza con el propósito de investigar, evaluar y valorar el conocimiento que tienen los alumnos de 13 a 18 años de edad del Colegio ciudad de Balzar, sobre la anorexia y bulimia y los trastornos

metabólicos que estas enfermedades pueden ocasionar, ya que con estos datos podemos establecer charlas educativas para su prevención.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 General**

Evaluar el grado de Anorexia y Bulimia y su relación con los trastornos metabólicos en adolescentes de 13 a 18 años de edad del Colegio ciudad de Balzar, provincia del Guayas, durante el primer quimestre del periodo lectivo 2014

### **1.2.2 Específicos**

- Diagnosticar el grado de Anorexia y Bulimia, entre la población estudiantil de 13 a 18 años de edad.
- Planificar charlas educativas con profesionales en el área, para crear el vasto conocimiento a los jóvenes de los efectos producidos por estas enfermedades.
- Evaluar las charlas dictadas para el conocimiento sobre los efectos metabólicos producidos por la Anorexia y Bulimia.

## **1.3 Hipótesis**

El saber si los adolescentes conocen sobre la Anorexia y la bulimia, permitirá establecer la metodología para instruirlos acerca de estas enfermedades y los efectos que pueden producir.

### **1.3.1 Hipótesis específicas**

- Al evaluar el factor de riesgo en los adolescentes, podemos determinar el índice de la población estudiantil de sufrir algún tipo de trastorno alimenticio.
- El describir e informar a los estudiantes, los efectos producidos por la anorexia y bulimia, procurará bajar el factor de riesgo de un posible trastorno alimenticio.

### **1.3.2 Variables**

#### **1.3.2.1 variable independiente**

**Anorexia y bulimia en los alumnos de 13 a 18 años de edad del Colegio Ciudad de Balzar.**

Las encuestas realizadas a los estudiantes del colegio ciudad de Balzar, evidenciara el factor de riesgo de caer en Anorexia y o Bulimia en la adolescencia.

#### **1.3.2.2 variable dependiente**

- El estudio de las estadísticas del conocimiento que tienen los alumnos del colegio ciudad de Balzar, ayudará a determinar la tasa de incidencia de riesgos que adquirir cualquiera de las enfermedades antes expuestas.
- La revisión de los datos recabados

**CAPITULO II**  
**FUNDAMENTACION TEORICA**

## 2 Fundamentación teórica

### 2.1. Descripción principal

**ABRAHAM (2015)** Los desórdenes alimentarios –anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad– afectan cada día a más personas en las sociedades desarrolladas. En general, suelen darse más en las mujeres que en los hombres y las razones por las que se desarrollan no están del todo claras. A pesar de que los trastornos alimentarios aquí expuestos presentan diferencias, en todos ellos se oculta un principio común: una enfermiza obsesión por la alimentación y una postura radical ante todo lo que con ella se relaciona. En esta nueva edición de un texto ya clásico, SUZANNE ABRAHAM y DEREK LLEWELYN-JONES nos explican, mediante numerosos ejemplos extraídos de su experiencia clínica, los peligros de una alimentación irracional, nos enseñan a detectar los síntomas de ANOREXIA Y BULIMIA y nos ayudan a cuidar mejor de nosotros mismos y de las personas a nuestro cargo, además de examinar la situación y los problemas a los que tienen que enfrentarse los familiares, pareja o amigos que conviven con una persona que sufre cualquiera de los desórdenes que se tratan en este volumen.

### 2.2. Epidemiología

**GARGALLO M. et. al (2003)** Según el DSM IV, la prevalencia de bulimia nerviosa es de 1-3% en mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en hombres es 10 veces menor.

La co-ocurrencia entre bulimia nerviosa y trastornos de personalidad oscila entre el 27 y 84 % de los casos y se asocia mayor frecuencia al trastorno de personalidad límite

### **2.2.1 Incidencias en adolescentes**

**MATURANA (2003)** Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. La incidencia de anorexia nerviosa parece haber aumentado en las décadas recientes, tanto en nuestro país como en países extranjeros. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

**VAN Y HOEK (2003)** La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos indica que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1 % para la bulimia nerviosa. La incidencia total es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia. Además, la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad.

**SILBER (1984).** Las cifras estadísticas oficiales de los organismos internacionales ubican estos trastornos entre el 1% y el 5% de la población entre los 12 y los 30 años con una marcada prevalencia del sexo femenino y una mortalidad alarmante situada aproximadamente entre un 5% y un 18% de los casos referidos.

### **2.3. La Anorexia nerviosa**

**SAGALAZ L (2000)** Una enfermedad específica caracterizada por una pérdida autoinducido de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal. La anorexia Nerviosa es , junto con la Bulimia un conjunto de enfermedades mentales y uno de los principales trastornos alimenticios, también llamados

Trastornos psicogénicos de la Alimentación (TFA). Lo que distingue a la anorexia nerviosa es el rechazo de la comida por parte del enfermo y el miedo obsesivo a engordar, que puede conducirle a un estado de inanición. Es decir, una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esencial. En casos graves puede desarrollar desnutrición, hambre, amenorrea y extenuación.

Sus orígenes nosológicos son muy antiguos, se conocen casos descritos desde la Edad Media. Participan en su evolución las funciones psicológicas, los trastornos neuroendocrinos, hormonales y metabólicos.

Los posibles tratamientos están todavía en estudio, los tratamientos actuales pueden dar solo un modesto beneficio al paciente.

**SAGALAZ L (2000)** La anorexia nerviosa es una enfermedad, y no debe ser confundida con el síntoma llamado anorexia. El término anorexia proviene del griego a-/an- (negación) + órexis (apetito, hambre; deseo) y se emplea, en general, para describir la inapetencia o falta de apetito, este síntoma puede ocurrir en circunstancias muy diversas, tales como estados febriles, enfermedades generales y digestivas o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana. La anorexia por lo tanto es un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades y no una enfermedad en sí misma.

La anorexia nerviosa por el contrario, no es un síntoma, sino una enfermedad específica caracterizada por una pérdida autoinducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal, cuya presencia es indicativa de un estado patológico diferente del individuo, y puede tener consecuencias muy graves para la salud de quien la sufre. Es un factor de riesgo para la enfermedad de Wernicke.

### **2.3.1 Anorexia nerviosa**

**MASSON (1995)** clínicamente se considera la Anorexia Nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-IV, o sea rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a

ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Existen 2 subtipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo/purgativo.

La anorexia nerviosa se presenta fundamentalmente en el sexo femenino (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino). Por tal motivo, usaremos el término anoréxica para referirnos a pacientes con esta entidad, comprendiendo a pacientes de uno y otro sexo.

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de desembocar en estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico.

### **2.3.2 Complicaciones**

**MORA M RAICH RM (1993)** Las anoréxicas nerviosas se destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo, pero se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atacón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido (en un principio, lo realizan introduciéndose los dedos en la boca tras la comida, pero más tarde aprenden a vomitar sin la ayuda de los dedos). Esto puede producir con el tiempo erosión dental. O sea, de anoréxicas restrictivas, se convierten en anoréxicas compulsivas/purgativas, por el vómito, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos, etcétera.

Estudios realizados entre las anoréxicas restrictivas y las compulsivas/purgativas, plantean que estas últimas pesan más que las restrictivas, y además tienen antecedentes de más casos de obesidad anterior al primer episodio anoréxico;

que entre las compulsivas/purgativas se encuentra con más frecuencia la existencia de una madre obesa, y que las restrictivas tienen tendencia a mostrar mayor aislamiento social y de las relaciones sexuales, así como que son menos activas sexualmente. Las anoréxicas restrictivas con amenorrea primaria, tienen mayor temor a la madurez que otras con anorexia restrictiva y amenorrea secundaria, y las pacientes muy jóvenes con anorexia restrictiva tienen mayor depresión y ansiedad que las anoréxicas mayores, tanto restrictivas como compulsivas/purgativas. La menstruación normal casi siempre regresa con el aumento de peso cuando el contenido de masa corporal llega al 22 %. Los varones con anorexia nerviosa pierden el lívido y son infértiles.

Otros síntomas que se pueden encontrar, según algunos autores, es la mala adaptación sexual. Muchas adolescentes con desarrollo sexual retrasado tienen con frecuencia marcada disminución del interés por el sexo al comienzo de la enfermedad.

### **2.3.3. Efectos metabólicos**

**OCHOA EFC (2012)** Desde el punto de vista biológico, Ochoa y otros señalan que "la restricción dietética lleva apareado una serie de cambios biológicos y físicos importantes. Entre ellos se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, respondiendo a la aparición de la amenorrea que ha llevado a muchos autores a considerar que dicha alteración constituye una de las causas primeras anteriormente descritas. En la actualidad, a pesar de que algunos hechos tales como la existencia de niveles plasmáticos y urinarios bajos de gonadotropina y estrógenos, la existencia de niveles elevados de cortisol, la ausencia del ciclo menstrual de gonadotropina, un patrón prepuberal de hormona luteinizante (LH) ponen de manifiesto la existencia de dicha alteración y parece existir un consenso al considerarlo secundario a los cambios experimentados en la ingesta".

Los cambios neuroquímicos presentes en la anorexia nerviosa se han atribuido también a la desnutrición, aunque es probable que estos cambios puedan a su vez

perpetuar las alteraciones conductuales.

**CALVO R (2011)** Muchos de los signos y síntomas de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de la amenorrea, puede haber estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel. También pueden presentarse lanugo, edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o dejar de tomar laxantes), anemia, leucopenia. Las petequias se observan muy raramente, por lo general en las extremidades. Algunas veces el color de la piel es amarillento. Puede aparecer también atrofia mamaria, reducción del vello axilar y pubiano, metabolismo basal disminuido, etc. Las consecuencias físicas de la desnutrición, así como el frecuente uso de diuréticos y laxantes afectan prácticamente todo el sistema.

**NUÑEZ. Y CARVAJAL M (2011)** El paciente con anorexia nerviosa, desde el punto de vista nutricional, presenta una ingesta deficitaria de minerales, así como de calcio, hierro, zinc. Se detectan valores séricos altos de caroteno y vitamina A, las vitaminas E y B6 pueden aparecer deficitarias, no así la vitamina C, la cual puede ser normal o elevada, pues una gran parte de los alimentos se consumen crudos, y, por lo tanto, no sufren importantes reducciones en el contenido de esta vitamina. También puede ser normal en los anoréxicos el contenido de proteínas.

Referente a la estrategia utilizada por los anoréxicos compulsivos-purgativos del uso de laxantes, se ha comprobado que el abuso de éstos ocasiona grandes pérdidas de agua, minerales y electrolitos, especialmente el potasio, lo cual puede incrementar el riesgo de disfunción renal y cardíaca. Además, la poca ingesta de calcio puede ocasionar la osteoporosis, muy frecuente en los pacientes adultos.

## **2.4 Bulimia y Factores de riesgo**

**FAVARO A. (2006)** La Bulimia o Bulimia Nerviosa es un trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso

en periodos de tiempo muy cortos, también llamados “atracones” (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos.

Diferentes autores coinciden en que este trastorno incluye aspectos multidimensionales como: biológicos, psicológicos, individuales, socioculturales y familiares que desencadenan o mantienen esta entidad. Se describe que el hacer dieta puede ser un factor desencadenante, ya que puede afectar neurotransmisores como la serotonina y los supresores del apetito. Otros factores relacionados son: La Anorexia Nerviosa, la preocupación excesiva por la figura y el peso, la baja autoestima, perfeccionismo cuando se relaciona con la percepción de sobrepeso, alteraciones del ánimo propio y de los familiares, dependencia y consumo de sustancias.

**GARGALLO M. et al (2003)** Los trastornos de la personalidad pueden aparecer como una complicación propia del trastorno alimentario o como un factor predisponente; como una entidad independiente del trastorno alimentario o como una característica patognomónica del mismo. Se ha observado que la mayoría de pacientes anoréxicos y bulímicos presentaban peor autoestima, menor asertividad y mayor grado de hostilidad. En estudios del DSM III, se halló que 63% de las mujeres con bulimia nerviosa presentaban un trastorno de personalidad, de los que un 37% correspondía al trastorno límite. Las características clínicas comunes que presentaban estos pacientes iban desde un estado de ánimo depresivo, menos intereses personales, baja tolerancia a la frustración y, en general un peor funcionamiento global.

Se han descrito factores perinatales en el desarrollo de la bulimia como: infartos de placenta ( $P=.10$ ), hipo reactividad neonatal ( $P=.005$ ), dificultades tempranas con la alimentación ( $P=.02$ ) y bajo peso al nacer para la edad gestacional. Al parecer la etiopatogenia de estos trastornos se relaciona a una causa hipóxica que

induce daño cerebral y alteración del neurodesarrollo del feto. Al parecer, la adecuada nutrición durante el embarazo y durante el periodo postnatal inmediato, influye en el estado nutricional del futuro adulto y en el sistema del apetito.

#### **2.4.1 Curso clínico**

**FAVARO A (2003)** La bulimia suele iniciarse al final de la adolescencia o inicio de la vida adulta y puede durar por varios años. Esta patología se ha visto generalmente asociada a otros trastornos mentales, tales como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos, abuso de sustancias o tóxicos y pérdida generalizada del control de los impulsos.

Se estima que el 50% de las mujeres diagnosticadas pueden llegar a recuperarse totalmente en el curso de 5 a 10 años. Mientras que el 20% pueden continuar con los mismos síntomas en ese lapso de tiempo. El restante 30% de las pacientes que se recuperaban completamente al año experimentaban recaídas en los siguientes 4 años. En diferentes estudios se ha visto que las recaídas tienden a disminuir después de los 4 años de tratamiento. En los seguimientos mayores a 5 años, no se encuentra diferencia entre los grupos tratados y no tratados en cuanto a las recaídas.

Se han descrito tres tipos de bulimia: Purgativa: recurren al vómito y a los laxantes para compensar lo que han comido. No purgativas: Se repiten episodios de ingesta compulsiva; no recurren al vómito, sino al ayuno posterior y al ejercicio físico intenso. Multiimpulsiva: se pueden producir intentos de suicidio, autoagresiones, intoxicaciones etílicas, robos o desinhibición sexual.

Las complicaciones relacionadas con este trastorno se observan en el ámbito físico, psicológico y social.

Las manifestaciones físicas relacionadas con los atracones son:

Dilatación gástrica con llenura postprandial, epigastralgia. Disnea por elevación del diafragma. En raras ocasiones sangrado de la mucosa gástrica por la dilatación que adelgaza la pared de la mucosa. Trastornos menstruales.

Las manifestaciones relacionadas con el vómito autoinducido son: Pérdida del esmalte dental. Edema de glándulas salivales. Odinofagia, disfonía por lesión del ácido en faringe o laringe. Desgarros en mucosa del esófago como en el Síndrome de Mallory Weiss. En casos graves desequilibrio hidroelectrolítico, y en consecuencia se requiere hospitalización o incluso la atención en unidades de cuidado intensivo.

Las manifestaciones psicológicas son: Ansiedad, Depresión mayor. Trastorno sistémico. Dificultades en las relaciones interpersonales. Trastornos de la personalidad. Consumo de sustancias.

#### **2.4.2 Consecuencias físicas**

**CHRISTOPHER G. (1998)** Corazones pequeños.

Niñas de 17 años con corazones del tamaño de una de siete. Quedarse, literalmente, en los huesos está provocando alteraciones en el funcionamiento y en el tamaño del corazón. Un total de 130 niñas anoréxicas españolas han participado en un estudio. Sus resultados: la mayoría poseía un corazón pequeño y sufría alteraciones. Antonio Bayo, jefe de la sección de Cardiología del Hospital Niño Jesús de Madrid y líder del trabajo, afirma: «Nos hemos encontrado con una alta incidencia de anomalías: la mitad de los casos debido a un prolapso en la válvula mitral (mal funcionamiento de dicha válvula); otras sufrían derrame pericárdico (agua fuera del corazón). También se encontraron trastornos del ritmo cardíaco». Los expertos desconocen aún si la recuperación del peso devolverá la normalidad al funcionamiento cardíaco.

Niñas menopáusicas. La amenorrea (pérdida de la menstruación) es uno de los tres síntomas que sirven para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Dicha

pérdida ha sido asociada, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas, como el cortisol, con la aparición de osteoporosis.

Dos años de seguimiento de 42 pacientes han servido para constatar que existía una pérdida de densidad ósea, no recuperable ni con un año de tratamiento con estrógenos. La doctora María Teresa Muñoz Calvo, de la sección de Endocrinología del Hospital Niño Jesús, afirma: «No sabemos si más años de administración de estrógenos servirán para recuperar masa ósea. Sin embargo, hemos comprobado que las que recuperan la menstruación de forma natural sí aumentan la fortaleza de sus huesos».

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades, una vez que se vuelvan extremas. A saber:

- Relaciones afectivas conflictivas
- Úlcera de estómago y esófago
- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio
- Problemas dentales
- Crecimiento anormal del vello capilar
- Caída del pelo
- Baja la temperatura corporal
- Sequedad en la piel
- Alteraciones menstruales
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico
- Dificultadas para relacionarse sexualmente
- Riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia extremas son mortales.

#### **2.4.3 Perspectivas a largo plazo.**

**SARAH D. PRITTS (1998)** Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la

anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años.

#### **2.4.4 Problemas gastrointestinales.**

La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia

### **2.5 Tratamiento**

**GEMPELER J (2005).** En términos del tratamiento psicoterapéutico, se ha planteado la terapia cognoscitiva-comportamental, la terapia interpersonal (TIP) y la terapia dialéctica-comportamental (TDC). Estos tres enfoques son cortos en el tiempo y estructurados y sus metas son controlar las manifestaciones del trastorno e identificar y modificar los mecanismos asociados subyacentes.

Los antidepresivos tienen efectividad limitada en el tratamiento de la anorexia y no ha sido demostrado como modalidad exclusiva de tratamiento.

Estudios preliminares con antipsicóticos atípicos como la olanzapina demostraron resultados positivos, medicamentos psicotrópicos pueden ser efectivos como coadyuvantes en la terapia para comorbilidad asociada, como la depresión y ansiedad, sin embargo la evidencia no es contundente.

#### **2.5.1 Criterios de hospitalización:**

**GEMPELER J (2005).**

A. Desnutrición. Peso por debajo del 80% del peso para talla

B. Deshidratación significativa

C. Trastornos electrolíticos

D. Arritmias cardíacas

E. Inestabilidad fisiológica:

Bradycardia severa, Hipotermia, Cambios ortostáticos

F. Rechazo a alimentarse

G. Incontrolables episodios de ingesta excesiva- vómitos-uso laxantes

H. Complicaciones agudas de desnutrición: síncope, convulsiones, falla cardíaca, pancreatitis.

J. Diagnósticos concomitantes que interfieren con el tratamiento: Depresión mayor, ideación suicida, psicosis y severa disfuncionalidad familiar.

### **2.5.2 Tamización de los trastornos alimentarios**

**SARAH D. PRITTS (2003)** Todos los pacientes con categorías de alto riesgo para desordenes alimentarios deben ser tamizados durante la visita médica de rutina. En un artículo de la revista American Family Phisician se recomienda realizar tamización con un sencillo cuestionario como el SCOFF questionnaire, que dado el 12.5 % de falsos positivos, no es suficiente para realizar diagnóstico certero de los trastornos alimentarios, pero sí resulta apropiado para la tamización.

Las siguientes son las preguntas que incluye el cuestionario SCOFF

- ¿Se ha inducido el vómito usted mismo porque se siente inconforme?
- ¿Le preocupa la pérdida del control sobre la comida?
- ¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg en un periodo de seis meses?
- ¿Se siente gordo, aún cuando los demás le dicen que está flaco?
- ¿Siente que la comida domina su vida?

Una respuesta positiva, indica un puntaje de 1. Un puntaje  $\geq$  a 2 sugiere posiblemente un caso de anorexia o bulimia nerviosa. La sensibilidad de este cuestionario es de 100% y con especificidad de 87.5%.

Otras preguntas de tamización que pueden ayudar a identificar estos trastornos o que llevan a profundizar en la investigación son:

- ¿Cuántas dietas hizo el año pasado?
- ¿Piensa que necesita hacer dieta?
- ¿Está inconforme con la talla de cuerpo?
- ¿Su peso afecta en lo que piensa usted mismo de sí?

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas requiere de una nueva y profunda evaluación que lleve a confirmar la entidad.

### **2.5.3 Prevención**

**CASTELLANO S. (2001)** La familia es una pieza clave en la prevención de estos trastornos alimentarios, ya que es el lugar en donde con frecuencia se identifican los primeros síntomas. Es importante fomentar la calidad de las relaciones dentro de la familia; hay que buscar y mantener una comunicación fluida entre sus miembros; se recomienda estar atentos a cambios de comportamiento del adolescente, como las actitudes de aislamiento, modificación en los hábitos alimenticios, aumento exagerado en la práctica de ejercicio o inconformidad con el aspecto físico.

**SAGALAZ L. (2000)** En el ámbito escolar, se recomienda con carácter preventivo la práctica de la educación física, ya que promueve el desarrollo de la motricidad (y por ende la correcta asimilación de la imagen corporal), además de mejorar la salud y la condición física; con fines recreativos y para reafirmar la autoestima, y se deriva de ello mejores relaciones sociales, entre otros beneficios.

Si tenemos en cuenta los factores de riesgo asociados a estos trastornos de alimentación, desde el punto de vista médico existen actividades que pueden ser

aplicadas desde el periodo preconcepcional, gestacional y postnatal, dirigidos al grupo familiar, como por ejemplo la detección y manejo temprano de los estados depresivos de alguno de sus miembros, las alteraciones en el crecimiento y desarrollo, los problemas de socialización, etc.

#### **2.5.4 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado según la DSM**

**PAMELA ML (2008)** a categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada denota aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

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

Existen varios medicamentos que han demostrado beneficios a corto plazo en el tratamiento de estos trastornos de la alimentación. Una revisión sistemática de

estudios controlados aleatorizados sobre el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como por ejemplo: fluoxetina [Prozac], sertralina [Zoloft], citalopram, [Celexa]); antidepresivos tricíclicos como imipramine, antiepilépticos (topiramato [Topamax]) y supresores del apetito (sibutramina), demostraron evidencia moderada en la efectividad de estos medicamentos. El uso de estos medicamentos demostró disminución significativa en la frecuencia y severidad de síntomas comparado con placebo. Otros síntomas que acompañan estos trastornos como las alteraciones del ánimo, obsesividad y compulsividad, el impacto sobre el peso corporal y el afecto, variaron según el medicamento usado en los diferentes estudios.

## **2.6 Trastornos alimentarios en adolescentes**

**TAYLER, (2007)** Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta.

Los datos epidemiológicos indican que el ideal de delgadez es una grave amenaza y problema de salud, la anorexia y la bulimia conducen a la muerte en el 6% de los casos que lo padecen.

**SCHVILI Y DAYÁN (2000)** En cuanto a la prevalencia, señalan que ésta fluctúa entre el 0.5 y el 1% de acuerdo al DSM-IV (2002) para los cuadros clínicos clásicos de anorexia y bulimia, aunque existen hallazgos contradictorios en cuanto a cuál de ellos es el de mayor prevalencia.

**BARRIGUETE, (2003)**, menciona que en las sociedades occidentales industrializadas estos trastornos presentan una mayor prevalencia y ocurren en todas las clases sociales, no sólo en niveles socioeconómicos medio y alto. Una revisión hecha por Anaya en el 2004, mostró que la tendencia de morbilidad en

estudios referidos desde 1970 a 2002, indicaban un 6% de incidencia y 17% de prevalencia, incluyendo aquellos que hacen referencia exclusivamente a la anorexia, los que sólo lo hacen a la bulimia y los que engloban y consideran todos los trastornos de la conducta alimentaria en su conjunto. Respecto a la edad de inicio de estos trastornos, se encontró que la edad promedio es de 17 años, aunque hay algunos datos que proponen edades entre 14 y 18 años.

**TAYLOR, 2007)** reporta que las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años, pero se han detectado casos de trastorno alimentario en niños de apenas siete años y en personas de más de ochenta años. Por género, se ha visto un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios en las mujeres adolescentes de los países de occidente

**NEDA, (2002)** considera que la bulimia se presenta entre el 1 y 2% de mujeres adolescentes y mujeres jóvenes de la población americana afectadas por estos trastornos.

**QUINTERO, PÉREZ, MONTIEL, PIRELA, ACOSTA Y PINEDA, (2003),** encontraron en la población venezolana, una mayor prevalencia de bulimia en mujeres (0.82%) y una proporción menor en varones (0.75%). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, no reportó casos de anorexia, aunque informó sobre una prevalencia de bulimia en el 1.8% en mujeres de 18 a 29 años de edad (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al. 2003).

**ÁLVAREZ, FRANCO, VÁZQUEZ, ESCARRIA, HARO & MANCILLA (2003)** En México, las investigaciones de los trastornos alimentarios donde se ha estudiado la valoración de la imagen corporal y la dieta restrictiva en niños y adolescentes se han realizado en población femenina, son escasos los que han incluido a los hombres. Sin embargo, estudios realizados en distintos estados de la República Mexicana han demostrado que tanto los hombres como las mujeres presentan conductas de riesgo alimentario.

**UNIKEL, SAUCEDO, VILLATORO Y FLEIZ (2002)**, donde mencionan que en los hombres, suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y a mantener algunas conductas de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente.

**CRUZ, ÁVILA, CORTÉS, VÁSQUEZ Y MANCILLA (2008)**, en un estudio realizado con adolescentes universitarios mexicanos, encontraron que los hombres manifiestan mayor sintomatología de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo alimentario que las mujeres.

**AGUILERA Y MILIÁN (2006)** en escuelas privadas de otro estado diferente, pero en el propio país, en el que las mujeres de entre 18 y 19 años de edad, presentaban un mayor riesgo de padecer algún trastorno alimentario.

**VÁSQUEZ, MANCILLA, MATEO, LÓPEZ, ÁLVAREZ Y RUIZ (2005)**, reportaron que los hombres realizan ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas restrictivas rígidas o ayunan.

**HERNÁNDEZ Y LAVIADA (2005)** encontraron en estudiantes de preparatoria, una frecuencia alta de conductas de riesgo alimentario, como vómito autoinducido, ayuno, sobrevaloración de la importancia del peso y la figura corporal como satisfactores personales y dieta restrictiva.

**DEL BOSQUE Y EHRENZWEIG (2004)** realizaron un Taller para la prevención de trastornos alimentarios. El taller "El espejo de mí", en una escuela secundaria pública, resultó un instrumento útil para mejorar la imagen corporal de las jóvenes y elevar ciertas dimensiones de la autoestima y del autoconcepto, pero no así para el autocontrol.

**JUÁREZ Y EHRENZWEIG (2006)** reportan que en estudiantes de una Preparatoria privada, un sexto de la población estudiada presenta riesgo de trastorno alimentario. Encontraron correlaciones positivas con los factores de restricción y desinhibición, pues aunque evitan comer alimentos altos en calorías,

cuando los ingerían se sentían culpables. Encontraron, además, que las mujeres de la muestra estaban más preocupadas por su cuerpo, deseaban estar más delgadas y realizaban más ejercicio que los hombres, con la finalidad

de quemar calorías y así disminuir su peso corporal. En cuanto a la edad de inicio de los trastornos alimentarios.

**UNIKEL (2000)** menciona que las edades de inicio más frecuentes son entre 18 y 19 años.

**UNIKEL, SAUCEDO, VILLATORO Y FLEIZ (2002)**, los resultados muestran una edad de inicio de 16.5 años.

**VÁZQUEZ, MANCILLA, MATEO ET AL. (2005)**, reportaron un porcentaje elevado de conductas compensatorias no purgativas, como inducirse al vómito o hacer ejercicios de manera extenuante para estar delgados, en jóvenes de 15 años, es decir, una edad menor a la encontrada anteriormente en jóvenes mexicanas; conforme pasa el tiempo se reduce cada vez la edad en que ocurren los trastornos alimentarios.

### **2.6.1 Variables**

En el tema de los trastornos alimentarios, una de las variables estudiadas es la de la imagen corporal que perciben las personas, ésta se ha asociado frecuentemente con la modificación nociva de los hábitos alimentarios, hasta llegar a constituir un problema de salud. Se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.

**(SÁNCHEZ, 2001)**. Agrega que "una alteración de la imagen corporal ó insatisfacción corporal, se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la percepción del tamaño corporal, como un

criterio diagnóstico, y ha provocado que se estudie como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria".

**SEPÚLVEDA, BOTELLA Y LEÓN (2001)**, quienes la describen como "la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales". Sin embargo, no existe un consenso en la definición de la imagen corporal y resulta necesario especificar, en cada estudio, el aspecto de la imagen corporal que se considera alterado. En este caso, el término "distorsión perceptual" se entiende como la alteración de la imagen corporal en lo relativo a la estimación de tamaño e "insatisfacción corporal" como el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y la forma del cuerpo.

**PARA CHÁVEZ (2004)** la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético corporales específicos para cada uno.

Por su parte, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede al atractivo para triunfar en todas las áreas

**UNIKEL (2000)** menciona que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en las escuelas. Se han realizado investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal.

**UNIKEL, SAUCEDO, VILLATORO Y FLEIZ (2002)** argumentan que en algunos estudios se ha demostrado que entre más afectado emocionalmente se encuentre

un adolescente, menos soportará su apariencia física y por ende será más susceptible a desarrollar trastornos alimentarios.

**MONTERO, MORALES Y CARBAJAL (2004)**, demostraron que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal; Asimismo, mencionan que el interés por estudiar las alteraciones en la percepción de la imagen corporal es cada vez mayor, en los estudios realizados se ha detectado que múltiples factores biológicos, sociales y culturales modulan esta percepción, sin embargo, todavía no se han desarrollado suficientes métodos objetivos para su valoración y en algunos casos estos factores son difíciles de estimar.

**DOWSON Y HENDERSEN (2001)** comentan que la percepción de la imagen corporal se utiliza a menudo como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen.

**ARAMBURU Y GUERRA, (2001)** la definen como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social", de modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

**GARCÍA (1998)** la autoestima se refiere a la forma en que las personas se perciben a sí mismas en términos generales, independientemente del aspecto analizado.

**MARTÍNEZ (2001)** menciona que científicos del desarrollo humano, como Peretz, Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí

mismo. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o falta de él.

**ORTUÑO (1978)**, las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor, con más frecuencia se auto refuerzan, refuerzan a otros más a menudo, se auto afirman, son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas, poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo.

**TORO (1996) Y ROSEN Y RAMÍREZ (1998)** destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones.

El papel que juegan las variables (imagen corporal, autoestima y diversos factores sociodemográficos relacionados con los trastornos alimentarios) se estudió en esta investigación.

## **CAPITULOIII**

# **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### 3. Materiales Y Métodos

#### 3.1. Localización

Esta investigación se realizó en el Colegio Ciudad de Balzar, del Cantón Balzar, Provincia del Guayas; el mismo que se encuentra ubicado en las Calles Av. del Estudiante y Callejón Nueve de Octubre. Telf. 2030324. Con un tiempo de duración de cinco meses

#### 3.1.1 Materiales utilizados en la presente investigación

Para determinar el número de grado de conocimiento que tienen los alumnos octavo y noveno curso del colegio ciudad de Balzar, acerca de la anorexia y la bulimia, se utilizaron los materiales descritos en el siguiente cuadro

**Cuadro 1**

<b>Detalle</b>	<b>Cantidad</b>
Computador	1
Impresora	1
Flash Memory	1
Resmas de papel Inen A4	3
CD	3
Scanner	1
Cartuchos tinta de colores	2
Cartuchos tinta negra	3
Esferográficos	10
Anillados	3
copias	300
Lápices	500
Empastados	3

### **3.1.2 Métodos:**

Para poder cumplir con los objetivos expuestos primeramente se utilizaron los siguientes métodos de investigación.

#### **3.1.2.1 Científico**

Método expuesto en base a la observación y el análisis de datos recopilados en las encuestas a los alumnos del colegio Ciudad de Balzar.

#### **3.1.2.2 Inductivo deductivo**

Sirvió para hacer relaciones, utilizando los datos recopilados por los alumnos de manera Lógica, y los resultados obtenidos a través de la investigación.

#### **3.1.2.3 De observación.**

Este método sin duda fue el más utilizado durante esta investigación, ya que sirvió para elaborar conceptos a partir de las charlas y entrevistas que sosteníamos en el trabajo de campo

#### **3.1.2.4 Histórico lógico**

Mediante este método pudimos conocer el desarrollo de la incidencia de riesgo por el cual atraviesan los jóvenes en su adolescencia para sufrir una enfermedad como lo es la anorexia nerviosa o la bulimia

### **3.2. Tipos de investigación**

Características por las cuales se pudo realizar esta investigación

### **3.2.1 De Campo**

Para estructurar la siguiente investigación se realizaron encuestas directamente en el colegio Ciudad de Balzar de la Provincia del Guayas, con los alumnos comprendidos entre las edades ya descritas, para analizar la incidencia de riesgos de sufrir de una de estas enfermedades.

### **3.2.2 Descriptiva**

Mediante esta investigación pudimos describir y explicar el problema, objeto o fenómeno social mediante el estudio tiempo espacio, con el fin de determinar las características del problema observado.

### **3.2.3. Bibliográfica**

Se aplicó de acuerdo a los textos bibliográficos que nos sirvieron para recabar toda la información, que nos llevara al conocimiento basto del tema objeto de este estudio.

## **3.3 Diseño de la Investigación**

Se realiza un estudio transversal, estadístico, descriptivo, observacional, en los octavos y novenos cursos del Colegio ciudad de Balzar. Provincia del Guayas. Estudio realizado, durante el primer quimestre del año lectivo 2014 2015.

### **3.3.1 Procedimiento metodológico**

Estudio transversal con adolescentes de ambos sexos que cursaban 8º y 9º de EB de (13-18 años) Primera fase (n=475): se valoró el conocimiento que los adolescentes poseen acerca de la anorexia y bulimia Segunda fase: Se instruye a

los estudiantes sobre todo lo que deben de saber acerca de la alteración de la conducta alimentaria. Con los resultados de las encuestas se seleccionaron dos grupos de individuos en función de la presencia o ausencia de riesgo (controles) de TCA; valorándose: satisfacción y autopercepción corporal, influencia sociocultural, clima familiar, síntomas psicopatológicos, actividad física, conocimientos, preferencias y hábitos alimentarios mediante cuestionarios para la obtención de diagnósticos.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

La población estudiantil, con la cual contamos para esta investigación son 455 alumnos del octavo y Novenos cursos del Colegio ciudad de Balzar.

#### **3.4.2 Muestra**

De los 1200 alumnos del Colegio ciudad de Balzar, solo se toma la información de las 455 entre señoritas y varones que cursan la etapa de la adolescencia entre 13 y 18 años de edad que después de la primera encuesta que se hizo, presentan algún tipo de riesgo de TAC

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSION**

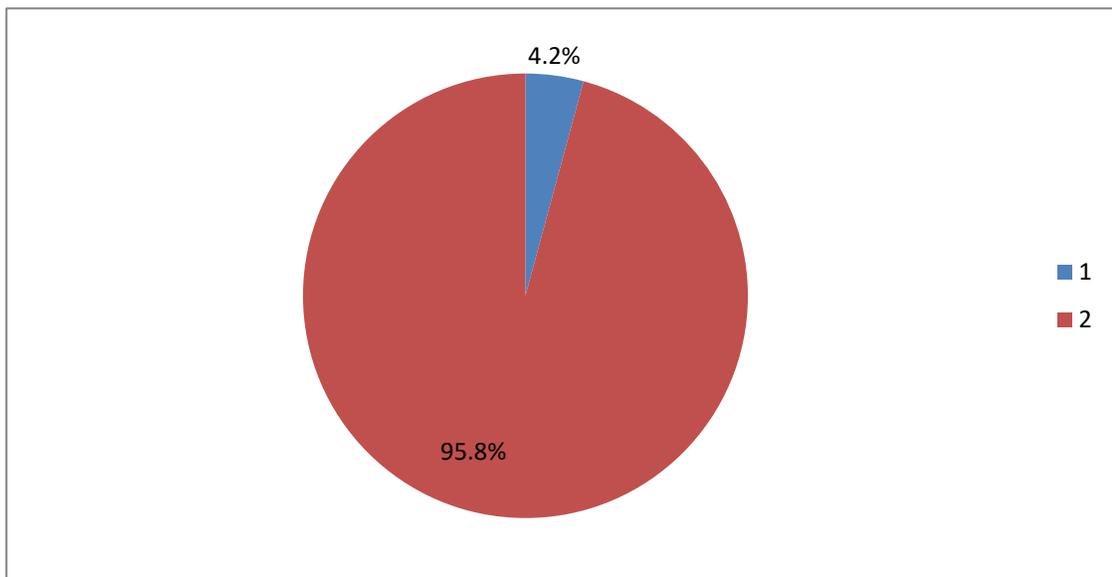
## 4.1 Resultados

### 4.1.1 Análisis de los datos estadísticos que arrojaron la primera encuesta realizada a los alumnos de los octavos y novenos cursos del colegio ciudad de Balzar, provincia del Guayas, el primer quimestre del año lectivo 2014 - 2015

**Cuadro 2.** Encuesta realizada a los alumnos de 13 a 18 años de edad del Colegio Ciudad de Balzar, para determinar el conocimiento que tienen sobre lo que es la Anorexia y la Bulimia

475 Alumnos encuestados

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
1	Sabe ud que es la Anorexia	si	20	4,2%
		no	455	95,8%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

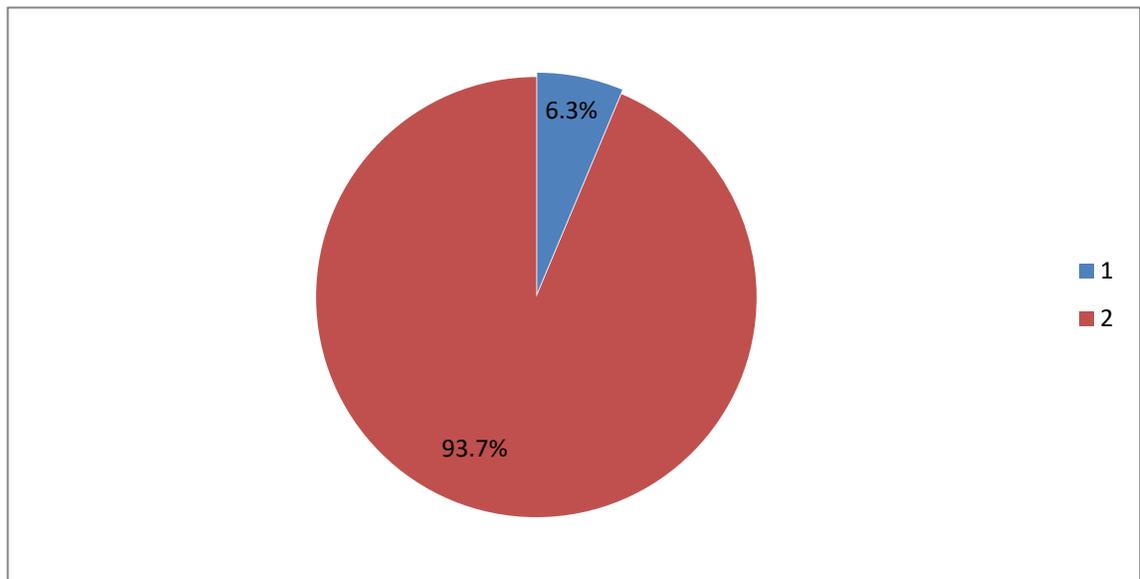
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 2 se observa que de la pregunta uno que decía **¿Sabe Ud que es la Anorexia?**

20 alumnos, o sea el 4,2%, todas éstas señoritas, respondieron que conocían de la enfermedad, y 455 alumnos, el 95,8%, entre varones y mujeres respondieron que no sabían.

**Cuadro 3.**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
2	Sabe ud que es la Bulimia	si	30	6,3%
		no	445	93,7%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

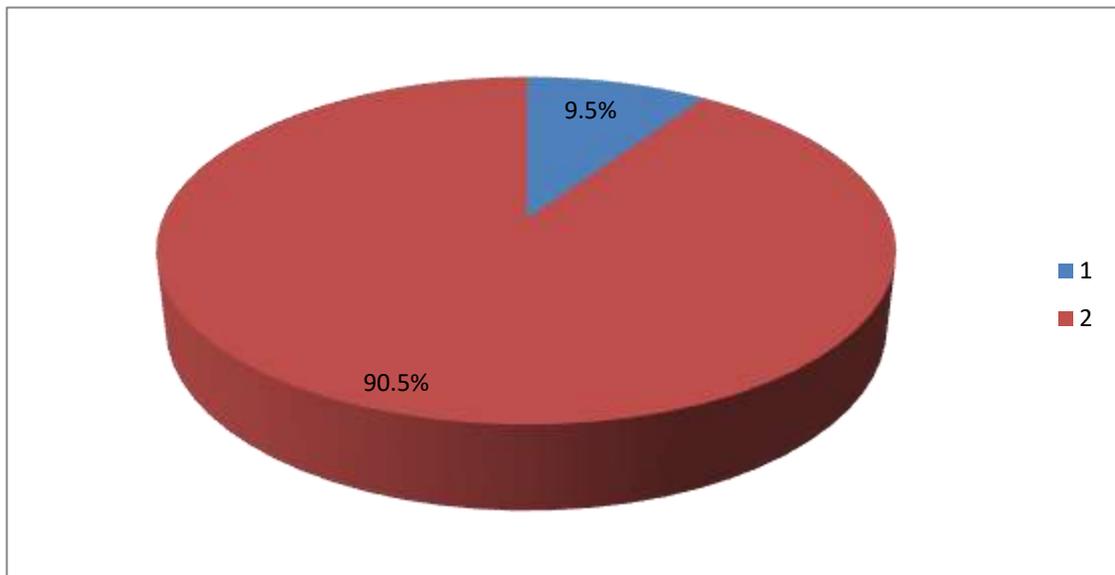
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 3 se observa que de la pregunta dos que decía **¿Sabe Ud que es la Bulimia?**

30 alumnos, o sea el 6,3%, todas éstas señoritas, respondieron que conocían de la enfermedad, y 455 alumnos, el 93,7%, entre varones y mujeres respondieron que no sabían.

**Cuadro 4.**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
3	Conoce ud los tipos de trastornos alimenticios	si	45	9,5%
		no	430	90,5%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

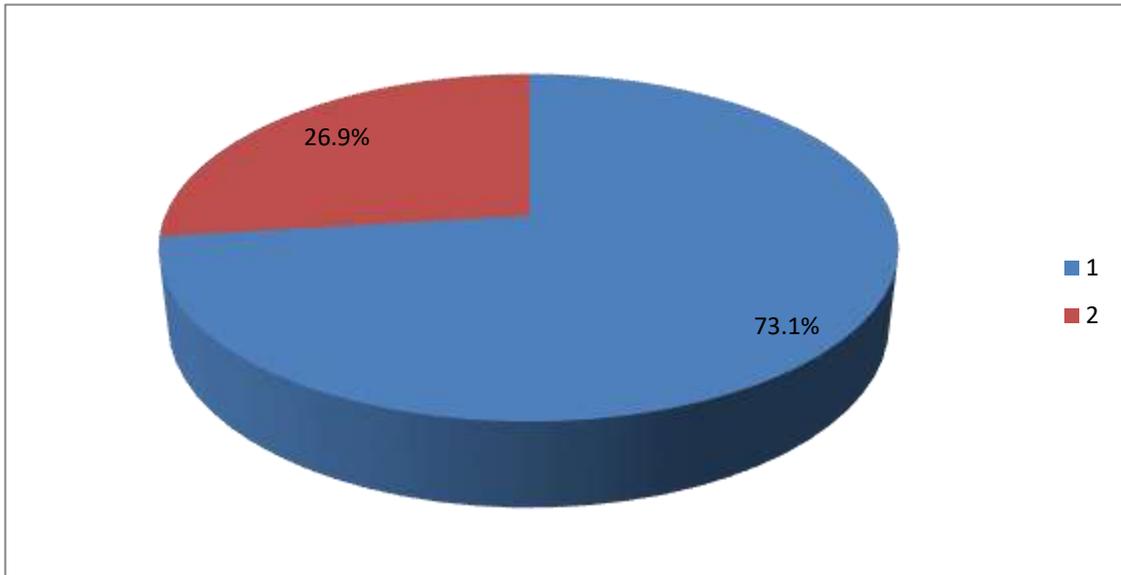
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 4 se observa que de la pregunta tres que decía **¿Conoce usted los tipos de trastornos alimenticios?**

45 alumnos, o sea el 9,5%, respondieron que conocían los tipos de trastornos alimenticios, y 455 alumnos, el 90,5%, respondieron que no sabían.

**Cuadro 5**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
4	sabe ud que dejar de comer para adelgazar, daña la salud	si	347	73,1%
		no	128	26,9%



**Cuadro 5.**

**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

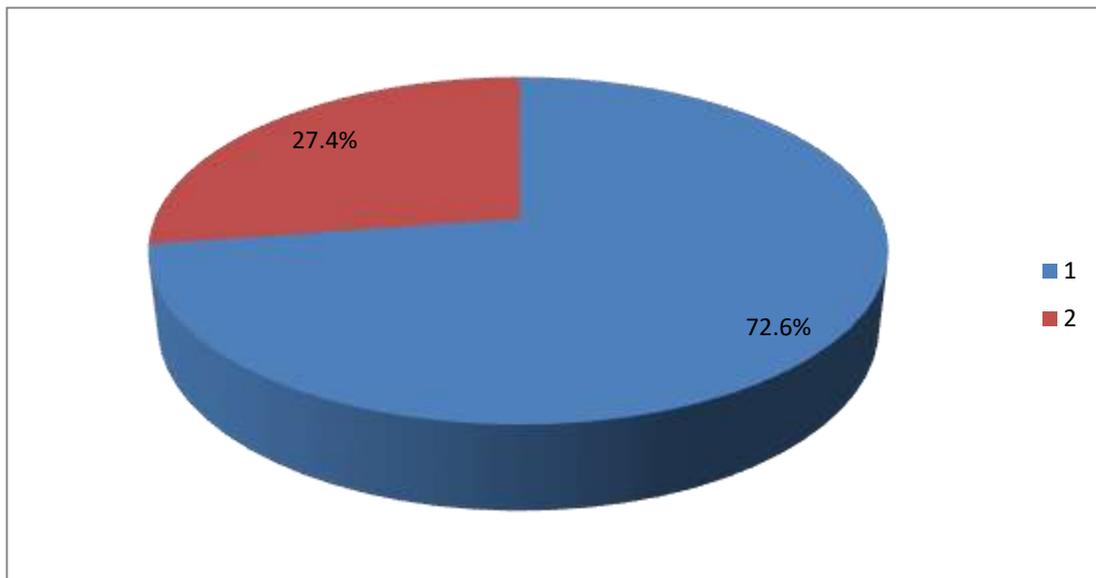
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 5 se observa que de la pregunta cuatro que decía **¿sabe usted que dejar de comer para adelgazar, daña la salud?**

347 alumnos, o sea el 73,1%, respondieron que sí sabían que la salud se deteriora cuando se deja de comer por completo, para adelgazar, y 128 alumnos, el 26,9%, respondieron que no sabían.

**Cuadro 6.**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
5	Como las tres comidas diarias	si	345	72,6%
		no	130	27,4%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

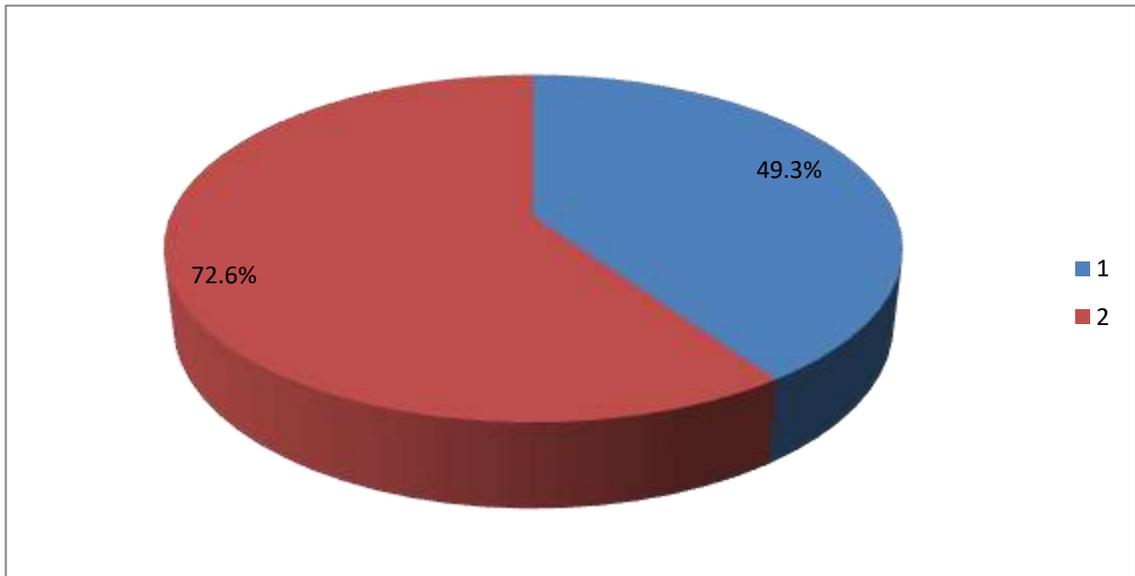
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 6 se observa que de la pregunta cinco que decía **¿Consumo las tres comidas diarias?**

345 alumnos, o sea el 72,6%, respondieron que sí comían las tres comidas diarias, y 130 alumnos, el 27,4%, respondieron que no lo hacía

**Cuadro7.**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
6	me obsesiona el deseo de estar más delgado	si	234	49,3%
		no	345	72,6%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

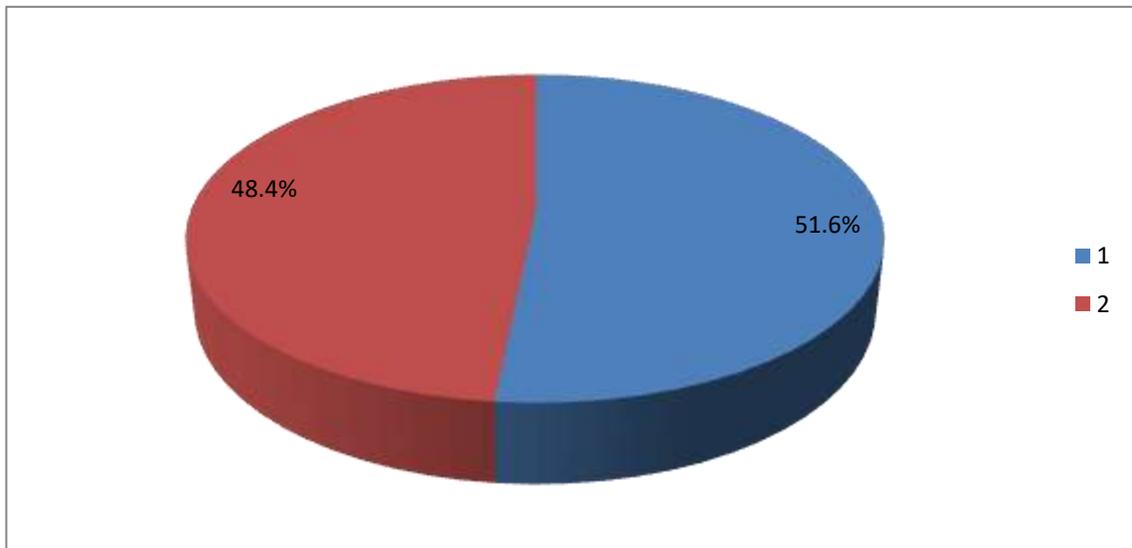
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 7 se observa que de la pregunta seis que decía **¿Me obsesionan el deseo de estar más delgado?**

234 alumnos, o sea el 49,3%, respondieron que sí quisieran estar más delgados, y 345 alumnos, el 72,3%, respondieron que no.

**Cuadro 8**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
7	Sabe cuáles son las Consecuencias de la Anorexia	si	245	51,6%
		no	230	48,4%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

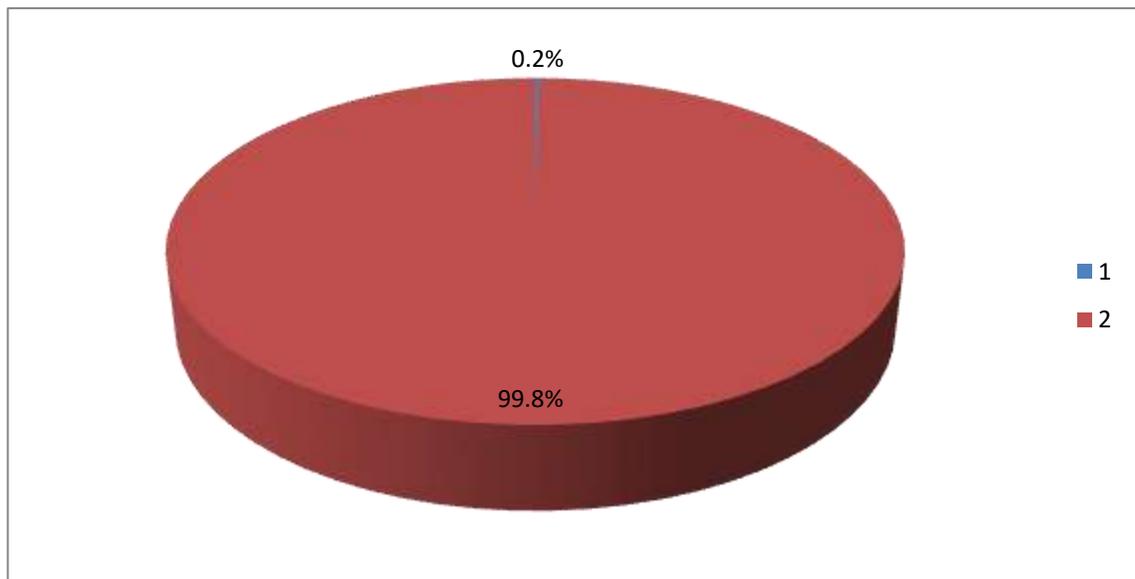
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 8 se observa que de la pregunta siete que decía **¿Sabe cuáles son las consecuencias de la anorexia?**

245 alumnos, o sea el 51,6%, respondieron que sí, saben cuáles son las consecuencias de la Anorexia y 230 alumnos, el 48,4%, respondieron que no sabían.

**Cuadro 9.**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
8	sabe usted cuánto cuesta el tratamiento para la anorexia	si	1	0,2%
		no	474	99,8%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

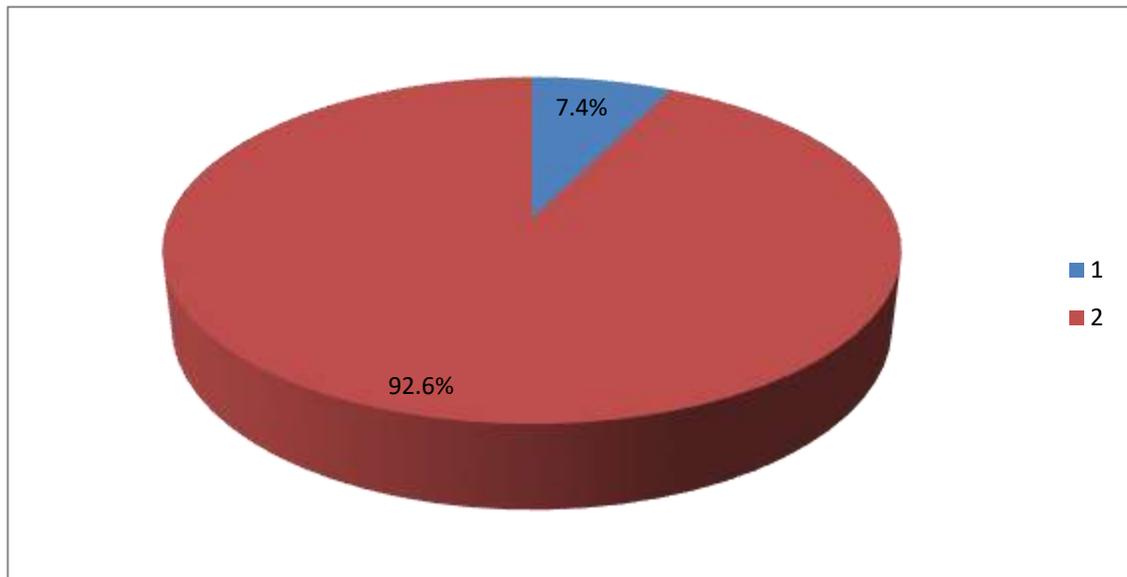
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 9 se observa que de la pregunta ocho que decía **¿Sabe usted cuánto cuesta el tratamiento para la anorexia?**

474 alumnos, o sea el 99,8%, respondieron que no. Mientras que una alumna dijo que una hermana de ella, había estado en un tratamiento de estos.

**Cuadro 10**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
9	sabe ud cuales son las consecuencias de la bulimia	si	35	7,4%
		no	440	92,6%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

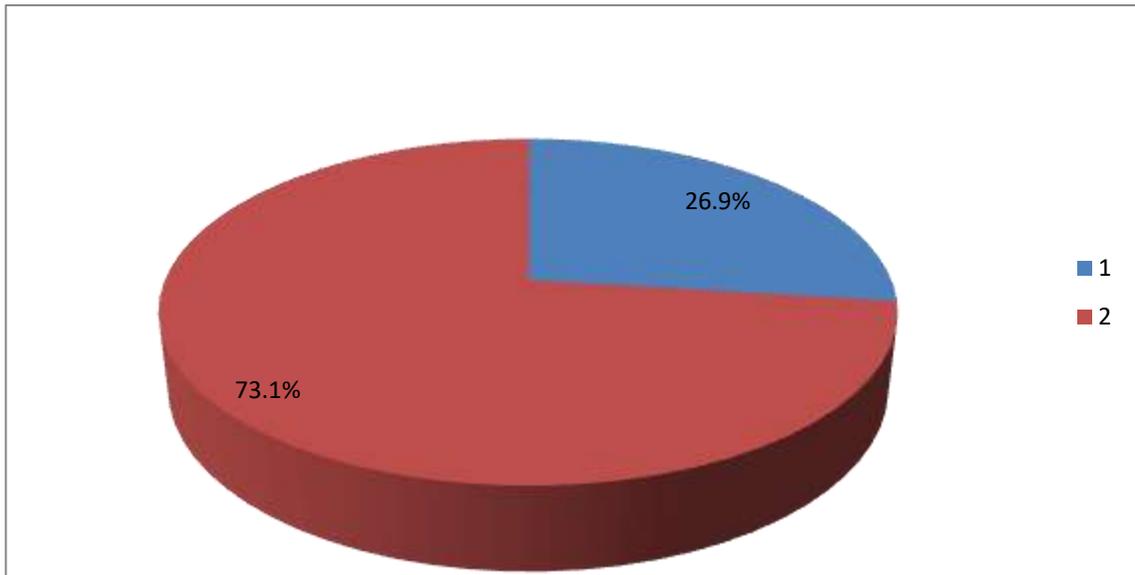
**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 10 se observa que de la pregunta nueve que decía **¿Sabe usted cuales son las consecuencias de la bulimia?**

35 alumnos, o sea el 7,4%, respondieron que sí sabían cuáles son las consecuencia de la Bulimia. Y 440 alumnos, el 92,6% respondieron que no.

**Cuadro 11**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentajes
10	una persona bulímica o anoréxica puede morir, por esta causa	si	128	26,9%
		no	347	73,1%



**Fuente:** encuesta realizada a 475 alumnos de 13 a 18 años del Colegio Ciudad de Balzar.

**Elaborado por:** la autora

En el cuadro 11 se observa que de la pregunta diez que decía **¿una persona Bulímica o Anoréxica, puede morir por esta causa?**

128 alumnos, o sea el 26,9%, respondieron que sí sabían que por estas causas las personas pueden morir, Y 347 alumnos, el 73,1% respondieron que no.

#### **4.1.2 Plan de capacitaciones**

**Charlas impartidas a los estudiantes de 13 a 18 años de edad, del Colegio ciudad de Balzar, impartidas en el primer quimestre del ciclo lectivo 2014. Por la Nutricionista Lcda. Evelyn Ponce Montiel.**

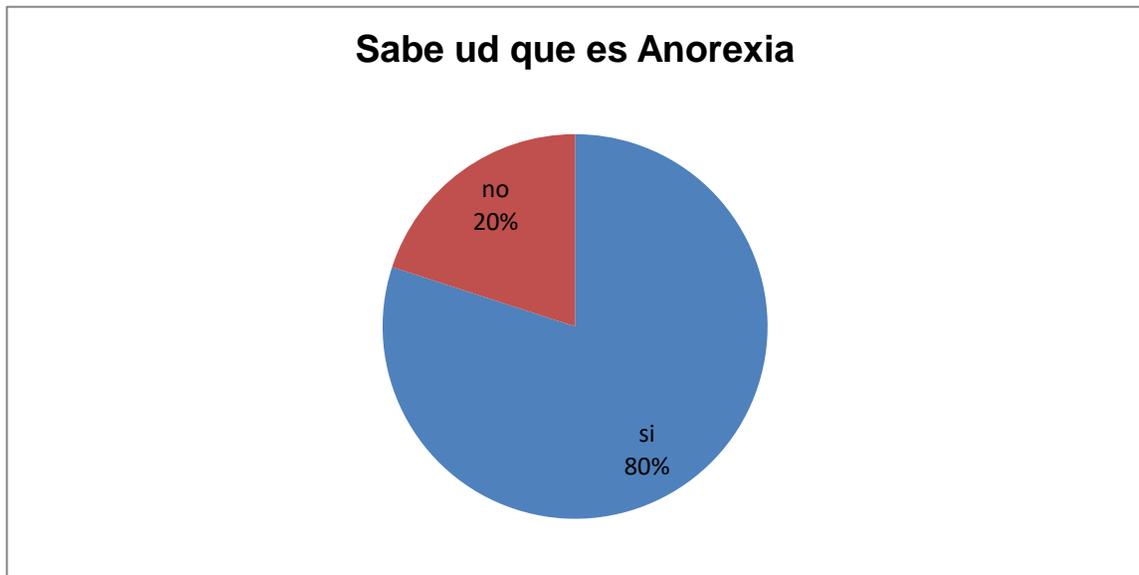
1. Que es Anorexia
2. Que es bulimia
3. Causas por las que se puede padecer estas enfermedades
4. Síntomas
5. Posibles complicaciones
6. Porque la Anorexia y bulimia se da más en mujeres
7. A partir de qué edad se puede tener Anorexia y Bulimia
8. Que son los atracones
9. Influencia de los medios de comunicación
10. La anorexia y bulimia en la historia
11. Efectos metabólicos que pueden ocasionar estas enfermedades
12. Que es lo primero que se debe hacer al descubrir la anorexia.
13. La Anorexia y bulimia tienen cura
14. Tratamiento
15. Alimentación y nutrición adecuada para los jóvenes.

### 4.1.3 Evaluación de charlas a impartidas a los alumnos

**Cuadro 12**

475 alumnos encuestados

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
1	sabe Ud. lo que es la Anorexia	si	380	80%
		no	95	20%

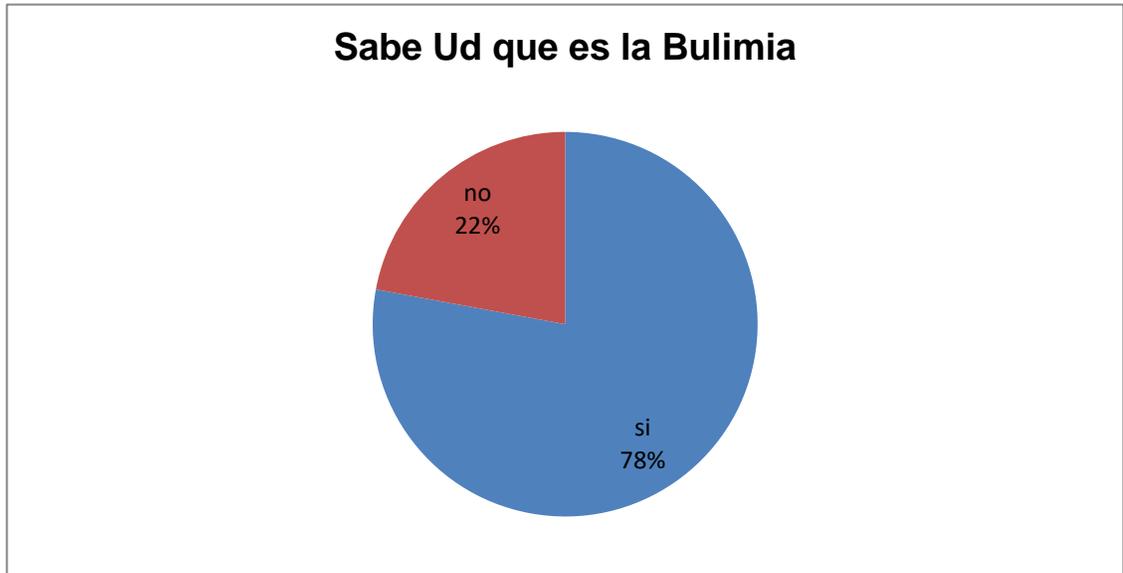


El cuadro 12, que detalla los datos de la pregunta **1. ¿Sabe Ud. Que es la Anorexia?**

380 alumnos o sea el 80%, respondieron que si, 95 alumnos o sea el 20% dijeron que no

**Cuadro 13**

<b>Numero</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
2	sabe ud lo que es la Bulimia	si	370	78%
		no	105	22%

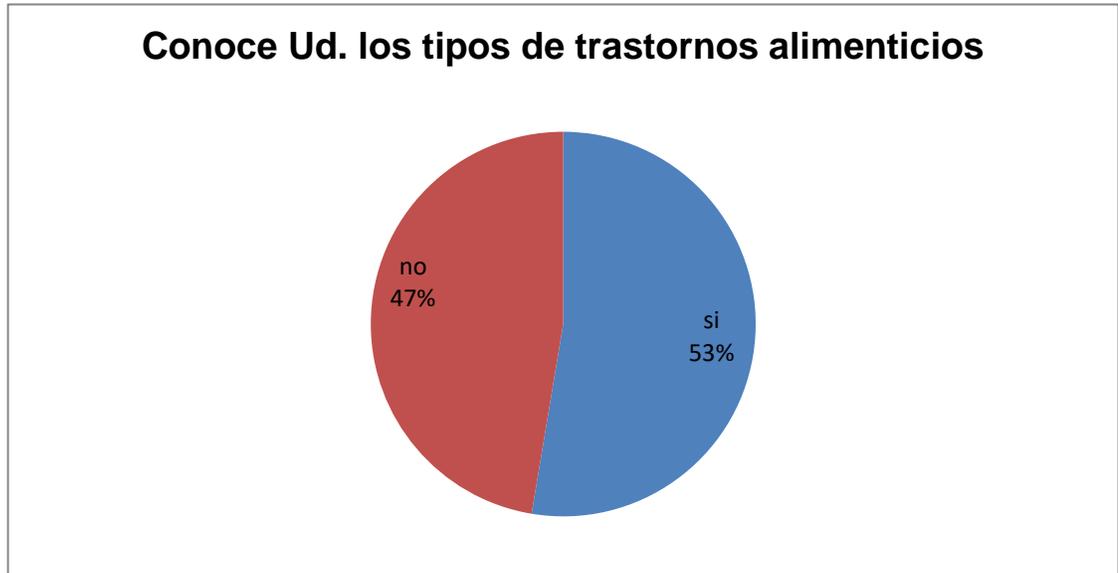


El cuadro 13, que detalla los datos de la pregunta **2. ¿Sabe Ud. Que es la Bulimia?**

370 alumnos o sea el 78%, respondieron que si, 105 alumnos o sea el 22% dijeron que no

**Cuadro 14**

<b>Numero</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
3	conoce ud los tipos de trastornos alimenticios	si	250	53%
		no	225	47%

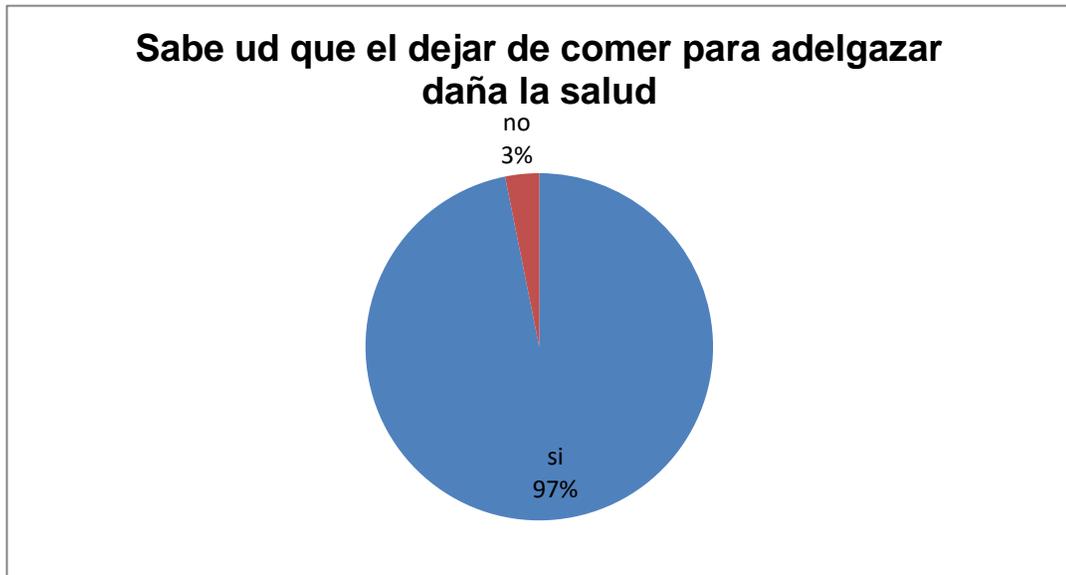


El cuadro 14, que detalla los datos de la pregunta. **¿Conoce los tipos de trastornos alimenticios?**

250 alumnos o sea el 53%, respondieron que si, 225 alumnos o sea el 47% dijeron que no

**Cuadro 15**

Numero	Pregunta	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
4	sabe Ud. que dejar de comer para adelgazar daña la salud	si	460	97%
		no	15	3%



El cuadro 15, que detalla los datos de la pregunta. **¿Sabe Ud. Que dejar de comer para adelgazar daña la salud?**

460 alumnos o sea el 97%, respondieron que si, 15 alumnos o sea el 3% dijeron que no

**Cuadro17**

<b>Numero</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
5	conozco las enfermedades que puede ocasionar el dejar de comer	si	422	90%
		no	48	10%



El cuadro 16, que detalla los datos de la pregunta. **¿Conozco las enfermedades que puede ocasionar el dejar de comer?**

422 alumnos o sea el 90%, respondieron que si, 48 alumnos o sea el 10% dijeron que no

## 4.2 Discusión y comprobación de hipótesis

Los trastornos alimentarios son una realidad, de alarma social e impacto sanitario y educativo, susceptibles de intervención interdisciplinaria. Principalmente anorexia y bulimia son causas significativas de morbilidad y mortalidad en la población adolescente.

- Existe una elevada comorbilidad entre la bulimia nerviosa y los trastornos de la personalidad que oscila entre el 27-84% de los casos, lo que nos debería orientar hacia la búsqueda de la entidad en estos pacientes.

- La presencia de un trastorno de personalidad en este tipo de pacientes va asociado a una mayor severidad del trastorno y es indicador de un peor pronóstico.

- Los trastornos alimentarios traen consigo consecuencias médicas y psicológicas devastadoras, que incluyen la osteoporosis, el trastorno en el crecimiento y en el desarrollo global y hasta la muerte.

Algunos hallazgos al examen físico puede orientar el diagnóstico como bajo índice de masa corporal, amenorrea, bradicardia, disturbios gastrointestinales, cambios en la piel o en la dentición.

Conforme el análisis detallado anteriormente se aprueba la hipótesis. Ya que se conoció la manera de instruir a los alumnos acerca de la Anorexia y Bulimia.

**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

- Mediante el análisis de las encuestas que se realizaron a los alumnos del octavo y noveno curso de Educación Básica, jóvenes que comprenden entre 13 a 18 años edad del Colegio Fiscal ciudad de Balzar, de la Provincia del Guayas, se observa que el conocimiento que tienen los jóvenes de lo que es la anorexia y bulimia además de sus efectos metabólicos, es muy poco y en casos puntuales ninguno.
- Por Las encuestas realizadas a la población estudiantil mencionada, se logro establecer que un 80% de alumnos desconoce lo que es la anorexia y bulimia en los estudiantes
- Mediante las charlas que se dieron con la presencia de la nutricionista Lcda. Evelyn Ponce Montiel, se logra describir los efectos metabólicos que pueden ser ocasionados como consecuencia de la anorexia y la bulimia
- Del análisis de las preguntas a los alumnos, realizadas después de las charlas impartidas, se desprende que adquirieron conocimiento sobre estas enfermedades, como son Anorexia y Bulimia, con el fin de prevenirlas.

## 5.2 Recomendaciones

- Que la institución contrate una nutricionista, para detectar posibles casos de Anorexia y o Bulimia.
- Tomar en cuenta los signos de las jovencitas que probablemente estén pasando por un TCA,
- Continuar con charlas acerca de los trastornos metabólicos producidos por la Anorexia y Bulimia

**CAPITULO VI**  
**BIBLIOGRAFIA**

## 6.1 literatura citada

**ÁLVAREZ, R. G., FRANCO, P. K., VÁZQUEZ, A. R., ESCARRIA, R. A. R., Haro, H. M. & Mancilla, D. J. M (2003).** Trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y salud*, 13(2), 246-247

**ANAYA, V. (2004)** El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Enfermería Clínica*, 14(4), 230-234

**ARAMBURU, M. & GUERRA, J. (2001).** Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249.

**ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA, 2002).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales.(DSM-IV). Cuarta edición. Washington, DC

**AYELA R.** Adolescentes. Influencia de la imagen corporal y trastornos de alimentación en el adolescente. 2007. Pg. 27-38.

**BAILE, A. J. I. (2002)** ¿Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela

**BARRIGUETE, M. J. A. (2003).** Anorexia y Bulimia Nerviosa: El Control Del Medo. *Cuadernos de Nutrición*, 26(6), 280-289. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**CALVO R (1995)** análisis. En: *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Ediciones Pirámides.

**CASTELLANO S.** Anorexia y bulimia. Información y prevención. AVALCAB (Asociación Valenciana Para la Lucha Contra la Anorexia y la Bulimia) 2001.

**COOPER, (1987).** Cuestionario de la Figura corporal (BSQ). En: Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. & Deus, J. (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. Madrid: Ed. Alianza.

**CORONEL C.** Anorexia un problema con solución familiar. Rev. Cubana Pediatr 2001

**CRUZ, B. R. M., ÁVILA E. L. M., CORTÉS S. M. C, VÁSQUEZ A. R. & MANCILLA, D. J. M. (2008).** Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. Psicología y Salud, 18(002), 189-198

**CHÁVEZ, H. A. M., MACÍAS, G. L. F, GUTIÉRREZ, M. R., MARTÍNEZ, H. C. & OJEDA, R. D (2004)** Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. Acta Universitaria, 14(002), 17-24.

**CHÁVEZ , H. A. E. (2007).** Actitudes y conductas alimentarias en adolescentes y su relación con índice de masa corporal. Salud comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Red de enfermería de América Latina.

**CHRISTOPHER G.** Risk Factors for Binge Eating Disorder A Community-Based, Case-Control Stud. Arch Gen Psychiatry. 1998

**ESPINA, A., M. A. (2001).** La imagen corporal en los trastornos alimentarios. Psicothema, 13(4), 533-538

**FACTS OF LIFE. (2002).** Conductas que mejoran la salud. En: Taylor S. E (2007). Psicología de la Salud. Trad. Hano R. M. C. & Sánchez P G. Pp. 16-39. Sexta edición. McGraw-Hill, México.

**FAVARO A.** Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:82-88

**GARCÍA G., A. (1998).** Programa para la mejora de las habilidades sociales y la autoestima. Premios Joaquín Sama a la Innovación Educativa. Junta de Extremadura.

**GARDNER, G. & GARFINKEL, S. (1979).** Test de Actitudes Alimentarias (EAT) En: Gutiérrez, T, Raich, R., Sánchez, D. & Deus, J. (2003) Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. Madrid : Ed. Alianza. Pp. 242, 257-260, 267-271

**GARGALLO M et al.** Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad International Journal of Clinical and Health Psychology 2003, Vol.3

**GONZÁLEZ, G. R. (2006).** Estado nutricional y antropometría. Boletín de Educación Permanente en Salud. Material para la actualización médica, 1(1). Subdirección de Salud, Tlalpan, <http://www.tlalpan.gob.mx/centros/otros/salud/eps>

**GEMPELER J.** Trastorno por atracones: entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad. Una mirada cognoscitiva comportamental. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXI 2003

**GUILERA B. MA. A & MILIÁN S. F. (2006).** Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, México. Salud pública y Nutrición, 7(1) RESPYN [En línea] Consultado el 7/2/07

**GUPTA, M. A., CHATURVEDI, S. K., CHANDARANA, P C. & JOHNSON, A. M. (2000).** Weight-related body image concerns among 18-24-years-old women in Canada and India. An empirical comparative study. Journal of Psychosomatic Research, 50, 193-198.

**HALMI, K. EATING DISORDERS. EN: SADOCK, C. (2000).** Comprehensive Text-book of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Pp. 1663-5

**HERNÁNDEZ, E. V & LAVIADA, M. H. (2005).** Frecuencia de bulimia nerviosa y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatorias públicas y privadas de Mérida, Yucatán. *Salud Pública y Nutrición.*

**JUÁREZ N. S. & EHRENZWEIG S. Y. (2006).** Imagen corporal, conductas y trastornos alimentarios en alumnos de un bachiller privado en Xalapa, Veracruz. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Veracruzana, México

**MARTÍNEZ, J. M. (2001).** La importancia de la autoestima en los adolescentes y su relación con el éxito académico. [En línea] Consultado

**MATURANA, A. (2003).** Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago mediterráneo.*

**MEDINA, M, MA. E., BORGES, G., LARA, M. C, BENJET, C, BLANCO, J. J., FLEIZ, B. C, VILLATORO, U. J., ROJAS, G. E., ZAMBRANO, R. J., CASANOVA, R. L. & AGUILAR G. S. (2003).** Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental México*, 26(4), 1-16.

**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. (2000).** Protocolo de Atención apacientes con TCA(Anexos I y II), Dirección de atención primaria Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" sector Zaragoza III.

**MONTERO, P, MORALES, E. M. & CARBAJAL, A. (2004).** Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*, 8, 107-116

**MORA M, RAICH RM. (2005).** Restricción alimentaria y bulimia nerviosa. ¿Un vínculo causal? *Psicología clínica de la salud.*

**MORAL DE LA, R. J. (2002).** Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. Revista de la Facultad de Psicología, 3(3), 1-16

**NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION (NEDA, 2002).** Statistics: eating disorders and their precursors. Vol. 1. Seattle: NEDA

**NÚÑEZ C, MOREIRA O, CARVAJAL M.(2012)** Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basado en la evolución de su estado nutricional.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1986).** Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington: OPS.

**ORTUÑO, B. (1978).** Autoestima. En: Martínez J., M. (2001) La importancia de la autoestima en los adolescentes y su relación con el éxito académico.

**PAMELA M.** Treating Eating Disorders in Primary Care. Am Fam Physician. 2008; 77(2):187-195, 196-197.

**QUINTERO, R E., PÉREZ, M, A. C, MONTIEL, N. C, PIRELA, D., ACOSTA, M. F & PINEDA, N. (2003).** Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Revista Investigación Clínica, 44(3), 179-193

**ROSEN, J. C. & RAMÍREZ, E. (1998).** A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. Journal of Psychosomatic Res., 44(3-4), 441-449

**RUÍZ, M. A. O., VÁZQUEZ, A. R., MATEO, G. C, GALDÓS, C. J., ÁLVAREZ, R. G. & MANCILLA, D. J. M. (2004)** Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e

insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. Revista Psicología, 1(1).

**SAGALAZ L.** la anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaen. Revista Iberoamericana de educacion 2000. Pg 195 6

**SÁNCHEZ, V A., MADRIGAL, H., MARTÍNEZ, G. M. A., KEARNEY, J., GIBNEY, M. J., IRALA, J. & MARTÍNEZ, A. (2001).** Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. Journal of Human Nutritional. Diet, 14(2), 93-102

**SARAH D. PRITTS.** Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care Am Fam Physician 2003;

**SEPULVEDA, A. R., BOTELLA, J. & LEÓN J. A. (2001).** La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. Psicothema,

**SCHVILI-MANN, S. & DAYÁN-NAHMAD, A. (2000),** Trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa. Medicina Interna, 16(2), 90-7

**TAYLOR, S. E. (2007).** Conductas que mejoran la salud. En: Taylor, S. E (Ed). Psicología de la Salud. Traducción: Hano, R. M. C. & Sánchez, P. G. Pp. 16-39. Sexta edición. McGraw-Hill, México.

**TORO, J. (1996).** El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel.

**UNIKEL, S. C. (2000),** Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF, México. Revista de Investigación Científica, 52(2), 140-147

**UNIKEL, S.C., SAUCEDO, V., VILLATORO, F. & FLEIZ, V. (2002).** Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 50-51.

**VÁZQUEZ, R., MANCILLA, J. M., MATEO, C, LÓPEZ, X., ÁLVAREZ, G. & RUIZ, A. (2005).** Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63

**WATKINS B.** Eating disorders in School-aged children. *Child Adolescent Psychiatry Clin N Am.* 2002. 11:185-200

## **CAPITULO VII**

### **ANEXOS**

## Fotografías tomadas durante el desarrollo de la investigación



**Foto 1.** Alumnos del Octavo y noveno curso del Colegio Fiscal Ciudad de Balzar.



**Foto 2.** Momento en que los alumnos realizan el cuestionario previo la charla

## Fotografías tomadas durante el desarrollo de la investigación



**Foto 3. Charla sobre anorexia nerviosa y bulimia, con la Lcda. En nutrición Srta. Evelyn Ponce Montiel.**



**Foto 4. Los alumnos se mostraron muy interesados en la información que estaban recibiendo**

## Fotografías tomadas durante el desarrollo de la investigación



**Foto 5.** Las señoritas fueron quienes más participaron con preguntas y respuestas durante toda la charla.



**Foto 6.** La presencia de la Nutricionista reforzó la charla ya que pudo despejar muchas dudas de los alumnos. Respecto de los desórdenes alimenticios

## Fotografías tomadas durante el desarrollo de la investigación



**Foto 7. Socializando con la Rectora del Colegio Ciudad de Balzar. Lcda. Diana Ruiz Arteaga y con la Nutricionista Lcda. Evelyn Ponce Montiel.**



**Foto 8. Lcdo. Pedro Jorge Fajardo, quien fue de gran ayuda al conseguir los permisos para elaborar mi investigación en el Colegio, donde él es docente.**