

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO PRE UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO, 2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. DIANNA DE LA FLOR VILCA COTACALLAPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. PREVALENCIA Y
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO PRE
UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO, 2018

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. DIANNA DE LA FLOR VILCA COTACALLAPA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


MSC. ALBERTO LORENZO ASCENCIO CAYÁN
Médico Cirujano
C.M.P. 12204

PRIMER MIEMBRO:

M.C. ENRIQUE ALFREDO CARPIO CARPIO

SEGUNDO MIEMBRO:


M.C. ANGEL FRANK MAYDANA ITURRIAGA
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 44677

DIRECTOR / ASESOR:


M.C. ALFREDO MENDIGURI PINEDA

Dr. Alfredo Mendiguri Pineda
CMP. N° 13391 DNE. N° 6510
JESF DEL DPTO. DE PEDIATRIA

Área: Ciencias Clínicas Médicas

Tema: Psiquiatría

FECHA DE SUSTENTACIÓN 27/03/18.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	vii
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
II. REVISIÓN DE LITERATURA	14
2.1. REFERENCIAS TEORICAS	14
2.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	37
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	42
III. MATERIALES Y MÉTODOS	44
3.1. Tipo de investigación y diseño	44
3.2. Población y muestra	44
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión	44
3.4. Técnicas e instrumentos.....	45
3.5. Procedimientos de recolección de datos	45
3.6. Procesamiento y análisis de los datos.....	46
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS	66
ANEXOS	72

DEDICATORIA

A DIOS

Por su gracia infinita y haberme permitido llegar hasta este punto.

A MI FAMILIA

A mis padres, Lucila y Francisco y a mi hermano Franklin por ser los pilares fundamentales en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la capacidad y fuerzas necesarias para realizar este sueño anhelado

A mi familia por ser el apoyo incondicional en mi formación académica.

A mis amigos quienes me apoyaron durante mi carrera aportando un granito de arena

A la universidad nacional del altiplano por darme la oportunidad de estudiar y cumplir el sueño anhelado.

A mi asesor de tesis el Médico Especialista en Pediatría Alfredo Mendiguri Pineda por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	47
Figura 2	Sexo de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	49
Figura 3	Procedencia de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	51
Figura 4	Trastornos de conducta alimentaria: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral, en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	53
Figura 5	Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: Hábitos alimenticios en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	56
Figura 6	Lugar de consumo de alimentos por adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	58
Figura 7	Índice de masa corporal de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	60
Figura 8	Presión Arterial de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	47
Tabla 2	Sexo de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	49
Tabla 3	Procedencia de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	51
Tabla 4	Trastornos de conducta alimentaria: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral, en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	53
Tabla 5	Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: Hábitos alimenticios en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	55
Tabla 6	Lugar de consumo de alimentos por adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	58
Tabla 7	Índice de masa corporal de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	60
Tabla 8	Presión Arterial de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018	62

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

IMC = Índice de masa Corporal

OMS = Organización Mundial de la Salud

TCA = Trastornos de la Conducta Alimentaria

CAR = Conducta Alimentaria de Riesgo

UNA = Universidad Nacional del Altiplano

TANE = Trastornos Alimentario No Especificado

EAT-26 = Eating Attitude Test

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de identificar los trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del Centro Pre Universitario de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, con diseño simple. La población estuvo conformada por 2000 adolescentes comprendidas en edades de 16 a 19 años de edad y la muestra por 150 adolescentes con trastorno de conducta alimentaria. La recolección de datos se realizó aplicando la técnica de la encuesta y observación y como instrumentos una ficha clínica y un cuestionario. El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva. Los resultados que aborda la investigación son: El 88.0% de los adolescentes presentan riesgo de conducta de evitación hacia los alimentos, 92.7% riesgo en control oral y 43.3% preocupación por la alimentación. Dentro de los hábitos alimenticios con predominio el 80.7% de los adolescentes consumen a veces frituras, 78.7% carnes rojas, 72.7% dulces, y 72.0% fideos. El 84.7% tiene un nivel socioeconómico medio; 94.7% manifestó que consume sus alimentos en casa. Sobre las características clínicas, el 14.7% presenta riesgo moderado según el índice corporal y el 14.7% con riesgo moderado en la presión arterial. Conclusión: La mayoría de los adolescentes presentan conductas de riesgo de evitación hacia los alimentos y control oral seguido de la preocupación por los alimentos. La mayoría consume alimentos hipercalórica, presentan un nivel socioeconómico medio, consumen los alimentos de prioridad en casa y en menor proporción presentan riesgo nutricional (IMC) y cardiovascular (hipotensión)

Palabras claves: Trastornos, conducta, alimentación, prevalencia, Adolescencia.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of identifying the eating behavior disorders. Prevalence and clinical characteristics in adolescents of the Pre University Center of the Universidad Nacional the Altiplano Puno 2018. The study was of a descriptive type, with simple design. The population consisted of 2000 adolescents between the ages of 16 and 19 and the sample was composed of 150 adolescents with eating disorders. Data collection was carried out using the technique of the survey and observation and as instruments a clinical file and a questionnaire. The analysis of the data was carried out with descriptive statistics. The results that the research addresses are: 88.0% of adolescents present risk of avoidance behavior towards food, 92.7% risk in oral control and 43.3% concern about food. Within eating habits with predominance 80.7% of adolescents sometimes consume fritters, 78.7% red meat, 72.7% sweet, and 72.0% noodles. 84.7% have a medium socioeconomic level; 94.7% said that they consume their food at home. Regarding the clinical characteristics, 14.7% presented moderate risk according to the body index and 14.7% presented a moderate risk in blood pressure. Conclusion: The majority of adolescents present risk behaviors of avoidance towards food and oral control followed by concern for food. The majority consume hypercaloric foods, have an average socioeconomic level, consume priority foods at home and, in a lesser proportion, present nutritional risk (BMI) and cardiovascular risk (hypotension).

Key words: Disorders, behavior, feeding, prevalence, Adolescence

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación en los adolescentes, son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud y calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso la muerte y generalmente se acompañan de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas¹.

Los adolescentes y jóvenes al ser el segmento de la población con mayor vulnerabilidad se encuentran en proceso de construcción de su identidad, no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, factor que viene acrecentando los trastornos de conducta alimentaria ²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nerviosa y, finalmente, el de Bulimia Nerviosa. Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren. Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio. Su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad

Se calcula que un 0.5 a 3 por ciento de adolescentes y mujeres jóvenes tiene anorexia nerviosa y estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes con conductas alimentarias anormales o con preocupación anormal por el peso corporal ³. Por otro lado, los adolescentes durante la etapa de la adolescencia vivencian una serie de cambios, tanto físicos, emocionales y cognitivos, los cuales los llevan a replantearse su identidad y la importancia de la aceptación social. Esta preocupación por ser aceptados dentro de un círculo social, está guiada principalmente por el físico. Las adolescentes creen que para ser reconocidas y valoradas, es necesario que se vean bien, sobre todo esbeltas. Pero, cuando este ideal no coincide con la realidad física de las personas, se generan distorsiones, y aparecen los trastornos de conducta alimentaria ⁴. El problema se agudiza cuando las adolescentes desconocen los signos de alarma del desorden alimenticio (anorexia y bulimia), las consecuencias que ocasionan estos trastornos, inducidas por el consumo inadecuado de alimentos, la falta de ejercicios físicos, todo con la intención de mantener una imagen corporal equivocada, originando problemas de autoestima que se menoscaban progresivamente.

Los estudios realizados a nivel nacional dan a conocer que existe escaso conocimiento sobre este problema. Así como el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (Minsa), donde se demostró que entre el 7,3 y 11,4 % de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país (Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado, Bagua, Tacna, Arequipa, Chimbote Trujillo, Piura, e Ica), sufren problemas de trastornos de conducta alimentaria⁵.

Los antecedentes citados muestran que el problema de los trastornos de conducta alimentaria en Puno tienen acercamiento a los trastornos presentados en estudiantes de departamentos de mayor desarrollo. Además, considerando que la TCA producen alteraciones graves en el organismo que pueden llevar a la muerte, es lícito hablar de la existencia de un problema de Salud Pública; por tanto, se necesita saber la situación presente de los TCA en estudiantes universitarios en la ciudad de Puno, donde su frecuencia es poco conocida y sólo

existen algunos informes de casos clínicos de estudiantes universitarios que padecen TCA y que no son reportados por temor a los familiares y amigos.

En Puno, la población adolescente dentro de ellas estudiantes universitarias, influida por los medios de comunicación masiva son afectados en sus comportamientos, ya que buscan igualarse imitando comportamientos similares como vestirse con ropas ceñidas, beber abundante agua ya que se les observa consumir agua cielo, san Luis y otros, dando a comprender que estarían obsesionadas por bajar de peso. Además, se observa algunas adolescentes obsesionadas por verse esbeltas y atractivas.

Con esta investigación se pretende fijar las dimensiones del problema en un grupo de población pre universitaria de Puno y con ello contribuir a una aproximación del riesgo al que están expuestos, la prevalencia y las características clínicas de este problema en estudiantes que postulan a la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Describir los trastornos de la conducta alimentaria, prevalencia y características Clínicas en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los trastornos de conducta alimentaria: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral
2. Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: Hábitos alimenticios, Nivel socioeconómico y lugar de consumo de alimentos
3. Identificar las características clínicas del trastorno de la conducta alimentaria: Índice de masa corporal y presión arterial

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. REFERENCIAS TEORICAS

2.1.1 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo⁶.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia y bulimia nerviosas, así como sus cuadros afines, son trastornos de etiopatogenia multideterminada que, en las últimas décadas, han supuesto un importante reto para la asistencia pública. Los factores socioculturales que pueden generarlas, así como sus graves secuelas físicas, sociales y psicológicas han causado y causan una importante alarma social. Los TCA son enfermedades que no sólo implican a la persona afectada sino también a su familia y entorno más próximo, e incluso de una manera diferente, pero muy importante, a los profesionales de la salud y de la educación, que se ven directa o indirectamente involucrados⁷.

Según la OMS, los TCA se definen como enfermedades complejas y multicausales que afectan mayoritariamente a adolescentes y mujeres jóvenes. El DSM-IV amplía la definición descriptiva de la OMS (Organización Mundial de la Salud) al considerar que son alteraciones mentales relacionadas a la ingesta alimentaria caracterizados por una fuerte preocupación por el peso, los alimentos y la figura corporal^{8,9}

El DSM-V propuso cambiar la denominación “trastornos de conducta alimentaria” por “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” pues consideraron que éstos abarcan conceptos más amplios y no solo involucran la parte conductual. Por ello, actualmente se definen como trastornos persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado a la comida que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud en sus tres esferas: biológico, psicológico y social.

Otros autores definen los TCA como desviaciones de los hábitos alimentarios caracterizados por el excesivo miedo a engordar, insatisfacción con el cuerpo, tendencia a tener pensamientos o atracones incontrolables de comida; acompañado de rasgos psicológicos de perfeccionismo e inseguridad¹⁰.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son condiciones crónicas que suelen presentarse en la adolescencia y se caracterizan por la insatisfacción de la percepción de la imagen corporal, miedo a engordar y pensamiento obsesivo con la alimentación. Estos trastornos se dividen en tres grupos: anorexia nervosa (caracterizada por el rechazo a mantener el peso por encima de un mínimo), bulimia nervosa (caracterizada por episodios recurrentes de atracones y purgas), y otros trastornos no específicos. Los TCA se han convertido en un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y sus importantes consecuencias en la salud mental (pues afectan la autonomía, el autoestima y las habilidades sociales) y física (pues se relacionan con complicaciones gastrointestinales, endocrinológicas, dermatológicas, cardiovasculares y pulmonares, que implican un significativo riesgo de muerte).

Estos trastornos tienen un origen multifactorial y se ha encontrado como factores asociados: ser mujer, ser estudiante universitario (posiblemente debido a situaciones estresantes que pueden alterar el equilibrio psicológico de los estudiantes), tener problemas de comunicación familiar, tener una condición económica media o alta, estar expuesto a coacción publicitaria por los medios de comunicación, entre otros.

Según los datos epidemiológicos sobre los TCA, las personas jóvenes presentan una mayor vulnerabilidad a padecer los TCA, particularmente en la adolescencia, etapa en la que los factores psicológicos y socioculturales ejercen una gran influencia. Existen diferentes límites a la hora de englobar la adolescencia. Según la OMS¹¹ y el INE, la adolescencia se encuentra entre los 10 y los 24 años. Otros autores reducen el límite a los 21. Aunque haya esta ligera diferencia todos coinciden en que hay varias etapas dentro de la adolescencia, cada una con sus propias características y definidas por la consecución de unos logros.

El primer periodo sería la pre-adolescencia, pubertad o adolescencia temprana (11-14 años). Se caracteriza por la aparición de los caracteres reproductivos, la necesidad de la relación social, la preocupación por la imagen corporal y la generalización de sus apreciaciones.

La segunda etapa sería la adolescencia media (14-17 años). En ella, los adolescentes, empiezan a analizar sus emociones, entran en una época de gran confusión. Es el inicio de la búsqueda de identidad y de la autonomía emocional respecto a los padres.

La adolescencia tardía o juventud (17-21 años) es la etapa en la que los adolescentes empiezan a definir un referente moral individual que guía su conducta. En esta etapa se espera de la persona que actúe de forma socialmente responsable, que aumente su independencia y que sea capaz de tomar de decisiones sobre su futuro¹². Los casos de TCA que se producen en la adolescencia se dan mayoritariamente en la adolescencia media y tardía. Muchos de los estudios que se realizan para objetivar los comportamientos alimentarios de los adolescentes se llevan a cabo desde los colegios e institutos puesto que son los lugares en donde los adolescentes pasan la mayor parte del tiempo y es más fácil llevar a cabo intervenciones.

Dentro de los trastornos de conducta alimentaria surgen tres tipos de conductas de riesgo que progresivamente van apareciendo conductas, cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y creencias básicas en adolescentes. Dentro de esta tenemos: La conducta de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral.

2.1.1.1. CONDUCTA DE EVITACIÓN DE ALIMENTOS

Las conductas de evitación del alimento; son esenciales para detectar la presencia de trastornos de conductas alimentarias; es habitual que aparezca la distorsión del aspecto físico u obesidad previa, que en muchos factores se convierte en el factor desencadenante ya que los adolescentes son fácilmente influenciados por las expresiones u opiniones peyorativos de compañeros del colegio o amigos referente a su imagen, indicios de gordura, lo que produce

como consecuencia inmediata un temor mórbido a engordar. El ayuno constituye un eje básico de las conductas de evitación del alimento el cual evidenciara a un riesgo de adquirir la anorexia nerviosa, las comidas no solo se reducen cuantitativamente o cualitativamente, sino que hacen peculiares comportamientos como contar calorías, pesarse constantemente. Normalmente inician con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechazan las grasas y las proteínas e incluso los líquidos llevándolos a una deshidratación extrema. La disconformidad con su cuerpo continúa a pesar de la desnutrición, y para seguir adelgazando, no solo suprimen comidas sino que realizan actividad física en forma compulsiva.

Son frecuentes hábitos alimentarios inusitados como tener en cuenta el número de calorías que contiene cada alimento, separar obsesivamente la grasa, azúcares, carbohidratos y comer solo alimentos bajos en calorías, entre otros. Existe una deformación entre lo que realmente se ingieren y lo que transmiten como ingerido. Las porciones son pequeñas, pero ellos las ven gigantescas como si la miraran a través de una lente de aumento. La mayoría de ellos terminan realizando dietas muy restrictivas, limitadas a unos pocos alimentos. Además, el primer signo de alarma para ingresar a los trastornos alimentarios es realizar dieta¹³.

Las conductas de evitación de alimento, se mantienen por el miedo patológico a engordar, se sienten en una situación crítica, inmersas en un círculo infernal sometidas en una gran tensión para mantener el autocontrol, con gran ansiedad sobre todo lo referente a su alimentación o peso y con pérdidas ponderales desde el 25% - 50% del peso inicial, que conlleva la disminución del tejido adiposo y muscular presentando marcados signos de desnutrición¹³

Todo esto conlleva a un riesgo de sufrir anorexia nerviosa. Al iniciarse la instauración muchas veces forzada, de la ingesta alimentaria en cantidades normales, aparece un elevado riesgo de complicaciones gástricas, ya que pueden desencadenarse cuadros de alteraciones gastrointestinales de incomprensible evolución

Se observa por un lado que las personas con este tipo de conductas ya marcadas

(Anoréxicas) aborrecen alimentos ricos en hidratos de carbono o grasas.

Una dieta es el conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos. Popularmente la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal¹⁴.

2.1.1.2. PREOCUPACIÓN POR LOS ALIMENTOS

Existe preocupación excesiva en el dilema de comer o no comer; pensamiento que va abocado a el gusto o el sabor de sentir las comidas seguido por la sensación de culpabilidad después de haber ingerido grandes cantidades sobre todo de alimentos ricos en calorías, azúcares , grasa, etc.

Es frecuente en estos adolescentes el atracón de comida, vómitos después de comer, se sienten dependientes totales de la comida, y la constante preocupación por los alimentos. Estos episodios frecuentes de voracidad son seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia existe una alteración de la percepción. Las características esenciales de riesgo a adquirir la enfermedad de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, el auto evaluación de los individuos con esta alteración se encuentra excesivamente influida por el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos 2 veces en la semana durante un periodo de tres meses¹⁴.

2.1.1.3. CONTROL ORAL

Los mecanismos que regulan el hambre y la saciedad son complejos y obedecen, en general, a patrones neurobiológicos. Sin embargo, existen otros estímulos, situaciones y conductas que nos impulsan a comer, aunque no tengamos hambre. Uno de los responsables de la ingesta excesiva es "comer de

manera mecánica", sin prestar atención ni distinguir la sensación de hambre real de las ganas de comer que bien puede responder a un apetito desordenado.

En este factor los adolescentes generalmente siguen dietas estrictas privándose totalmente de alimentos o reducen la cantidad de alimento que se necesita diariamente controlando su ingesta diaria, a veces ocupa mucho tiempo en ingerir sus alimentos, esto causa la preocupación de las personas que lo rodean en el cual el adolescente tiene la sensación de que el adolescente se siente exageradamente presionado, además percibe de que los demás quieren que coma más esto provoca conflictos familiares ya que siente que van contra su voluntad¹⁵.

2.1.2. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen alta prevalencia en población femenina adolescente. Estudios precedentes realizados en Argentina indican la presencia de sintomatología relacionada con los TCA en un 19.2% a un 58% de las adolescentes.

Las altas tasas en la adolescencia responden a que los TCA se inician generalmente en este período y, si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta. En estudios con pacientes con bulimia nerviosa de la ciudad de Buenos Aires se encontró que la edad media de inicio del trastorno era de 16.37 años. Esto hace que el estudio de los TCA sea altamente relevante en este grupo de edad. Los modelos cognitivos de los TCA asumen que las cogniciones tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno

Existen dos tipos de cogniciones en los TCA: las específicas al trastorno que se refieren a la alimentación, la forma corporal y el peso; y las personales, que son creencias generalizadas acerca de sí mismo. Las creencias personales sostendrían los bajos niveles de autoestima que usualmente presentan las pacientes y son fundamentales en el mantenimiento del trastorno. Dentro de este grupo se ha encontrado evidencia de un nivel más profundo de creencias, basado en la teoría de esquemas, que se caracterizarían por ser de desarrollo

temprano, absolutas y duraderas. Esta teoría asume que las creencias o esquemas han sido desarrolladas a través de experiencias disfuncionales con las personas significativas en la temprana infancia e incluyen contenidos referidos al sí mismo y a las relaciones interpersonales propias. Estas creencias poseen mecanismos de autopropagación por lo que son más difíciles de modificar que otro tipo de creencias. Algunas de las creencias básicas descritas en pacientes bulímicas se refieren a la pérdida de control, la imperfección, el temor al fracaso, el aislamiento social y la dependencia^{16, 17, 18}

Según los resultados de una investigación realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, alrededor del 10% de los estudiantes de nivel medio presentarían sintomatología importante relacionada con los TCA, siendo más severo en mujeres y en el grupo de 16 a 18 años. Se hace necesario entonces desarrollar estrategias de intervención para este grupo significativo de adolescentes con importantes problemas de la conducta alimentaria¹⁹.

2.1.3.-ETIOPATOGENIA:

Al igual que otros muchos trastornos mentales poseen una etiología compleja y parcialmente desconocida. No hay un único mapa conceptual que represente un modelo explicativo para los TCA.

Las corrientes para explicar los determinantes de estos trastornos son muy variadas, dependiendo del campo del que procedan, con mayor énfasis en algunos factores que en otros. En general las corrientes están basadas en teorías psicológicas aceptadas y estudiadas por médicos, psiquiatras y psicólogos.

La tendencia de los últimos años es considerar los TCA como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, que surgen de la interacción de diferentes factores

a) Factores Predisponentes

Los factores predisponentes su pueden englobar en tres grandes grupos:

- (i) socioculturales,
- (ii) familiares e
- (iii) individuales.

▪ **Socioculturales:**

La cultura occidental al sostener un ideal de extrema delgadez como sinónimo de belleza y aceptación social, constituye un marco de vulnerabilidad para el desarrollo de los TCA. Valores y creencias sobre el ideal de belleza y las actitudes frente al sobrepeso y la obesidad se instauran en la sociedad a través de los medios de comunicación, la moda, la publicidad y el grupo de pares.

▪ **Familiares:**

En lo que respecta a los factores familiares se ha observado que generalmente los TCA anidan en modelos familiares patológicos.

Así, se han descrito patrones que incluyen comportamientos de sobreprotección y rigidez, con madres muchas veces dominantes, que crean una importante dependencia madre-hijo. Pueden observarse con elevada frecuencia trastornos en la esfera afectiva y antecedentes familiares de TCA, demostrando que estos trastornos se presentan con una probabilidad seis veces mayor entre familiares de primer grado de pacientes, que en las familias de la población general.

Se ha observado que las madres de pacientes con TCA reportan mayor preocupación por el peso y la figura que las madres de los sujetos del grupo control

Por otro lado, se ha encontrado que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tienen hijas con más preocupación por la delgadez y que sienten una mayor presión social, que les lleva a intentar modificar su peso²⁰.

▪ **Individuales:**

Los factores de predisposición individuales se dividen a su vez en: Biológicos y psicológicos.

Dentro de los biológicos, muchos estudios sugieren que el peso corporal es un consistente predictor de TCA, pues se observa que el sobrepeso constituye un importante antecedente en el desarrollo de los TCA.

En el estudio de los factores biológicos también ha recibido especial atención el desarrollo puberal, al considerar que un desarrollo temprano o tardío puede tener implicaciones en la imagen corporal y aceptación social de los sujetos.

También se consideran factores biológicos los genéticos y las alteraciones neurobiológicas. Por ejemplo, se ha observado que entre gemelos monocigóticos el 50% de ellos está afectado, mientras que solo ocurre en el 10% de los dicigóticos²¹.

De cualquier forma, no está claro si lo que se hereda es el desorden específicamente, un rasgo de personalidad asociado al mismo o una vulnerabilidad general a alteraciones psiquiátricas, y más aún, los datos de gemelos criados juntos no permiten distinguir entre el componente genético y el ambiental de la transmisión. Respecto a las alteraciones neurobiológicas, se ha comprobado la presencia de anomalías en el sistema de los neurotransmisores hipotalámicos, fundamentalmente 40 noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos aunque su interpretación es difícil de valorar.

Los niveles bajos de noradrenalina pueden parcialmente influir en la bradicardia e hipotensión que se ve en las situaciones de ayuno de estos pacientes. La serotonina juega un papel esencial en los centros cerebrales del apetito y la saciedad y puede influir en los cambios neuropsiquiátricos que se observan en los pacientes con anorexia nerviosa y pérdida de apetito. Diversos estudios con resonancia magnética nuclear han constatado cambios en el cerebro de las pacientes con anorexia nerviosa:

disminución del volumen de la sustancia blanca y gris y aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo.

Sin embargo, todavía no está claro cuál es el significado de este hecho. Entre los factores individuales psicológicos se cuentan fundamentalmente la inestabilidad emocional, depresión, pobre relación social, baja autoestima, hiperactividad, personalidad insegura y creencias irracionales sobre la apariencia física, entre otros²¹.

Las personas con TCA presentan una importante prevalencia de rasgos de personalidad obsesivos. Concretamente, las personas con anorexia suelen presentarse como personas rígidas, estrictas y ordenadas. En cuanto a la vulnerabilidad neuropsicológica en los TCA, la mayor parte de los estudios se han realizado en pacientes con anorexia nerviosa, y se ha encontrado rigidez cognitiva, pobre coherencia central con una marcada tendencia a focalizar en los detalles y déficit de atención. En cuanto a la bulimia nerviosa, se han descrito resultados similares a los encontrados en anorexia, caracterizándose principalmente por un déficit de integración global.

b) Factores Precipitantes:

Los factores precipitantes se van a definir como una serie de acontecimientos que ponen en marcha la clínica de la enfermedad en sujetos con una predisposición previa.

Las dietas de adelgazamiento van a convertirse en un gran número de casos en el factor precipitante de la enfermedad. La reducción inicial de la ingesta de alimentos se atribuye en la mayoría de los casos a las normas culturales imperantes sobre el control de peso y la alimentación, aunque pueden ser también secundarias a enfermedades somáticas o por 41 necesidades deportivas y/o profesionales.

Sin embargo, serían los factores de predisposición, los que finalmente determinarían qué personas sometidas a una dieta adelgazante se volverían anoréxicas o bulímicas.

Así, lo que comenzaría como una dieta con perspectivas normales, acabaría progresando hacia un cuadro autónomo en el que el paciente perdería el control. Además de las dietas, se incluyen en los factores precipitantes los cambios corporales de la adolescencia, la depresión y la incapacidad de hacer frente a situaciones nuevas o adversas, como separaciones y conflictividad familiar, pérdida de seres queridos, fracaso en las relaciones amorosas, etc....²²

c) Factores de mantenimiento:

Los efectos biológicos y psicológicos de la pérdida de peso y la inanición crónica van a redundar en la propagación de la enfermedad.

En uno de los modelos más frecuentes de anorexia nerviosa, el padecimiento de cierta depresión induciría a iniciar una dieta con el fin de mejorar la autoestima, pero la inanición provocaría un creciente deterioro del estado de ánimo y un aumento de la preocupación por la comida. Al deterioro anímico el paciente respondería haciendo mayor hincapié en la dieta, buscando en ello la satisfacción de sentir que es capaz de dominarse y convirtiéndolo así en un motivo perpetuador de la enfermedad. A medida que progresa la enfermedad el comportamiento se hace más obsesivo- compulsivo, se exageran los rasgos de personalidad previa y se observa una disminución de los intereses con tendencia al retraimiento y a la irritabilidad.

Una vez conseguida la pérdida de peso, el afectado viviría esto como una experiencia gratificante y no reconocería el inicio de la enfermedad ni los peligros del bajo peso; incluso, cuando se percibe finalmente el riesgo que se corre, el paciente aún sigue teniendo pánico ante la posibilidad de engordar.

Por otra parte en referencia a la bulimia se ha observado que la alternancia de periodos de restricción e ingesta compulsiva conduce a la alteración del sistema de control de la regulación del apetito, lo que colabora al mantenimiento del patrón alimentario inapropiado. Dicha alteración se agrava definitivamente al aparecer el vómito como conducta compensatoria²³.

2.1.4.-CLASIFICACION

Académicamente los distintos síndromes se agrupan bajo la denominación de **trastornos de la ingestión de alimentos**.

Las definiciones y categorización de los TCA en las clasificaciones internacionales continúan siendo materia de debate. El principal desafío radica en la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y conductas asociadas a los TCA que frecuentemente se sobrepone unos con otros en las categorías actualmente vigentes. Las dos principales categorizaciones internacionales, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales;) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad;) describen las tres clases principales de TCA antes mencionadas:

- a. Anorexia Nervosa.
- b. Bulimia Nervosa (BN) y
- c. Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE, según DSM-IV) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10).

2.1.5.-CLINICA

❖ Evaluación inicial de los TCA:

Establecer el diagnóstico de un TCA es con frecuencia un desafío para los clínicos, pues las adolescentes y jóvenes que los sufren tienden a esconderlos o negarlos a todos aquellos quienes les rodean, debido a que poseen escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio. Ello genera que frecuentemente consulten a otros profesionales antes de llegar a solicitar ayuda a especialistas en TCA. Es habitual que los padres, que

sospechan la patología, pero encuentran sólo negación y resistencias de parte de su hija, prefieran llevarla inicialmente a su pediatra o a un médico general en busca de la confirmación diagnóstica antes de tomar otras medidas.

Este es el camino que también tienden a seguir los progenitores si han sido los pares, profesores o entrenadores quienes los han alertado del problema, pero aún les cuesta reconocerlo. Por otra parte, cuando la enfermedad les ha pasado inadvertida, muchas veces la consulta termina siendo motivada por alteraciones secundarias (sobrepeso, bajo peso, irregularidades menstruales, etc.) y a los respectivos especialistas en ellas.

Por lo mismo, resulta esencial que los profesionales de la salud en general y en especial aquellos a quienes tienden a consultar la mayoría de estas pacientes (médicos pediatras, generales y de familia, internistas, especialistas en nutrición, ginecólogos, endocrinólogos y psiquiatras; nutricionistas y psicólogos), manejen un alto índice de sospecha de TCA dentro de su labor clínica y realicen las intervenciones adecuadas cuando los pesquisan.

Ya que el tratamiento de estos casos debe iniciarse lo más precozmente posible (pues de ello depende su pronóstico) y que dada su complejidad-corresponde que sea realizado por un equipo especializado, el rol de los profesionales de la salud no especialistas consiste primordialmente en su pesquisa precoz, evaluación inicial (si poseen las competencias necesarias), y derivación oportuna y eficaz a los especialistas.

La evaluación inicial estará destinada a:

- 1) Establecer el diagnóstico del TCA.
- 2) Detectar las complicaciones biomédicas asociadas.
- 3) Establecer la presencia de comorbilidad psiquiátrica, conductas de riesgo y otros problemas psicosociales relevantes.
- 4) Determinar la existencia de condiciones que requieran hospitalización.

- 5) Informar a la paciente (y sus padres si corresponde) de los hallazgos y motivarlos a tratamiento.
- 6) Dar las indicaciones preliminares y derivar de manera eficaz a hospitalización o tratamiento ambulatorio especializado, según corresponda.

Para llevarla a cabo deben contemplarse las estrategias básicas de la atención clínica de adolescentes y jóvenes,

Es importante mantener una actitud de escucha y acogida durante la evaluación, pero a la vez de una seriedad y preocupación acorde al problema, que irá permitiendo que aquellas adolescentes y los padres que no tengan conciencia de la enfermedad la vayan desarrollando.

Debe destacarse que el diagnóstico de los TCA es eminentemente clínico y se realiza en especial mediante una buena anamnesis.

2.1.6. SÍNTOMAS BIOMÉDICOS ASOCIADOS

En su mayoría son generados por la restricción de la ingesta, los déficits nutricionales, los atracones y las conductas compensatorias, y se detallan en la siguiente **Tabla**.

TABLA. SÍNTOMAS BIOMÉDICOS EN TCA ADOLESCENTE

• Significativa disminución, aumento o fluctuaciones de peso
• Mantención o falta de incremento esperado de peso y/o talla en una adolescente en crecimiento y desarrollo
• Retraso del desarrollo puberal
• Fatiga o letargía
• Debilidad
• Mareos
• Pre-síncope y/o síncope
• Intolerancia al frío
• Caída del cabello
• Palidez
• Equimosis fáciles
• Disnea
• Dolor torácico
• Palpitaciones
• Regurgitación y acidez frecuentes, pirosis
• Vómitos con sangre
• Saciedad precoz, disconfort epigástrico, dolor abdominal
• Constipación
• Poliuria
• Amenorrea y otras alteraciones menstruales
• Disminución de la libido
• Calambres
• Convulsiones

Es importante recordar que los TCA no sólo se asocian a bajo peso. En todos aquellos casos en que exista pérdida abrupta, aumento rápido o fluctuaciones significativas de peso en jóvenes por lo demás sanas, debe descartarse un TCA. Por otra parte, las adolescentes con un peso normal también pueden tener un TCA.

2.1.7. COMPLICACIONES Y COMORBILIDAD MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE LOS TCA

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias.

Estas complicaciones son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta. Estas hacen de la AN una de las principales causas de incapacidad entre las mujeres jóvenes.

Las complicaciones médicas agudas y a largo plazo de los TCA se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Complicaciones médicas en los TCA

Metabólicas	Hipoglicemia
Medula ósea	Anemia Leucopenia Trombocitopenia
Fluidos y Electrolitos	↓ Potasio ↓ Sodio ↓ Fosfato ↓ Calcio ↓ Cloro ↓ Magnesio ↓ Zinc
Cardiovascular	Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
Pulmonar	Neumotórax (rara)
Gastrointestinal	Hematemesis Úlcera gástrica ↓ Motilidad intestinal (constipación)

Renal	↑ Urea y creatinine Oliguria Anuria
Neurológicas o de la función cognitiva	Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral
Músculo esqueléticas	Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal
Endocrinas	Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
Otras secundarias a purgas	Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia

Algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis. La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte.

Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epifisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea

predisponiendo a osteopenia u osteoporosis. Entre los trastornos médicos asociados a la BN se encuentran los trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental. Estos son consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas. En la esfera de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA. Estos pueden llegar a afectar el normal desarrollo psicosocial de los adolescentes

Metabólicas Medula ósea Fluidos y Electrolitos Cardiovascular Pulmonar Gastrointestinal Renal Neurológicas o de la función cognitiva Músculo esqueléticas Endocrinas Otras secundarias a purgas Hipoglicemia Anemia Leucopenia Trombocitopenia n Potasio n Sodio n Fosfato n Calcio Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado) Neumotórax (rara) Hematemesis Úlcera gástrica n Motilidad intestinal (constipación) m Urea y creatinina Oliguria Anuria Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo m Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia n Cloro n Magnesio n Zinc 91 en esta etapa crítica del desarrollo. Por esto, es de suma importancia su atención y tratamiento temprano. Entre los problemas psicológicos se encuentran el aislamiento social y conflictos familiares, dificultades para fortalecer el autoconcepto, autoestima, autonomía y capacidad para intimidad.

En otras palabras, la aparición de un TCA durante la adolescencia puede interferir en el logro de las tareas propias de esta etapa. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes ligados a la AN son la depresión, trastornos de ansiedad y, en particular, obsesivo-compulsivos. La depresión puede ser vista como una consecuencia de la desnutrición más que un desorden precedente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-

compulsivos se tienden a presentar en forma independiente de la AN y muchas veces la preceden. Conductas impulsivas tales como autoagresiones y abuso de sustancias también se han descrito frecuentemente asociadas a AN. En términos de rasgos de personalidad, los más comunes son los rasgos obsesivo-compulsivos y limítrofes.

Finalmente, algunos desórdenes del desarrollo también se han encontrado presentes en adolescentes con AN, especialmente síndromes del espectro autista. Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con BN también son comunes. En las adolescentes principalmente se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndrome por déficit atencional con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas impulsivas, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, autoagresiones e intentos de suicidio. La BN tipo purgativa ha sido también asociada a conductas adictivas.

2.1.8 HÁBITOS ALIMENTICIOS

Las prácticas relacionadas con la alimentación de los adolescentes han sufrido cambios en los últimos tiempos, con una tendencia hacia lo no saludable, que consiste en el incremento del consumo de gaseosas, meriendas, comidas rápidas y azúcares, y por una disminución del consumo de frutas, verduras, leche y leguminosas^{24, 25}. Como resultado de la alteración de las prácticas relacionadas con la alimentación se desarrollan trastornos como la obesidad, y la anorexia y la bulimia nerviosas, cuya incidencia ha aumentado^{26, 27}, con un impacto negativo. Estos trastornos se convierten en factores de riesgo de aparición de enfermedades crónicas, tales como las cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, cáncer, artritis^{28, 29, 30}.

2.1.9. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

El estatus o nivel socioeconómico (NSE) es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Además es un indicador importante en todo estudio demográfico; incluye tres aspectos básicos: los ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres. Estudios actuales en América Latina, muestran la gran relación de este

indicador con el estado de salud, nutrición, el rendimiento estudiantil y la esperanza de vida. Por este motivo, partiendo del marco conceptual descrito por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados APEIM 2003 – 2010 que el NSE es una variable teóricamente controvertida y que es importante aproximar el estatus socioeconómico de las familias a través de un indicador práctico³¹.

Se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias, artritis, enfermedades coronarias, y esquizofrenia. Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el sitio de trabajo, o en el caso de enfermedades mentales, pueden ser la causa misma del estatus social de la persona. Por lo tanto, una cuestión metodológica esencial es la medición del nivel socioeconómico de las familias. Sin embargo, en lo que existe más diversidad de planteamientos es en lo relativo a las medidas que podrían ser utilizadas como indicadores de estos componentes y al modo en que habrían de ser combinadas para generar una medida del estatus socioeconómico³¹.

2.1.10. LUGAR DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS

La alimentación constituye una práctica fundamental en el mantenimiento de la vida y en el desarrollo de las actividades diarias de los seres humanos, unida a todos los procesos vitales, condicionando su salud y su calidad de vida, por lo que está ligada al cuidado de enfermería en la cotidianidad. Particularmente en los adolescentes, la alimentación constituye un tema de interés para la disciplina debido al efecto de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se pueden realizar durante esta etapa, y al impacto que tienen en la salud actual y futura de estos jóvenes. Tradicionalmente, la alimentación se ha abordado desde la perspectiva biológica, en la que priman la descripción de las ingestas de alimentos y su efecto en el estado nutricional y en la salud, dejando a un lado la comprensión de aspectos que guían las prácticas, como son los significados que las personas dan a los alimentos³².

Las prácticas relacionadas con la alimentación son procesos complejos que están condicionados por la realidad biológica, psicológica y social que viven los adolescentes. Ellos comen lo que les sienta bien, lo que han aprendido a comer a lo largo de sus vidas, y lo que les brinda placer en circunstancias que para ellos son favorables.

Los adolescentes consumen diferentes alimentos de acuerdo con el espacio y la compañía que tienen e incluso el tiempo, el comer con la familia se relaciona con la rutina que se tiene durante la semana, por el contrario, el comer con los amigos o los novios o las novias se lleva a cabo los fines de semana y en espacios de la calle, implica cambio, variedad para los adolescentes:

Es como los diferentes espacios donde uno se encuentre, es como saber que en la casa hay una rutina de alimentos y que cuando es sábado cambia de espacio, de ambiente, que lo que se va a comer es algo diferente (GF-MB-01, 364-366).

El espacio constituye una dimensión importante en la alimentación de los adolescentes, envuelve un conjunto de rituales que cercan el acto alimentar en el sentido estricto (62). Al igual que es importante tener en cuenta los tipos de alimentos que se consumen y los horarios, los espacios donde se lleva a cabo el consumo de alimentos varían de una cultura a otra y de un grupo a otro (61), como es el caso de los adolescentes cuando comen con los adultos y cuando lo hacen con sus pares.

2.1.11. ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

El Índice de masa corporal (IMC), o *Body Mass Index* en inglés (BMI) estima el peso ideal de una persona en función de su tamaño y peso. Tu IMC toma en cuenta tanto tu peso como tu altura para llegar a una medida aproximada de tu grasa corporal, de acuerdo con el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura} \times \text{Estatura (m)}}$$

El índice de masa corporal (IMC) es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo, ideada por el

estadístico belga Adolphe Quetelet; por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

Hay que destacar que no se pueden aplicar los mismos valores de IMC en adolescentes debido a su constante aumento de estatura y desarrollo corporal, por lo que se obtiene un IMC respecto a su edad y sexo.

Por ello, primero se deberá contar con la fecha de nacimiento y de medición para obtener la edad calculada y así ser más precisos al categorizar a éste grupo de edad.

Después se calculará el IMC con la misma fórmula que para el adulto, y después de calcularse el IMC para este grupo de edad, el valor del IMC se comparará en tablas de crecimiento del CDC para el IMC por edad tanto para niños y niñas respectivamente para obtener la categoría del percentil. Dichos percentiles son una medida de dispersión que se utiliza con más frecuencia para evaluar el tamaño y los patrones de crecimiento de cada niño en los Estados Unidos, debido a que son menos susceptibles a presentar valores extremos y por lo tanto errores en los rangos de valores. El percentil indica la posición relativa del número del IMC del niño entre niños del mismo sexo y edad. Las tablas de crecimiento muestran las categorías del nivel de peso que se usan con niños y adolescentes (bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obeso).

Blanco = Bajo peso (IMC <18,5)

Amarillo = Rango normal (IMC = 18,5-24,99)

Naranja = Sobrepeso (IMC = 25-29,99)

Rojo = Obesidad (IMC >30)

El IMC, indicador del estado nutricional que es utilizado con mayor frecuencia por su facilidad de estimación, es uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA, y de manera específica con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), ya que se han encontrado importantes asociaciones³³.

2.1.12 PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial representa la presión ejercida por la sangre contra la pared de las arterias. Depende de los siguientes factores:

Débito sistólico (volumen de eyección del ventrículo izquierdo)

Distensibilidad de la aorta y de las grandes arterias.

Resistencia vascular periférica, especialmente a nivel arteriolar, que es controlada por el sistema nervioso autonómico.

Volemia (volumen de sangre dentro del sistema arterial).

Se distingue una presión sistólica y otra diastólica. La presión sistólica es la presión máxima que se alcanza en la sístole. Esta depende fundamentalmente del débito sistólico, la volemia y la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias. La presión diastólica es la mínima presión de la sangre contra las arterias y ocurre durante el diástole. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica³⁴.

Dentro de las consecuencias de los trastornos de Conducta Alimentaria, las conductas de desórdenes alimenticios como la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa ocasiona problemas en la presión arterial como:

La presión arterial baja, hipotensión: A causa de la temperatura corporal disminuida, malnutrición y deshidratación. Puede ocasionar arritmias cardiacas, shock o infarto de miocardio.

Hipotensión ortostática: Descenso repentino en la presión sanguínea al sentarse o levantarse. Los síntomas incluyen mareos, visión borrosa, desmayo, taquicardia y dolores de cabeza.

Presión arterial alta, hipertensión: Presión sanguínea elevada que supera 140 sobre 90. Puede causar: cambios sanguíneos en las venas posteriores del ojo

ocasionando problemas en la visión; engrosamiento anormal del músculo cardiaco; falla renal; y daño cerebral ³⁵.

Otros síntomas y complicaciones médicas que pueden presentarse con el tiempo es la presión arterial baja, o respiración y pulso lentos³⁶.

2.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A Nivel Internacional

Álvarez M, Bautista I, Serra LL. en España año 2015, al estudiar la Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria, con el objetivo de evaluar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes con edades comprendidas entre los 12 a 20 años, tomo como muestra a 1342 participantes de centros educativos de la isla de Gran Canaria, España. Se empleó un diseño transversal de dos fases que incluía un primer cuestionario de cribado (EAT-40 con el punto de corte establecido en 20) y una entrevista clínica semi-estructurada (EDE). También se evaluaron variables sociodemográficas y el estado ponderal de los alumnos. Los resultados obtenidos por este estudio fueron: La prevalencia de riesgo es de 27,42% (33% de mujeres, 20,6% de hombres). En adolescentes evaluadas mediante entrevista clínica (285 en riesgo, con altas puntuaciones en el EAT; 253 seleccionados del grupo sin riesgo). La prevalencia global de trastorno de la conducta alimentaria fue de 4,11% (5,46% de mujeres, 2,55% de hombres). El estudio concluyó que la prevalencia diagnóstica de trastornos de la conducta alimentaria en Gran Canaria es similar a la del resto de España. Sin embargo, la prevalencia de riesgo de desarrollar dichos trastornos es especialmente elevada en Gran Canaria, teniendo en cuenta los datos de estudios tanto nacionales como internacionales³⁷.

Bojórquez I, Saucedo T, Jurez F, Unikel CL. En Brazil año 2013, realizaron el estudio sobre “Ambiente social e hábitos alimentares de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México”; los objetivos de este trabajo fueron explorar: (1) la asociación entre medio ambiente social a niveles municipal y familiar, y conductas alimentarias de riesgo, en mujeres adolescentes; y (2) la interacción entre medio ambiente social y cultural e índice de masa corporal

(IMC). La información se obtuvo de una encuesta representativa de las estudiantes de preparatoria en el Estado de México, México (15-19 años). Se aplicó un cuestionario para conductas alimentarias de riesgo y datos sociodemográficos. Se evaluó el medio ambiente social y cultural municipal mediante el índice de marginación del municipio. El análisis se hizo mediante regresión multinivel. Los resultados reportados fueron: La prevalencia de conductas alimentarias de riesgo fue 4,23%. El IMC y el nivel socioeconómico familiar se asociaron directamente con conductas alimentarias de riesgo. El efecto del IMC sobre conductas alimentarias de riesgo fue mayor en municipios más marginados³⁷.

Góngora D. Aldana G, Hernández S. en Argentina año 2012, al realizar un estudio bajo el objetivo de evaluar conductas, cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y creencias básicas en adolescentes, y compararlas por género y grupos de edad. Participaron 553 estudiantes de escuelas medias de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (42.3% hombres y 57.7% mujeres). La edad media fue 14.83 años (DE = 1.5) y el IMC promedio fue 20.60 (DE = 2.8). Se administraron: una encuesta de síntomas alimentarios, el inventario ICA de conductas alimentarias y los cuestionarios de esquemas SQ y MAC-R de cogniciones. Un 13.79% de las mujeres y un 11.11% de los varones mostrarían sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA y, un 11.2% de mujeres y un 10.68% de varones conforme a la MAC-R. Las mujeres y el grupo de 16 a 18 años mostraron conductas y cogniciones específicas de los TCA más severas³⁹.

Samano, Zenonka y Martínez⁴⁰ realizaron un estudio bajo el objetivo de describir la asociación del índice de masa corporal (IMC) con los hábitos y las CAR en un grupo de adolescentes. Fue un estudio transversal, descriptivo realizado con 671 adolescentes de 12 a 15 años de edad, ambos sexos. Se aplicó una encuesta validada. Se obtuvo el IMC, además de información sobre práctica y conocimiento del consumo de alimentos. La prevalencia promedio de las CAR fue 12%, el sobrepeso u obesidad se presentó en 48% de los participantes, 20% de ellos no desayunaba, y sólo el 16% tomaba sus alimentos sin ningún distractor (p=0.012). La variables asociadas a las CAR para el desarrollo de TAC fueron:

realizar cualquier actividad simultánea al consumo de alimentos (RM:4.23, $p=0.006$), sobrepeso u obesidad (RM:2.59, $p=0.001$), comer sin compañía (RM:2.04, $p=0.005$), no comer frutas (RM:1.96, $p=0.008$) y/o leche (RM:1.79, $p=0.026$), ser mujer (RM:1.74 $p=0.024$) y no desayunar (RM:1.57, $p=0.035$). El consumo, fue menor en verduras, frutas y leguminosas, y mayor en azúcares, lípidos y bebidas gaseosas. Se concluye que existe una asociación entre el IMC y las CAR.

A Nivel Nacional

Miranda L (2016) en Lima al describir la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo; señalar posibles factores asociados y evaluar la consistencia interna del instrumento en la población de estudio, planteó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, para lo cual se tomó una muestra de 462 estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en el mes de Enero del 2016. Se aplicó el EAT-26, el análisis fue bivariado se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y U de Mann Whitney; y para medir la consistencia interna del instrumento se calculó el índice alfa de Cronbach. Los resultados mostraron que el 17.53% de los estudiantes presentaron riesgo de TCA (18.70% de mujeres y 16.38% de varones). El grupo etario más frecuente en el grupo de riesgo fue de 14 a 21 años (98.77%). La consistencia interna del EAT-26 resultó óptima ($\alpha = 0.827$). Se concluyó que, La prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo se mantiene dentro del rango de frecuencias reportadas. El género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de TCA que el género masculino y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años. El EAT-26 tuvo alta confiabilidad en la población de estudio⁴¹.

Chonlón K, Grosso A, Paredes G, Reyes B, Siadén D, Vásquez N, et al. Realizaron un estudio con el objetivo de estimar la frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de la facultad de medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en el año 2012. El estudio fue descriptivo transversal. Se empleó el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) a 292 alumnos seleccionados por un muestreo aleatorio por conglomerados y estratificado por

escuelas profesionales, en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en Lambayeque – Perú. Los resultados mostraron: La tasa de respuesta fue 100%. 63 de los participantes fueron varones (21,5%) y 229, mujeres (78,5%). La edad promedio de los participantes fue $19,7 \pm 1,2$ años. 3 (1,02%) alumnas encuestadas obtuvieron un resultado positivo, todas ellas mujeres y pertenecientes a la escuela de enfermería. Conclusiones: La frecuencia de trastornos alimentarios en nuestro estudio confirma hallazgos previos en poblaciones similares⁴².

Suclla J, Estefanero J, Connie S, Velarde E, Vera D, Murillo D, Caceres A, et al. Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la presencia de de síntomas de TCA (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) y los factores estudiados, en alumnos de primer año de carreras biomédicas de una universidad privada de Arequipa. El estudio fue transversal analítico. Se emplearon el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 2 y el Cuestionario para Alumnado Cisneros sobre Acoso Escolar. Otras variables fueron carrera profesional, tipo de colegio, actividades extracurriculares, religión, rendimiento académico en Secundaria, número de enamorados(as), horas semanales viendo televisión y horas diarias empleadas en redes sociales. Se evaluaron 226 sujetos. Resultados: La regresión lineal múltiple encontró que los síntomas de TCA están asociados a estudiar Obstetricia, haber realizado actividades extracurriculares académicas el último año, el número de horas diarias empleadas en redes sociales y acoso escolar. Se concluyó que, en estudiantes de biomédicas, los síntomas de TCA se asociaron con estudiar Obstetricia (por predominancia femenina), actividades académicas extracurriculares (por estrés asociado), uso de redes sociales y acoso escolar (por presión de grupo e insatisfacción corporal) ⁴³.

Quispe S. realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los factores psicosociales y las conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal correlacional, con muestra de 100 universitarios. Se aplicó el instrumento de Factores Psicosociales y el Inventario de Trastornos Alimentarios. Para la prueba de hipótesis se utilizó para el análisis la prueba estadística Chi cuadrado con

95% de confiabilidad y significancia de $p < 0,05$. Los resultados demostraron: De los factores Psicosociales se tiene que en cuanto a la Ansiedad se presenta caso dudoso el 41% , en la Depresión 71% no indica caso en Autoestima es elevada con el 69%, y la Funcionalidad familiar recae en Moderadamente funcional 64%.. En las dimensiones de conductas de Trastorno Alimentaria: Preocupación exacerbada por Comida Peso y Cuerpo; Episodios de atracones alimentarios y Métodos socialmente aceptado de control de peso se encuentran presentes en las categorías TendenciaAlta a muyAlta. De manera Global se presenta las conductas de Trastorno Alimentaria en Tendencia baja a muy baja⁴⁴.

A Nivel local

Ibáñez F. realizó un estudio con el objetivo de determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con diseño simple; la población estuvo conformada por 64 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años, de sexo femenino de tercero, cuarto y quinto año de educación secundaria. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento la escala EAT – 26 de Garner y Garfinkel, Los resultados muestran que los comportamientos riesgosos respecto a la dimensión de conductas de evitación de alimentos los más riesgosos son: “Miedo a la idea de estar con sobrepeso” con un 21.9 %, “Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos” con 20.3%, “Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo” con 17.2 % y “Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico” con 14.1 %. Respecto a las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos los comportamientos más riesgosos son: “Preocupación por los alimentos” con 12.5 %, “pensamiento excesivo y ocupación en la comida” con 7.8 %, “Impulso de vomitar después de comer” con 7.8 %, “Sentimiento de que la comida controla su vida” con 7.8 %. En la dimensión de control oral y presión percibida las conductas más riesgosas son: “Come más lento que los demás “con 21.9 %, “Mantienen un control de la ingesta” con 18.8%, “Sienten presión de los demás para comer” con 14.1 %. Finalmente se concluye que el 48.4 % de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas⁴⁵.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. ANOREXIA

Es la falta de apetito, que se convierte en un rechazo selectivo o total a la alimentación. Para su correcto enfoque es necesario analizar el entorno del paciente, determinar las circunstancias en que se instaló el problema, la personalidad premórbida y los antecedentes generales de la persona. Es particularmente relevante, considerar cuidadosamente la posible causalidad psicosocial motivada por problemas entre el enfermo y los miembros de su entorno, donde la anorexia puede ser manifestación de un estado depresivo o un elemento para la manipulación del entorno⁴⁶.

2.3.2. BULIMIA

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», seguido de un periodo de arrepentimiento, el cual puede llevar al sujeto a 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 depresivos⁴⁷.

2.3.3. BULIMIA NERVIOSA

Consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) para evitar la ganancia de peso (utilizados en promedio dos veces a la semana durante un período de tres meses). Este trastorno constituye un preocupante problema de salud que afecta especialmente a la población femenina joven⁴⁸.

2.3.4. ALIMENTO

Producto natural o elaborado susceptible de ser ingerido o digerido, cuyas características lo hacen apto y agradable al consumo, constituido por una mezcla de nutrientes que cumplen determinadas funciones en el organismo.

2.3.5. NUTRICIÓN

Es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias que han de cumplir tres funciones: Suministrar energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones; proporcionar nutrientes necesarios para la formación, renovación reparación de estructuras corporales y suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo.

2.3.6 ESTADO NUTRICIONAL

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar⁴⁹.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación y diseño

3.1.1. Tipo de investigación:

El estudio será descriptivo transversal

Descriptivo porque se describirán las variables de estudio y transversal porque la información se obtuvo en un solo tiempo haciendo un corte en el tiempo.

3.1.2. Diseño de Investigación:

Corresponde el diseño simple, la que permitió obtener la información sobre los trastornos de conducta alimentaria, prevalencia de hábitos alimenticios y características clínicas.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población:

La población estuvo constituida por 2000 estudiantes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno, conformada por las estudiantes que postularon a diferentes escuelas profesionales de la Universidad Nacional del Altiplano Puno; procedentes de diferentes condiciones socioeconómicas.

3.2.2. Muestra

Estuvo conformada por 150 estudiantes del Centro Pre Universitario, los que fueron seleccionados después del tamizaje realizado para obtener la población de estudio "Adolescentes con riesgo en el trastorno de conducta alimentaria.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes que estudian en el Centro Preuniversitario de la UNA Puno
- Adolescentes que aceptan participar en la investigación

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no asisten el día de recolección de datos

- Adolescentes con trastorno de conducta alimentaria evidente

3.4. Técnicas e instrumentos

Se utilizó como técnica de la encuesta y ficha clínica para obtener información sobre los trastornos de conducta alimentaria, prevalencia y características clínicas

Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

Instrumento que permitió recabar la información sobre los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno.

Escala de calificación

Cada interrogante del cuestionario fue calificada en 6 categorías: Siempre, así siempre: A menudo, a veces, pocas veces y nunca.

El puntaje obtenido por cada adolescente será adicionado y comparado con la siguiente escala:

Riesgo de trastorno = Mayor o igual a 20

No riesgo de trastorno = Menor de 20

Ficha Clínica:

Este instrumento permitió registrar los datos sobre las características clínicas de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno (Anexo 1).

3.5. Procedimientos de recolección de datos

- ▮ Los adolescentes fueron abordados en el centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Altiplano
- ▮ Antes de aplicar el test se brindará información breve, concisa sobre la forma de responder el instrumento.
- ▮ Los adolescentes captados con trastorno de conducta alimentaria a través del test fueron evaluadas clínicamente para identificar las características clínicas.

- Finalmente la información obtenida fue sistematizará en el programa Excel para luego ser procesada.

3.6. Procesamiento y análisis de los datos

3.6.1. Plan de tabulación

- Se elaboraron de cuadros de información porcentual de los datos estadísticos
- Luego se interpretaron las tablas y figuras.

3.6.2. Plan de graficación

- Según el tipo de la variable se utilizó barras para mostrar los resultados.

3.6.3. Plan de análisis de datos:

- Organización y consistencia de información obtenida.
- Plasmación de la información en una base de datos.
- Se construyó una matriz de datos, en el programa Excel.
- Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva (porcentaje).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1

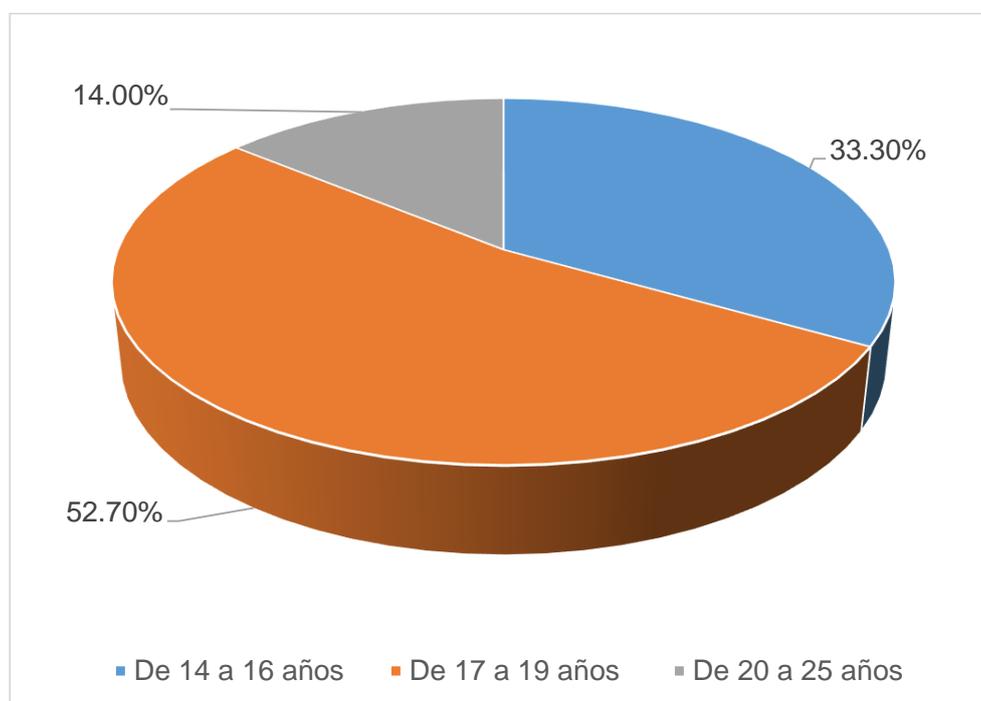
Edad de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018

GRUPO DE EDAD	Nº	%
De 14 a 16 años	50	33.3%
De 17 a 19 años	79	52.7%
De 20 a 25 años	21	14.0%
TOTAL	150	100,0%

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 1

Edad de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Fuente: Tabla 1

La tabla y gráfico 4 muestra resultados de la edad de los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, donde se observa que el 52.7% se encuentra entre la edad de 17 a 19 años de edad, y el 133.3% entre los 14 a 16 años y el 14.0% entre 20 a 25 años.

Los resultados obtenidos evidencian que el grupo con mayor afectación en la conducta alimentaria son los adolescentes en edad intermedia y con un crecimiento a temprana edad, porque un poco más de la tercera parte se encuentra en este grupo, siendo por ello en menor proporción de estudiantes entre 20 a 25 años.

TABLA 2

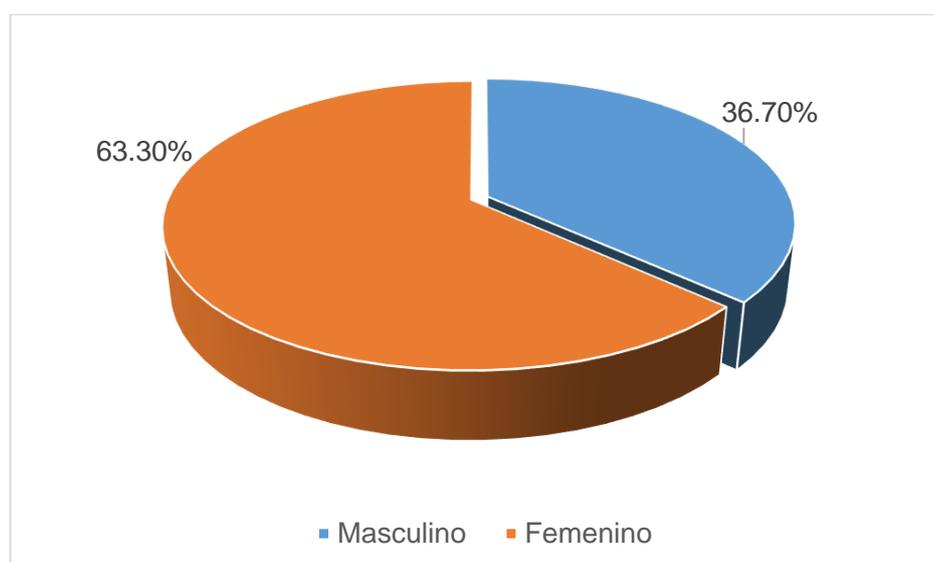
Sexo de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018

SEXO	Nº	%
Masculino	55	36.7%
Femenino	95	63.3%
TOTAL	150	100,0%

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 2

Sexo de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Los resultados de la tabla 2 muestran que el 63.3% de los adolescentes en estudio son de sexo femenino, el 33.3% de sexo masculino.

Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de adolescentes afectados con trastorno de conducta alimentaria son de sexo femenino, esto confirma que la población femenina presenta mayor riesgo de enfermarse con esta patología mental.

TABLA 3

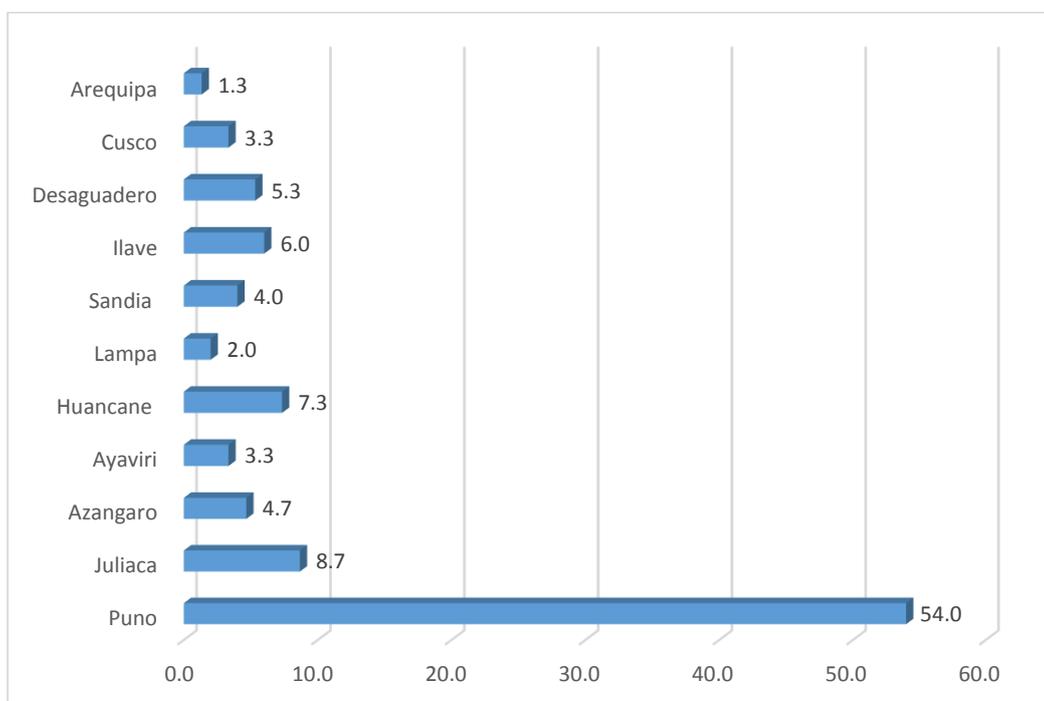
Procedencia de los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018

PROCEDENCIA	N°	%
Puno	81	54.0
Juliaca	13	8.7
Azángaro	7	4.7
Ayaviri	5	3.3
Huancané	11	7.3
Lampa	3	2.0
Sandia	6	4.0
Ilave	9	6.0
Desaguadero	8	5.3
Cusco	5	3.3
Arequipa	2	1.3
TOTAL	150	100.0

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 3

Procedencia de los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Fuente: Tabla 3

Los resultados de la tabla y figura 3 muestra la procedencia de los estudiantes en estudio, donde se observa que, el 54% de los estudiantes proceden de la provincia de Puno, el 8.7% de la provincia de Juliaca, 7.3% de Huancané y el 6.3% de Ilave; de las demás provincias se presenta en mínimo porcentaje.

Los resultados demuestran que, la mayoría de los estudiantes en el Centro Pre Universitario de la UNA Puno, proceden de la provincia de Puno, esto indica que los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria se encuentran en Puno, siendo menor en las demás provincias.

TABLA 4

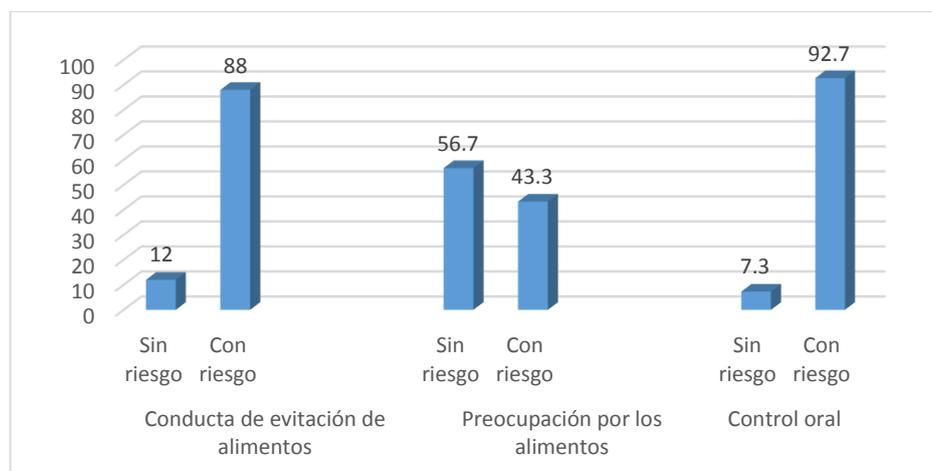
Trastornos de conducta alimentaria: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral, en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA		Nº	%
CONDUCTA DE EVITACIÓN DE ALIMENTOS	Sin riesgo	18	12,0
	Con riesgo	132	88,0
	Total	150	100,0
PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN	Sin riesgo	85	56,7
	Con riesgo	65	43,3
	Total	150	100,0
CONTROL ORAL	Sin riesgo	11	7,3
	Con riesgo	139	92,7
	Total	150	100,0

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 4

Trastornos de conducta alimentaria: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral, en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Fuente: Tabla 4

En la tabla y gráfico 4 se describen los trastornos de conducta alimentaria, donde se evidencia que el 88.0% de los estudiantes presentan riesgo en la conducta de evitación hacia los alimentos; el 92.7% presenta también riesgo en el control oral, sin embargo, el 56.7% no presenta riesgo en la preocupación por los alimentos.

Con los resultados obtenidos se puede inferir que la conducta de evitación alimentaria presenta un alto riesgo para los estudiantes, porque conlleva a frecuentes hábitos alimentarios inusitados como tener en cuenta el número de calorías que contiene cada alimento, separar obsesivamente la grasa, azúcares, carbohidratos y comer solo alimentos bajos en calorías, entre otros¹³; de ahí que el riesgo de control oral se presenta en una gran mayoría de los estudiantes. Ibáñez¹⁵ al respecto señala que este factor induce a las adolescentes a seguir dietas estrictas privándose totalmente de alimentos o reducen la cantidad de alimento que se necesita diariamente controlando su ingesta diaria, a veces ocupa mucho tiempo en ingerir sus alimentos, esto causa la preocupación de las personas que lo rodean en el cual el adolescente tiene la sensación de que el adolescente se siente exageradamente presionado, además percibe de que los demás quieren que coma más esto provoca conflictos familiares ya que siente que van contra su voluntad.

Los resultados encontrados sobre la preocupación de los alimentos es otro factor que induce a los estudiantes a darse atracones de comida, vómitos después de comer, se sienten dependientes totales de la comida, y la constante preocupación por los alimentos. Estos episodios frecuentes de voracidad son seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos¹⁵. Estos episodios dan a que los estudiantes se encuentran preocupados por el alimento, generando gran dilema que alimento de comer o no y cuando los consumen existe una gran culpabilidad después de haber ingerido grandes cantidades sobre todo de alimentos ricos en calorías, azúcares, grasa, etc

TABLA 5

Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: Hábitos alimenticios en

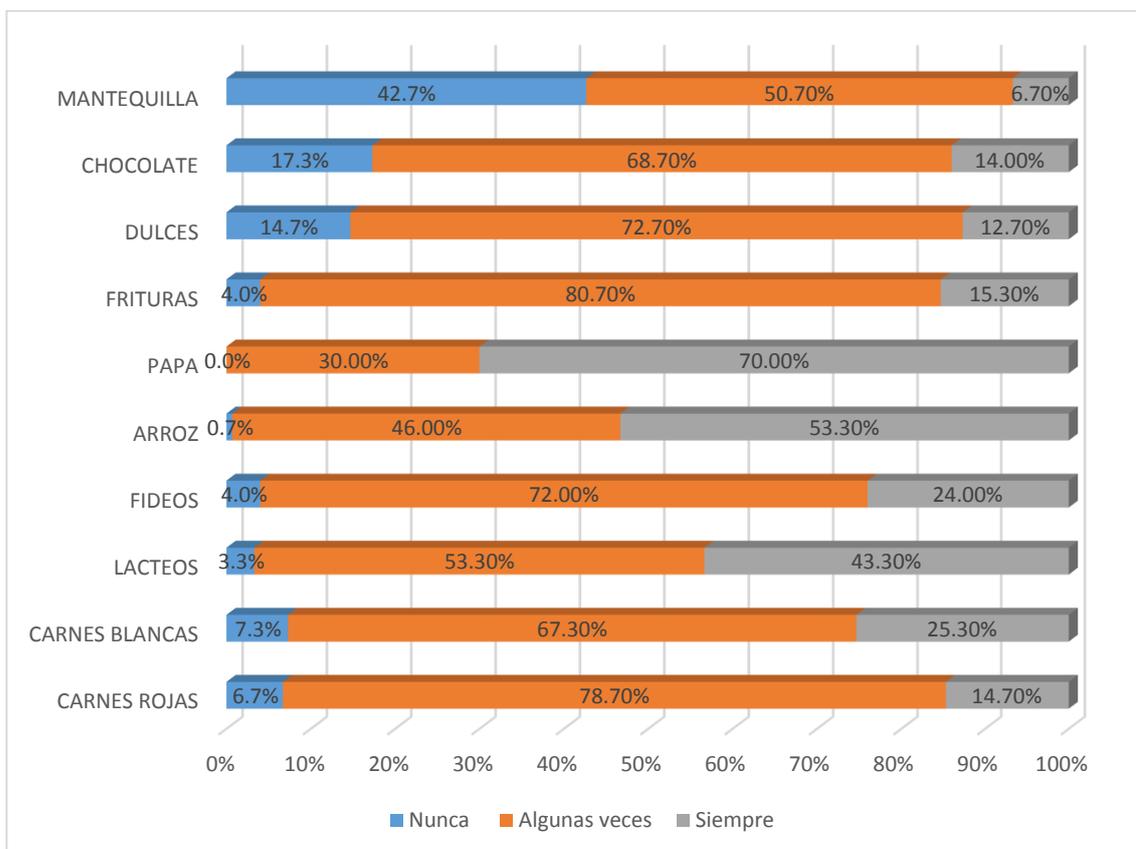
adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano
Puno 2018

HÁBITOS	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CARNES ROJAS	10	6,7%	118	78,7%	22	14,7%	150	100,0%
CARNES BLANCAS	11	7,3%	101	67,3%	38	25,3%	150	100,0%
LACTEOS	5	3,3%	80	53,3%	65	43,3%	150	100,0%
FIDEOS	6	4,0%	108	72,0%	36	24,0%	150	100,0%
ARROZ	1	0,7%	69	46,0%	80	53,3%	150	100,0%
PAPA	0	0,0%	45	30,0%	105	70,0%	150	100,0%
FRITURAS	6	4,0%	121	80,7%	23	15,3%	150	100,0%
DULCES	22	14,7%	109	72,7%	19	12,7%	150	100,0%
CHOCOLATE	26	17,3%	103	68,7%	21	14,0%	150	100,0%
MANTEQUILLA	64	42,7%	76	50,7%	10	6,7%	150	100,0%

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 5

Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: Hábitos alimenticios en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Fuente: Tabla 5

Los resultados de la tabla y gráfico 5 muestran que el 78.7% de los estudiantes consumen algunas veces carnes rojas, 67.3% carnes blancas, 53.3% lácteos,

80.7% frituras, 72.7% dulces, 68.7% chocolates y 50.7% mantequilla; sin embargo el consumo es siempre arroz en el 53.3% y el 70% papa.

Los resultados demuestran que el consumo de la mayoría de alimentos es esporádico, sin embargo, el arroz y la papa tiene un consumo siempre. El consumo de carbohidratos deben de representar entre el 55% y el 60% del aporte calórico total, preferentemente en forma de hidratos de carbono complejos que constituyen, también, una importante fuente de fibra. Los hidratos de carbono simples no deben de constituir más del 10-12 % de la ingesta⁵⁰. Cabe resaltar que muchas familias y en especial de las adolescentes con TCA tienen hábitos alimentarios similares a los de la población en general, por lo general las dietas son hiperproteicas, hiperlipídicas e hipercalóricas, esto da lugar que los miembros de la familia están aumentados de peso⁵¹

TABLA 6

Lugar de consumo de alimentos por adolescentes con trastorno de conducta

alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano
Puno 2018

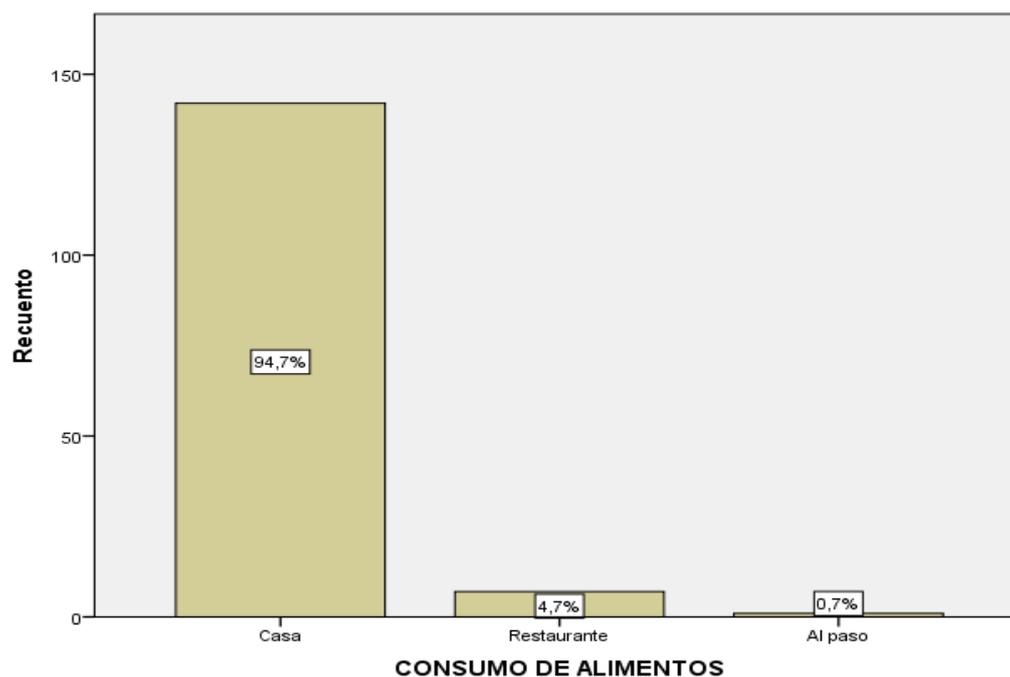
CONSUMO DE		
ALIMENTOS	Nº	%
Casa	142	94,7%
Restaurante	7	4,7%
Al paso	1	0,7%
TOTAL	150	100,0%

Fuente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-26

FIGURA 6

Lugar de consumo de alimentos por adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano

Puno 2018



Fuente: Tabla 6

En la tabla y figura 6 los resultados evidencian que el 94.7% consumen alimentos en casa, un 4.7% en restaurantes y solo el 0.7% al paso.

Los resultados dan cuenta que la mayoría de los estudiantes consumen sus alimentos con la familia; este factor podría considerarse protector para evitar un trastorno de conducta alimentaria; sin embargo es importante mencionar que muchas veces los estudiantes que se encuentran en edad de la adolescencia, no consumen los alimentos que la familia los prepara. Osorio y del Pilar³² al respecto mencionan que, la alimentación constituye una práctica fundamental en el mantenimiento de la vida y en el desarrollo de las actividades diarias de los seres humanos, unida a todos los procesos vitales, condicionando su salud y su calidad de vida; entonces el consumo de alimentos en el hogar como lo menciona la mayoría de los estudiantes debería ayudar a mantener la buena salud, pero como se muestra en los resultados las estudiantes presentan trastornos de conducta alimentaria.

TABLA 7

Índice de masa corporal de adolescentes con trastorno de conducta

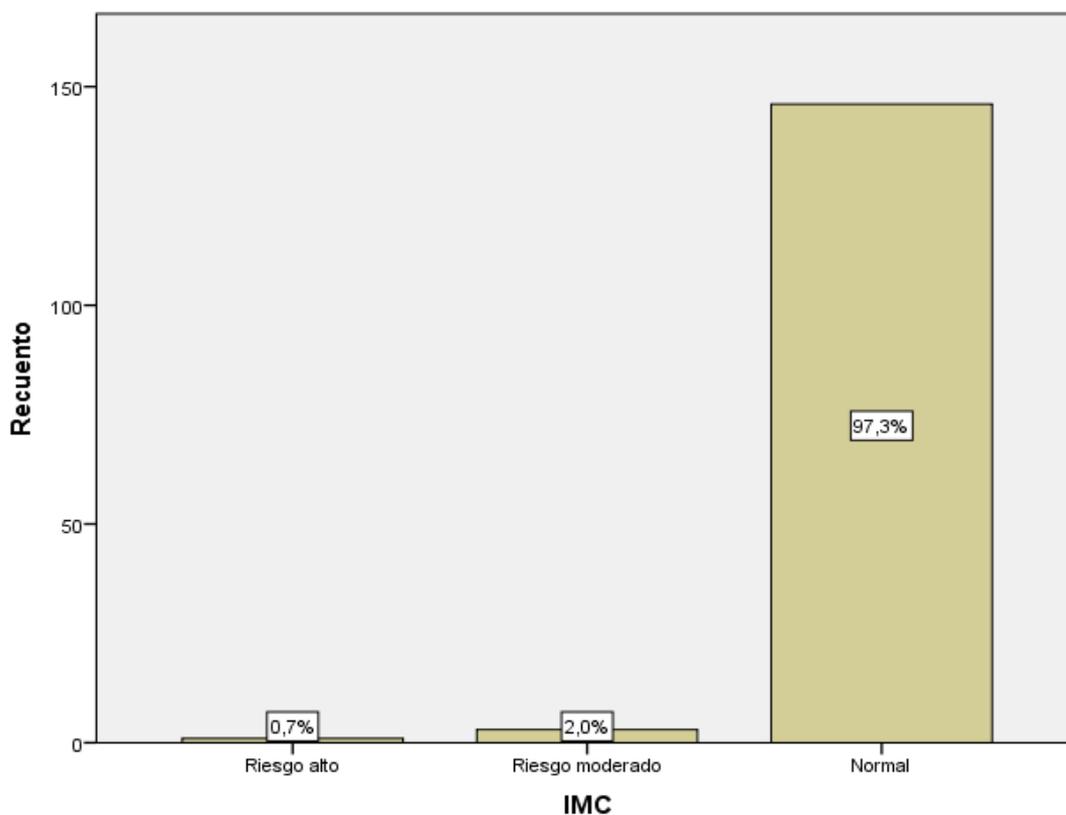
alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano
Puno 2018

IMC	Nº	%
Riesgo moderado (<18.5)	22	14.7%
Normal (18.5 a 24.9)	128	85.3%
TOTAL	150	100,0%

Fuente: Ficha Clínica

Figura 7

Índice de masa corporal de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano
Puno 2018



Fuente: Tabla 7

Los resultados que se observa en la tabla y gráfico 7, se evidencia que el 85.3% de los estudiantes se encuentran con estado nutricional normal según el indicador IMC, mientras que el 17.7% presenta riesgo moderado.

El IMC, indicador del estado nutricio que es utilizado con mayor frecuencia por su facilidad de estimación, es uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA, y de manera específica con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), ya que se han encontrado importantes asociaciones como lo señala Mataix.

Samano, Zelano y Rojano⁴⁰ a través de su investigación concluyó que la percepción corporal y su insatisfacción se relacionan con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), pudiendo desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TAC) frecuentemente identificados en los adolescentes, por ello concluyó que existe una asociación entre el IMC y las CAR. La afirmación citada tiene coherencia con el estudio porque las adolescentes en estudio cerca de la tercera parte vienen siendo afectadas en su estado nutricional, pues un riesgo constituye un peligro para la salud del personal.

TABLA 8

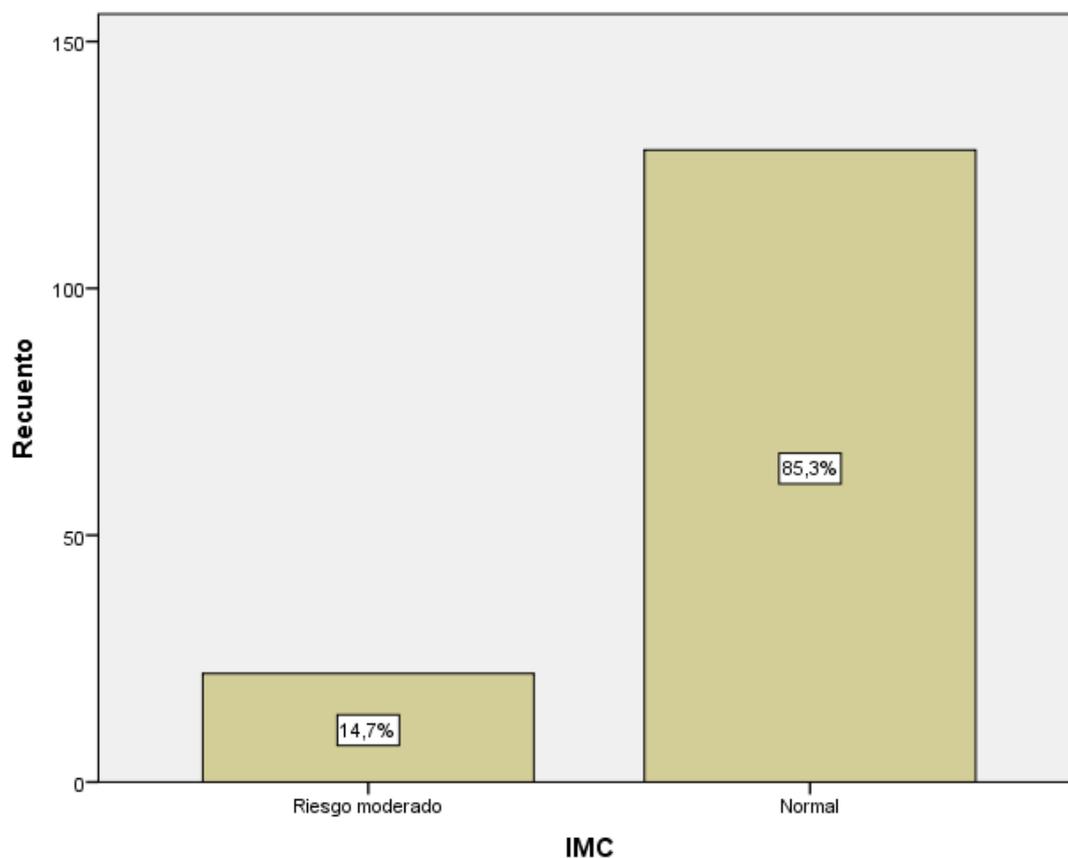
Presión Arterial de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018

Presión arterial	Nº	%
Riesgo moderado (<90/60 mmHg))	22	14,7
Normal (>90/60 mmHg)	128	85,3
TOTAL	150	100,0

Fuente: Ficha Clínica

FIGURA 8

Presión Arterial de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018



Fuente: Tabla 8

Al describir los resultados de la presión arterial de las adolescentes con trastorno de conducta alimentaria, en la tabla y figura 8 encontramos que, el 85.3% de las adolescentes presentan PA normal, pero un 14.7% riesgo moderado.

Los estudiantes que muestran riesgo moderado en relación a la presión arterial significa que este grupo presenta problemas a nivel cardiovascular periférica inducida por la malnutrición que padece los adolescentes con trastornos de conducta alimentaria, donde la presión sistólica se afecta por la disminución volemia y la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias y la presión diastólica por la disminución fundamentalmente de la resistencia vascular periférica⁵². El Instituto Nacional de Salud Mental³⁶ ha señalado que las adolescentes con trastornos de conducta alimentaria presentan Hipotensión o presión arterial baja, a causa de la temperatura corporal disminuida, malnutrición y deshidratación e Hipotensión ortostática, en la que incluyen otros síntomas como, mareos, visión borrosa, desmayo, taquicardia y dolores de cabeza³⁵

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Del total de 150 estudiantes Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno, en su mayoría presentan conductas de riesgo como: Conductas de evitación de alimentos, preocupación por los alimentos y control oral

SEGUNDA:

La mayor parte de los estudiantes con trastornos de la conducta alimentaria: presentan hábitos alimenticios inadecuados, porque el consumo de alimentos tiene un alto contenido calórico.

TERCERA:

Dentro de las características clínicas del trastorno de la conducta alimentaria, menos de la quinta parte de la población presenta riesgo nutricional (Delgadez) y riesgo cardiovascular (hipotensión)

RECOMENDACIONES

1. Al Director del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, se sugiere, coordinar con los establecimientos de salud de su ámbito, para que conjuntamente elaboren estrategias de intervención orientadas a formar estilos de vida saludables, dirigidos a los adolescentes, principalmente en prevención de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
2. Realizar evaluaciones periódicas a los adolescentes que ingresan a la institución en coordinación con el sector salud aplicando test que ayuden a identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
3. A los Bachilleres de Medicina Humana y profesiones afines, realizar estudios de investigación relacionados al tema, partiendo del presente trabajo, aplicando intervenciones educativas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria en población similar con lo cual pueden contribuirse en la disminución del riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria

REFERENCIAS

1. Bay L, Rausch C. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch. Argentina. Pediatría. v.103 n.4 Buenos Aires jul./ago. 2005
2. Benett J: Trastornos actitudes y conductas alimentarias en chicas adolescentes: un estudio basado en colegios. Medicina del Adolescente 2001: pp. 115-123.
3. Gómez C. La adolescencia y los trastornos alimenticios. Chile. 2005. [Online] [Acceso 9 de marzo 2012] Disponible en:
<http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=100768>
4. Herrera G. Validez y confiabilidad del inventario sobre trastornos alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana. [Tesis Psicología] Universidad Católica del Perú. Lima 2008.
5. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (Minsa). Trastornos Alimenticios en Adolescentes del Perú. 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Agència d’Avaluació de Tecnologia. 2009. ISBN: 978-84-393-8010-8
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Agència d’Avaluació de Tecnologia. 2009. ISBN: 978-84-393-8010-8
8. Hernández A, León R. Dieta restringida o ejercicio excesivo. ¿Qué eligen las adolescentes para reducir talla? Rev Mex Trastor Aliment. 2012; 3:133–40.
9. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, Ansiedad social y su Prevalencia en Trastornos de la conducta Alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2007; 45(3):211–20.

10. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, Ansiedad social y su Prevalencia en Trastornos de la conducta Alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2007; 45(3):211–20.
11. Previniendo los trastornos mentales: trastornos alimenticios. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004.p. 45-47
12. Mansilla Pozuelo MD. La adolescencia, periodo de búsqueda de la identidad. En: Plumed Moreno C. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 347-377.
13. Pascalini D., Llorens A. (2010). “salud y bienestar del adolescente y joven:una mirada integral OPS/OMS”. Universidad de Buenos Aires. Argentina.p.112
14. Pinto J, Carbajal A. “La dieta equilibrada, prudente o saludable. Nutrición y Salud”. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid, 2006.
15. Ibañez F. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno – 2013. Tesis grado. Universidad Nacional del Altiplano Puno 2014.
16. Cooper, M.; Rose, K.S. & Turner, H. Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girls. International Journal of Eating Disorders, 38(1), 60-64. 2005
17. Cooper, M.; Rose, K.S. & Turner, H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. Eating Behaviors, 7(1), 27-35. 2006
18. Leung, N. & Price, E. Core beliefs in dieters and eating disordered women. Eating Behaviors, 8(1), 65-72. 2007
19. Gongota V, Grinhauz G, Suárez N. trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. Facultad De

- Psicología - Uba / Secretaría De Investigaciones / Anuario De Investigaciones / Volumen XVI. 2009
20. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] 2011. [Consultado 20 de marzo 2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
 21. Hidalgo MI, Güemes M. Trastornos del comportamiento. Anorexia y bulimia. *Pediatr Integral* 2008; 12: 959-72.
 22. Gil A. Tratado de Nutrición. Tomo IV. Nutrición Clínica. Capítulo 19 pp 448-51. Editorial Medica Panamericana. 2010
 23. Yanover T. Eating problems, body image disturbances, and academic achievement: preliminary evaluation of the eating and body image disturbances academic interference scale. 2008. *Int J Eat Disord* 41: 184–187. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/34267/1/T36673.pdf>
 24. Ascencio RM, Rodríguez AS, Murillo GS. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2001. San José Costa Rica: Ministerio de Salud; 2003. pp. 230-250.
 25. Sauri MC. Publicidad televisiva, hábitos alimenticios salud en adolescentes de la ciudad de Mérida, Yucatán, México. [Tesis de Maestría en Ciencias con especialidad en Ecología Humana]. Mérida, Yucatán: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN. Departamento de Ecología Humana; 2003.
 26. Gracia B, De Plata C, Pradilla A, Leiva J. Estudio sobre factores de riesgo de mayor prevalencia en el departamento del Valle del Cauca que sirva para desarrollo de estrategias de prevención. *Col Med* 2003; 34 (1): 46-54.
 27. Gracia B, De Plata C, Pradilla A, Leiva J. Estudio sobre factores de riesgo de mayor prevalencia en el departamento del Valle del Cauca que sirva para desarrollo de estrategias de prevención. *Col Med* 2003; 34 (1): 46-54.
 28. Ford ES, Mokhad AH, Ajani U. Trends in risk factors for cardiovascular disease among children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 2004; 114 (5): 11

29. Kranz S, Siega-Riz AM, Herring A. Changes in diet quality of American preschoolers between 1977 and 1998. *American Public Health Association* 2004; 94 (9): 1525-1530.
30. Da Veiga G, Da Cunha A, Sichieri R. Trends in overweight among adolescents living in the poorest and richest regions of Brazil. In: *American public health association* 2004; 94 (9): 1544-1548
31. VERA e, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 6(1) 2013
32. Osorio O, Del Pilar M. La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias
33. Unikel C, Saucedo-Molina TJ, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 2002; 25(2):49-57.
34. Manual de Semiología. Presión Arterial. Edición 2007.
35. Del Canto C. Anorexia y Bulimia Nerviosa, Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2003.
36. Instituto Nacional de Salud Mental. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. [Internet] Nicaragua 2016 [Consultado 20 de marzo 2018] Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901_152220.pdf
37. Álvarez M, Bautista I, Serra LL. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canari. España 2015. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2283-2288
38. Bojórquez I, Saucedo T, Jurez F, Unikel CL. Ambiente social e hábitos alimentares de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad. Saúde Pública* vol.29 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2013
39. Góngora D, Aldana G, Hernández S. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. Argentina año

2012. Facultad de Psicología - UBA / secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XVI
40. Samano R, Zelonka R, Martinez H. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. ALAN vol.62 no.2 Caracas jun. 2012.
41. Mirada L. Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016. Tesis Grado. Universidad Nacional San Marcos. Lima Perú 2016.
42. Chonlón K, Grosso A, Paredes G, Reyes B, Siadén D, Vásquez N, et al. Frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque, durante el año 2012. Rev. Cuerpo méd. HNAAA 6(2) 2013
43. Suclla J, Estefanero J, Connie S, Velarde E, Vera D, Murillo D, Caceres A, et al. Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas. Abril-Julio, Nutr. clín. diet. hosp. 2015; 35(3):17-26
44. Quispe S. Factores psicosociales y conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2014. Tesis grado. Revista Médica Basadrina 2015; 9(2): 6 – 11
45. Ibáñez F. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno – 2013. TESIS Grado. Facultad de Enfermería. UNA Puno. 2016.
46. Organización Mundial de la Salud. Anorexia. Guía de Diagnóstico y manejo. Parte II. 2016.
47. Palmer R (diciembre de 2004). «Bulimia nervosa: 25 years on». The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science 185 (6): 447-8.

48. Sierra M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia. Perspectivas en Psicología*, vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 79-87
49. Sarría A, Bueno M, Rodríguez G. Exploración del estado nutricional. En: Bueno M, Sarría A, Pérez-González JM, eds. *Nutrición en Pediatría*. 2ª ed. Madrid: Ergón, 2003: 11-26.
50. Madruga D, Pedrón C. Alimentación del adolescente, Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1-alimentacion_adolescente.pdf
51. Ruiz-Prieto I, Bolaños-Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Diet choice in weight-restored patients with eating disorders; progressive autonomy process by nutritional education. *Nutr Hosp.* 2013;28:1725-1731.
52. Manual de Semiología. Presión Arterial. Edición 2007.

ANEXOS

ANEXO A

FICHA CLÍNICA

Datos generales

Escuela Profesional _____
 Edad _____ Sexo M () F ()
 Lugar de procedencia _____

PA _____

IMC PESO _____ TALLA _____

PÉRDIDA DE PESO SEMANAL _____

Información sobre conducta alimentaria

1. ¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos proteicos?

Carnes rojas	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Carnes blancas	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Productos lácteos	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()

2. ¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos que contienen carbohidratos?

Fideo	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Arroz	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Papa	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()

3. ¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos que contienen alta caloría?

Frituras	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Dulces/	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Chocolates	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()
Mantequilla	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()

4. ¿Cómo considera su nivel socioeconómico?

Alto	()
Medio	()
Bajo	()

5. ¿Cuál es el lugar de preferencia donde consume sus alimentos?

En casa	()
Restaurant	()
Al paso	()

ANEXO B

ENCUESTA DE RIESGOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, marca tu respuesta con una (X), en uno de los casilleros. Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas. El presente cuestionario es de carácter anónimo.

N°	AFIRMACIONES	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Me da miedo pesar demasiado				
2	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos				
3	Evito, especialmente, comer alimentos con alto contenido de carbohidratos (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)				
4	Me siento muy culpable después haber comido				
5	Me preocupa el deseo de tener un cuerpo más delgado				
6	Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías.				
7	Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo				
8	Procuro no comer alimentos que contienen azúcar				
9	Como alimentos dietéticos (diet o light)				
10	Me siento culpable después de comer dulces				
11	Me comprometo a hacer dieta (régimen)				
12	Me gusta sentir el estómago vacío				
13	Disfruto probando comidas nuevas y apetitosas				
14	La comida para mi es una preocupación constante				
15	He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer				
16	omito después de haber comido				
17	Siento que los alimentos controlan mi vida				
18	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida				
19	Tengo ganas de vomitar después de comer				
20	Procuro no comer, aunque tenga hambre				
21	Cuando como corto mis alimentos en trozos pequeños				
22	Noto que los demás preferirían que yo comiera mas				



23	Los demás piensan que estoy demasiado delgada				
24	Tardo en comer más que las otras personas				
25	Me controlo en las comidas				
26	Noto que los demás me presionan para que coma más				

ANEXO C

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIBLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPO DE ESCALA
Trastornos de conducta alimentaria	Riesgo de trastorno alimentario	Conductas de evitación de alimentos	Sin riesgo <10 Con riesgo ≥ 10	Ordinal
		Preocupación por la alimentos	Sin riesgo <5 Con riesgo ≥ 5	Ordinal
		Control oral	Sin riesgo <5 Con riesgo ≥ 5	Ordinal
	Características clínicas	<p>Nutrición</p> <p>IMC</p> <p>Riesgo Moderado (<15) Riesgo alto (<13.5)</p> <p>Circulatorio</p> <p>Presión sistólica</p> <p>Riesgo moderado (< 90 mmHg)</p> <p>Riesgo alto (<80 mmHg)</p> <p>Presión Diastólica</p> <p>Riesgo moderado (< 60 mmHg) Riesgo alto (<50 mmHg)</p> <p>Consumo de alimentos Proteicos</p> <p>Carnes rojas Carnes blancas Productos lácteos</p> <p>Consumo de alimentos Carbohidratos</p> <p>Fideo Arroz Papa</p> <p>Consumo de alimentos Con grasa</p> <p>Frituras Dulces/ chocolates Mantequilla</p> <p>Lugar de consumo de alimentos</p> <p>En casa Restaurant Al paso</p>		

