



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA. A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO. CLAVE: 8723

TESIS

“PREVALENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES DE
UNA SECUNDARIA PÚBLICA Y UNA PRIVADA EN LA REGIÓN DE
ZAMORA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BARRAGÁN DÍAZ ALMA JOVITA. NO. DE CUENTA: 412544873

CASTELLANOS MARTÍN MARIA ISABEL. NO. DE CUENTA: 412505610

OROZCO AMELIA VICTORIA. NO. DE CUENTA: 412505809

ASESOR:

L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN, AGOSTO. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA. A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO. CLAVE: 8723

TESIS

“PREVALENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES DE
UNA SECUNDARIA PÚBLICA Y UNA PRIVADA EN LA REGIÓN DE
ZAMORA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BARRAGÁN DÍAZ ALMA JOVITA. NO. DE CUENTA: 412544873

CASTELLANOS MARTÍN MARIA ISABEL. NO. DE CUENTA: 412505610

OROZCO AMELIA VICTORIA. NO. DE CUENTA: 412505809

ASESOR:

L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN, AGOSTO. 2016

AGRADECIMIENTOS

A Jesucristo, nuestro Señor y Dios, por enseñarnos el camino correcto de la vida, guiándonos y fortaleciéndonos cada día con su santo espíritu.

A nuestros padres por su interés y confianza que siempre depositaron en nosotras. Sin ellos no habría sido posible el cumplir esta gran meta que fue terminar nuestro trabajo de investigación.

A la Escuela de Enfermería de Zamora, por habernos abierto las puertas a este inmenso mundo del conocimiento y experiencias vividas que serán inolvidables; así como nuestro reconocimiento por la labor que realizan en la formación de enfermeras (os) de calidad que son el futuro de nuestro país.

Con admiración y respeto a nuestros profesores, por los consejos y apoyo que nos brindaron incondicionalmente en la elaboración de este trabajo de investigación; especialmente a nuestro profesor de tesis: MED. Especialista Juan Manuel Aguíñiga Ramírez, quien nos apoyó durante mucho tiempo dedicándonos tiempo y atención para nuestro trabajo.

De manera muy especial, agradecemos también al personal administrativo de la escuela y de forma más particular a la directora L.E.O. Ignacia Escalera Mora quien día con día mantiene la escuela en total organización y disciplina lo cual fue factible para la realización de nuestro trabajo al otorgar tiempo y espacio en la biblioteca para poder buscar información apropiada.

DEDICATORIAS

DEDICATORIAS

ALMA JOVITA BARRAGAN DIAZ

La presente tesis en primer lugar se la dedico a Dios, porque sin Él nada de esto hubiera sido posible.

La dedico también a mis padres José Alberto y Esther quienes me dieron vida, educación, consejos y siempre han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente para poder llegar al lugar en el que me encuentro ahora, ellos han sido mi mayor motivación para no rendirme.

Gracias a todos aquellos que me apoyaron moral y económicamente, a mis hermanos Beto, Alejandra y Daniel por estar a mi lado, son parte fundamental en mi vida.

A mis tíos, en especial a mi tío Juan quien también ha formado parte importante en mi carrera y me impulsó a la culminación de mis estudios siempre.

A todos ellos dedico esta tesis. A ellos que siempre creyeron en mí. Gracias a todos ustedes mi sueño se ha hecho realidad.

MARÍA ISABEL CASTELLANOS MARTÍN

La presente Tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, que gracias a que me han dado la vida, pude realizar y culminar mis sueños de ser una enfermera, y aunque por

varias situaciones este camino fue difícil; pero gracias a ellos por su confianza y apoyo incondicional.

A mis siete hermanos, por las experiencias vividas, tristes, alegres e inolvidables, porque en realidad ellos también fueron mi motivación a estudiar la carrera que soñaba, a no quedarme en el camino y a luchar por todo lo que yo buscaba, ellos ocupan un lugar en mi corazón muy especial y sé que algún día todos ellos cumplirán igual que yo todo lo que se proponen.

A mi querido tío, el Padre José Ángel Castellanos Hernández por ayudarme económicamente con la carrera, desde el inicio hasta el final, y aunque está en otro continente (China) siempre procuró mantenerse en contacto conmigo.

AMELIA VICTORIA OROZCO

En primer lugar quiero dedicar esta tesis a Dios, ya que gracias a él he podido lograr mis objetivos, el cual principalmente ha sido concluir con mi carrera. A mis padres, en especial a mi madre, que gracias a su apoyo incondicional y confianza, he logrado culminar mis estudios, y aunque el camino a recorrer ha sido difícil, quiero agradecerles por todo lo que han hecho por mí y que sin su apoyo no hubiera podido lograrlo. También a mi tía por su apoyo incondicional, que siempre estuvo ahí para ayudarme en lo que más necesitaba.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
RESUMEN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
MARCO TEÓRICO.....	15
○ Antecedentes históricos.....	17
○ Características de las personas con anorexia nerviosa	22
○ Características de las personas con bulimia... nerviosa	23
○ Consecuencias de la anorexia y bulimia.....	24
○ Orígenes psiquiátricos.....	27
○ Estudios relacionados.....	30
OBJETIVOS.....	36
HIPÓTESIS.....	36
JUSTIFICACIÓN.....	38
METODOLOGÍA.....	39
TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO.....	43
MUESTRA.....	43

CRITERIOS.....	44
VARIABLES.....	45
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46
RESULTADOS.....	47
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIÓN.....	53
SUGERENCIAS.....	54
ANEXOS.....	55
GLOSARIO.....	82
ABREVIATURAS.....	84
BIBLIOGRAFÍAS.....	85

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA	TÍTULO	NO.PÁGINA
1	Edad de estudiantes de secundaria de tercer año de estudio de bulimia, anorexia y trastornos de alimentación en escuela pública y privada.	47
2	Género de estudiantes de secundaria de tercer año de estudio de bulimia, anorexia y trastornos de alimentación en escuela pública y privada.	48
3	Frecuencia y porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia en estudiantes de tercer año en secundaria pública.	48
4	Frecuencia y porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia en estudiantes de tercer año en secundaria privada.	49

INTRODUCCIÓN

Se han recopilado multitud de posibles casos de TCA en el pasado. Así Bell (1985) mencionaba hasta 261 casos de mujeres religiosas italianas desde el siglo XIII, y Parry-Jones (1994) cuentan hasta 360 casos de ayuno voluntario entre 1500 y 1939. Muchos de estos se refieren a personas famosas por su vinculación religiosa o política, o por la singularidad del caso que llegó a ser descrito.

En los antecedentes históricos se menciona un estudio realizado en el siglo XIV, tal y como se ha especulado en la literatura científica sobre la historia de trastornos de comportamiento alimentario se analiza la biografía de Santa Catalina de Siena y valorar si pudiera ser un caso de anorexia nerviosa.

Por todo lo mencionado anteriormente, se decide realizar el presente trabajo de investigación, abordando un problema de gran actualidad para la sociedad en general especificando el grado de prevalencia de anorexia y bulimia en adolescentes de secundaria pública y privada en la región de Zamora, con el objetivo de identificar en los adolescentes la prevalencia de estos trastornos así como factores y conductas de riesgo que predisponen a presentarlos. Basándonos en las siguientes preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de anorexia y bulimia en los adolescentes de una secundaria pública en relación a escuela privada en la región de Zamora? ¿Influye de manera importante la condición económica para la prevalencia de estos trastornos? ¿El sexo femenino es más vulnerable a presentar con mayor frecuencia los trastornos alimenticios?

Para la medición de nuestras variables se utilizará tres instrumentos los cuales cuentan con propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana: El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para Bulimia, el EAT-40 con 40 reactivos para evaluar anorexia y el EAT-26 con 26 reactivos para evaluar los síntomas de riesgo de trastorno alimenticio en los adolescentes. Validados y adaptados en México por Álvarez Mancilla y Vázquez (2002). Con un enfoque de estudio descriptivo y transversal.

RESUMEN

“PREVALENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES DE UNA SECUNDARIA PÚBLICA Y UNA PRIVADA EN LA REGIÓN DE ZAMORA”

Barragán DA. Castellanos MM. Orozco AV. Aguíñiga RJ.

Las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por adoptar conductas de alimentación anómalas como respuesta, en general, a su insatisfacción con su imagen corporal. Es frecuente que tengan pensamientos distorsionados en torno al peso y la salud. Las personas afectadas por estos trastornos sufren consecuencias nutricionales, físicas, psicológicas y sociales. Además, si no se tratan, pueden poner en riesgo su vida.

Estos problemas alimentarios pueden afectar a todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica o cultural. Son más comunes en el sexo femenino (90- 95%), pero últimamente empiezan a darse casos entre los hombres. Pueden afectar a cualquier edad, pero es en la adolescencia cuando aparecen con mayor frecuencia, debido al momento vital de cambio y búsqueda de la propia identidad. En los últimos años la edad en la que empiezan los trastornos de la conducta alimentaria es cada vez menor. Se trata de un proceso que puede iniciarse muy sutilmente y pasar desapercibido en un primer momento.

OBJETIVO

Identificar la prevalencia de trastornos alimentarios; en los adolescentes de una secundaria pública y una privada en la región de Zamora.

MATERIAL Y METODOS.

Lugar: En la escuela Secundaria Federal No. 1 Prof. José Palomares Quiróz y la escuela Secundaria Privada Colegio Salesiano Colón A.C. ambas en turno matutino.

Diseño: transversal

Población: estudiantes de tercer año de secundaria pública y privada con edad de 13 a 15 años.

Método: Para la medición de nuestras variables se utilizará tres instrumentos los cuales cuentan con propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana: El BULIT-R contiene 36 reactivos para Bulimia, el EAT-40 con 40 reactivos y el EAT-26 con 26 reactivos para evaluar los síntomas de riesgo de trastorno alimenticio. Con un enfoque de estudio descriptivo y transversal.

RESULTADOS

Gracias al estudio realizado, los resultados obtenidos nos revelan que la edad es predominante en los adolescentes en ambas escuelas fue de 14 años con un porcentaje de 84.6%, y encontrando mayor prevalencia en el género femenino en ambas escuelas con un porcentaje de 52.4 % y en cuanto a la frecuencia y porcentaje en la escuela pública se encontró que el 28.2 % padece algún trastorno de la conducta alimentaria 27.5% presentó signos de bulimia y 25.8% con anorexia, mientras que en la escuela privada obtuvimos 23.3% con bulimia 16.8% con algún trastorno de la conducta y el 14.2% con anorexia.

Palabras clave: Anorexia, bulimia, trastornos alimenticios, sexo, edad, adolescentes.

ABSTRACT

This study identifies risk factors for anorexia and bulimia nervosa in high school students in the region of Zamora in third grade 13-15 years old. We worked with 279 students of both sexes from private and public schools.

To measure our variables three instruments which have adapted to the Mexican population psychometric properties were used: The BULIT -R contains 36 reagents for

Bulimia, the EAT -40 with 40 reagents and EAT-26 with 26 items to assess risk symptoms eating disorder. With a focus on descriptive cross-sectional study.

Thanks to the study; the results reveal that age predominantly in adolescents at both schools was 14 years with a percentage of 84.6%, and finding higher prevalence in females at both schools with a percentage of 52.4% and the frequency and percentage in public schools was found that 28.2% have some eating behavior disorder 27.5% showed signs of bulimia and anorexia 25.8%; while in the private school we obtained 23.3%; 16.8% bulimia any conduct disorder and 14.2% with anorexia.

Keywords: Anorexia, Bulimia, Eating disorders, Sex, Age and adolescents.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis de los diversos factores, que intervienen en los diferentes problemas alimentarios relacionados con bajo peso es el motivo del presente estudio. Los factores psicológicos se han centrado en la determinación perceptual y actitudinal respecto a la imagen corporal dejando los factores que podrían tener incidencia directa en los problemas alimenticios.

La presente investigación, asume una perspectiva basada en un modelo psicosocial y multidimensional en el estudio de los problemas adolescentes considerando que las conductas desadaptativas son fruto de acumulación de factores de riesgo. La anorexia es un fenómeno distintivo de la adolescencia, desencadenado por los cambios puberales, donde subyacen los cambios maduracionales psicobiológicos.

Mediante el presente trabajo se pretende determinar el valor explicativo de variables psicosociales en la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. Estos trastornos alimenticios influyen en las personas más susceptibles a los sentimientos de baja autoestima.

Ante dichos datos obtenidos nos hemos formulado la siguiente pregunta para la realización de nuestro trabajo de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de anorexia y bulimia en los adolescentes de una secundaria pública en relación a escuela privada en la región de Zamora?

MARCO TEÓRICO

Los trastornos de conducta alimenticia (TCA) González, (2009) son alteraciones en la alimentación relacionado con la calidad y cantidad de los nutrimentos que repercuten en el estado de salud, lo que ocasiona fallas en el crecimiento y desarrollo de las personas. Se consideran trastornos psiquiátricos con consecuencias médicas y nutricionales que pueden poner en riesgo la vida.

Determinar las causas y factores de riesgo de los TCA es complejo debido a su origen multicausal y a la combinación de factores genéticos, psicológicos, socioculturales y familiares. Se sabe que participan factores genéticos porque se ha observado un riesgo de siete a doce veces mayor entre parientes de primer grado que han padecido algún TCA también se ha reportado una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de drogadicción en los familiares y en los pacientes con TCA. Los factores psicológicos se advierten porque se ha observado una combinación importante de los TCA con algún trastorno de la personalidad.

Los trastornos de personalidad suelen ser de tipo obsesivo compulsivo con inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad. En cuanto los factores socioculturales, es claro que en la sociedad moderna se sobre valora la figura delgada en las mujeres y la musculosa en los hombres, estos valores transmitidos a través de la imitación de modelos estéticos, de los mensajes verbales o de imágenes a cerca del peso y la figura por los medios masivos de comunicación e incluso por la propia familia hacia la cultura de la “delgadez” afectan de manera importante a los adolescentes quienes se encuentran en riesgo mayor de padecer algún tipo de TCA. Los

factores familiares se comprueban porque ocurre un mayor número de disfunciones familiares en los pacientes con TCA. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, con incapacidad para mantener relaciones de mutua ayuda y comprensión.

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Otras prácticas de riesgo son las dietas, el ayuno y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. En estudios realizados se encontró que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a mujeres en mayor proporción, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

En los TCA destacan la anorexia y la bulimia nerviosa; ante estas si se reconocen en etapas tempranas es posible tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas que disminuyan la mortalidad por anorexia y la morbilidad por bulimia.

Los trastornos de la conducta alimentaria, Ayensa, (2010) como la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, han sido un problema de salud de gran prevalencia a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Dichos comportamientos atípicos fueron inicialmente descritos como tales en el siglo XIX, si bien adquirieron entidad psicopatológica a partir de la década de los sesenta, considerándose trastornos “modernos” asociados a un excesivo culto al cuerpo y deificación de la delgadez, características de nuestra sociedad actual. No obstante, dichos problemas de salud podrían estar ocurriendo desde hace siglos.

La anorexia nerviosa Borges, (2002) se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida, ocasionada por una distorsión de la imagen corporal. Las personas anoréxicas presentan un miedo

excesivo a engordar, lo que les conducen a involucrarse en dietas extremadamente restrictivas o utilizan métodos como inducción al vómito y empleo excesivo de laxantes y/o diuréticos para alcanzar el cuerpo idealizado.

De acuerdo con los datos de la APA (2000), la prevalencia de anorexia nerviosa oscila entre el 0.3 y el 3.7% de la población femenina adolescente y adulta joven, constituyéndose, por lo tanto, la tercera enfermedad crónica más frecuente en los países desarrollados e industrializados.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se han recopilado multitud de posibles casos de TCA en el pasado. Así Bell (1985) mencionaba hasta 261 casos de mujeres religiosas italianas desde el siglo XIII, y Parry-Jones (1994) cuentan hasta 360 casos de ayuno voluntario entre 1500 y 1939. Muchos De estos se refieren a personas famosas por su vinculación religiosa o política, o por la singularidad del caso que llegó a ser descrito.

En el siglo XIX Calderón, (2012) existen numerosos casos de “chicas ayunadoras” y en una nascente ciencia psicopatológica se crea el oportuno caldo de cultivo para su clasificación y catalogación; así, dos famosos psiquiatras, Lasegue (1873) y Gull (1888) elaboran de manera independiente una primera definición del trastorno que viene a denominarse “anorexia histérica” o “anorexia mirabilis”.

En los antecedentes históricos se menciona un estudio realizado en el siglo XIV, tal y como se ha especulado en la literatura científica sobre la historia de trastornos de comportamiento alimentario se analiza la biografía de Santa Catalina de Siena y valorar si pudiera ser un caso de anorexia nerviosa.

Catalina de Siena fue una mujer atormentada por las presiones familiares y sus ideas religiosas en el siglo XIV, que utilizó el ayuno y los vómitos como parte de su manifestación mística, al igual que lo habían hecho durante siglos otros muchos seguidores religiosos.

El estudio de los casos históricos González (2010) permite establecer ciertos paralelismos con los que tienen lugar en la actualidad, como por ejemplo:

- Se observa una actitud alterada hacia el comportamiento alimentario. En dichos casos provenía en una fuerte motivación religiosa, oposición a la familia o experiencias negativas sea cual fuere dicha razón, en todos los casos se asocia el trastorno con la alteración de comportamiento alimentario.
- Dicha alteración del comportamiento, tanto en el pasado como en la actualidad, se concreta en ciertas acciones similares, entre otras, el ayuno, alimentación selectiva, purgamiento o la alimentación errática.
- Rasgos de personalidad como el perfeccionismo, hiperactividad o la tendencia obsesiva compulsiva.

Según la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Pierre, (2002) en la última versión revisada (DSM-IV), los TCA se dividen en específicos e inespecíficos. Los primeros comprenden a la anorexia y a la bulimia nerviosa; mientras que los segundos incluyen a los síndromes parciales de ambos trastornos específicos, al masticar y escupir sin deglutir los alimentos y al trastorno por atracón.

La anorexia nerviosa se caracteriza por la consecución de un peso corporal mucho menor al esperado para el género, la estatura y la edad de las personas afectadas, quienes además presentan un rechazo al incremento ponderal. Al inicio del padecimiento, durante la disminución ponderal y, en algunos casos, también en los estados de desnutrición grave, se observa la alteración en la percepción de la imagen del propio cuerpo y del peso o de la silueta corporal. La amenorrea secundaria por más de tres ciclos consecutivos no tarda en aparecer una vez que el índice de masa corporal ha disminuido a 17.5 kg/m^2 , mientras que las chicas que no han tenido aún su menarca presentan amenorrea primaria. En varones es frecuente encontrar disminución de la libido. El rechazo a mantener un peso corporal normal es notable, tal y como sucede con el miedo a subir de peso o convertirse en sujetos obesos. Este trastorno se divide en dos subtipos, según la predominancia sintomática: el restrictivo y el compulsivo-purgativo (aquellas que combinan también conductas purgativas con importantes ingestiones descontroladas de alimentos).

Es importante señalar que, mientras existan suficientes criterios para sustentar este diagnóstico, no puede coexistir simultáneamente el de bulimia nerviosa. Sin embargo, a lo largo de la vida existen pacientes que pueden virar de la anorexia nerviosa a la bulimia nerviosa y viceversa.

La bulimia nerviosa consiste en la presentación de episodios de ingestión voraz de una gran cantidad de alimentos, con sensación de pérdida de control, que se llevan a cabo en cuestión de minutos hasta en un lapso menor a dos horas, estas tres características son indispensables para identificar los atracones, los cuales son seguidos, en forma inmediata, por conductas compensatorias inadecuadas de tipo purgativo, tales como la provocación del vómito, el uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas; o de estrategias no purgativas como el ayuno prolongado o la práctica de ejercicio físico, el cual generalmente tiene características compulsivas.

Existe insatisfacción corporal en la mayoría de los pacientes, y algunos desarrollan alteración de la imagen corporal idéntica a la que sucede en la anorexia nerviosa.

Anorexia Nerviosa González Briones, (2009) se caracteriza por:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración del peso o la silueta corporal.
- En las mujeres pospuberales, existe presencia de amenorrea.

Existen dos tipos:

- Tipo restrictivo: no se recurre regularmente a atracones o a purgas.
- Tipo purgativo: se realizan atracones y purgas.

Se denomina bulimia nerviosa a la alteración que se caracteriza por:

- La presencia de atracones recurrentes.
- Ingerir alimento en un corto periodo de tiempo.
- Tener la sensación de perder el control al ingerir los alimentos.
- Utilizar conductas compensatorias inapropiadas de manera repetitiva con el fin de perder peso (vómitos, enemas, laxantes, ejercicio en exceso, fármacos etc.)

- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen como periodo dos veces por semana en un lapso de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la imagen corporal.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON ANOREXIA NERVIOSA:

- Alexitimia: dificultad para darse cuenta de sus estados internos y sentimientos
- Capacidad de ejercitar la voluntad para controlar el deseo de comer.
- Comportamiento ejemplar hasta la instalación de la enfermedad.
- Presencia de amenorrea, es decir, ausencia de la regla.
- Sexualmente inactiva también a nivel de deseo.
- Negación del hambre y la enfermedad, llegando a considerar su conducta alimentaria.
- Normal e incluso motivo de orgullo.
- Oscilación entre peso muy bajo a bajo, con apariencia flaca y demacrada.
- Introversión y retraimiento social.
- La edad en que se presenta el trastorno es más temprana, entre los 14 y 18 años.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON BULIMIA NERVIOSA:

- Mayor concienciación de sus estados internos, sentimientos y emociones.
- Menor capacidad de controlar sus propios impulsos.
- A veces, tienen trastornos de conducta asociados, como abuso de alcohol y otras drogas.
- Con frecuencia, es una persona sexualmente activa.
- Aceptación con más facilidad de la gravedad y seriedad del trastorno.
- Aspecto saludable e incluso presentación de sobrepeso, por lo que es más difícil de detectar desde fuera.
- Extroversión y una vida social activa.
- La edad en que se presenta la enfermedad es más tardía.

CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y DE LA BULIMIA NERVIOSA

Algunas de las consecuencias físicas de la Anorexia nerviosa son:

- La disminución del gasto energético y de la temperatura del cuerpo que produce sensación de frío.
- Disminución de las pulsaciones cardíacas, que puede causar un infarto o la muerte.
- Piel seca, áspera, quebradiza y fría especialmente en las manos y pies.
- Puede aparecer un vello fino y largo, tipo pelusa, llamado lanugo en las zonas que normalmente no presenta, (espalda, mejillas y brazos).
- Retardo en la evacuación gástrica lo que genera una sensación de saciedad precoz.
- Estreñimiento que puede llegar a requerir la utilización de enemas. Amenorrea por más de tres meses.
- Osteoporosis que implica la posibilidad de fracturas espontáneas, a causa de la disminución de calcio.

En la Bulimia nerviosa, a nivel físico se puede producir:

- Una pérdida irreversible del esmalte en los dientes.
- Daños en las encías, el paladar y la garganta.
- El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales.
- Aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución de sodio.
- El cuerpo se deshidrata.

- Gastritis, reflujo gastro-esofágico, diarreas y dolores abdominales.
- En el aparato cardiovascular se da una disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, aparición de arritmias cardíacas.
- Daño en el aparato urinario por el uso de diuréticos.
- Irregularidades menstruales o ausencia de la menstruación.
- Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes.
- Cuando se utilizan para provocar el vómito.

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pueden observar pensamientos persistentes referidos principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal.

Las estimaciones de la prevalencia de bulimia entre mujeres jóvenes varían de 4% a 10%, aunque algunos investigadores sostienen que este problema es subestimado porque muchas pacientes son capaces de ocultar sus purgas o vómitos, y no se presentan pérdida significativa de peso.

Algunos estudios indican que la prevalencia de ambas (anorexia y bulimia) fluctúa de 2% a 18%, cerca de 90% son mujeres y sólo 10% son varones. Se ha encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%, y el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando la paciente tiene un déficit de peso/talla de 40%.

La figura en extremo delgada Hernández, (2011) sigue siendo el estereotipo de belleza que persiguen los jóvenes, a pesar del evidente peligro que implica dejar de comer o provocarse el vómito.

En México, la anorexia y la bulimia han aumentado de manera preocupante. En la última década, la demanda de atención por estas enfermedades en el Instituto Nacional de Psiquiatría se incrementó 15 veces, reveló el investigador de la UNAM Rodrigo León Hernández.

Los trastornos de la alimentación se presentan en mujeres y hombres de todos los niveles socioeconómicos: "Tenemos registro de casos de anorexia o bulimia en comunidades marginadas o indígenas, y en estratos sociales muy altos".

León Hernández explicó que los pacientes con este tipo de padecimientos tienen patrones comunes. "Son perfeccionistas, tienen bajo control sobre sus impulsos, provienen de familias disfuncionales, donde hay sobreprotección, control sobre las adolescentes y abuso físico y emocional".

Agregó que son más vulnerables de sufrir estos trastornos las personas que provienen de familias en las que se pone mucha atención en la imagen física. Otra constante en las mujeres con anorexia o bulimia es que han sido víctimas de violencia. Entre el 70 y 80 por ciento ha sufrido violencia física o psicológica y alrededor de 20 por ciento padeció agresiones sexuales.

Quienes padecen estos trastornos llegan a perder 50 por ciento de su peso. Con la desnutrición, el organismo trabaja al 50 por ciento porque hay poca o nula alimentación.

ORÍGENES PSIQUIÁTRICOS

Según un estudio llevado a cabo por la Fundación ABB, en España, los trastornos alimenticios se detectan unos tres años después de su aparición, y la edad media en que se inician es a los 15 años.

El doctor Enric Armengou, psiquiatra experto en trastornos de la conducta alimentaria y director médico del Centro ABB, explicó a través de este estudio que tanto la anorexia como la bulimia son trastornos psiquiátricos, aunque es cierto que hay personas más predispuestas a sufrir estos padecimientos.

Destacó que existen factores desencadenantes que llevan a esta alteración de la conducta alimentaria. Si los padres son muy exigentes y poco amorosos. Por eso es muy importante que los padres escuchen a sus hijos.

TRATAMIENTO OPORTUNO

Según la psicóloga Alma Beltrán, la familia juega el papel más importante en este tipo de padecimientos. Los tratamientos para jóvenes con anorexia o bulimia, dice, incluyen terapias familiares, ya que este núcleo será el que apoye día a día a los pacientes. Los papás, hermanos o abuelos tendrán un rol fundamental en la recuperación de un paciente con uno de estos trastornos de la alimentación", señala, "quizá, incluso, sean ellos quienes descubran la enfermedad de la joven (o del varón) y deban tomar las primeras cartas en el asunto, por eso necesitan formar parte de la terapia en el aspecto psicológico. "En el aspecto físico, según el grado de desnutrición del paciente y de las afecciones a su organismo, se le da el tratamiento adecuado, pero sin duda, la recuperación dependerá de un proceso multidisciplinario por el origen psicológico de estos trastornos".

En la etapa de la adolescencia Aguilera, (2006) se pueden presentar trastornos de la alimentación por la influencia de culturas con "ideales de la moda". Esta disparidad entre lo real y lo deseado conduce a una conducta alimentaria inadecuada, como son la anorexia nervosa y bulimia en un extremo, y obesidad en el otro. Cabe aclarar que si estos problemas son reconocidos en etapas tempranas de la adolescencia, es posible tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas que disminuyan la mortalidad por anorexia y la morbilidad

por bulimia, y más tardíamente complicaciones que pueden llevar a la muerte.

De acuerdo a la edad, la adolescencia se divide en tres etapas: La etapa temprana (10-12 años), la etapa media (13-15 años) y la etapa tardía (16 a 18 o hasta 20 años). La etapa tardía, donde el individuo se ocupa más de los alimentos que consume, presenta un impulso hacia la independencia, que a menudo ocasiona el rechazo temporal a los patrones alimentarios de la familia. En la adolescencia tardía existen dos conductas: las riesgosas, donde se adquieren las denominadas “conductas desinhibidas” que pueden clasificarse como sigue: consumo de drogas, ausentismo escolar y riesgo de lesiones no intencionales tales como consumir bebidas alcohólicas y conducir vehículos sin usar el cinturón de seguridad o no utilizar casco para ciclismo. Las otras conductas son las “alteradas tranquilas”, de interés para el nutriólogo en virtud de que ellas incluyen la imagen corporal deficiente, los trastornos de la alimentación -la ingesta excesiva de algún alimento, la bulimia y las dietas crónicas, temor de perder el respeto al consumo de alimentos, tensión emocional e ideas suicidas.

La carencia (desnutrición) o el exceso (obesidad), constituyen serios riesgos para la salud, proporcionales a la gravedad del caso. La incidencia de ambas instancias tiene una alta significancia en salud pública y su combate representa un reto prioritario.

Guadarrama, (2007) tanto la bulimia como la anorexia nerviosa han sido concebidas como dos patologías que se relacionan con la depresión.

Las personas con bulimia tienen síntomas depresivos, y puede ser que lo llamados “atracones” empezaran como una forma de afrontar su sentimiento de infelicidad. Sentirse hartos puede empeorar esos sentimientos, mientras que vomitar y purgarse añade un sentimiento de culpa y de tristeza, ya que al parecer la bulimia nerviosa de tipo purgativo está más relacionada con la depresión que la bulimia de tipo no purgativo, pues los sujetos que recurren a conductas compensatorias están más preocupados por su peso y su figura, lo que origina estados depresivos.

ESTUDIOS RELACIONADOS

En cuanto a la relación por sexo, se establece que para las mujeres se obtuvo que con la bulimia nerviosa es positiva y moderada, en tanto que la anorexia se relaciona con la depresión de manera baja y positiva. Con respecto a la anorexia nerviosa, los factores de motivación para adelgazar y preocupación por la comida solamente establecen una relación moderada positiva con la depresión. En la bulimia nerviosa, los factores de atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón fueron los que se relacionaron de manera positiva moderada con la depresión.

Tanto la bulimia nerviosa y como la anorexia nerviosa establecen una relación positiva moderada con la depresión.

Para los hombres la relación entre anorexia y bulimia nerviosa con la depresión también se estableció de manera moderada y positiva.

En cuanto a los factores de anorexia nerviosa, se obtuvo que la motivación para adelgazar se relaciona de manera positiva y moderada con la depresión, mientras que factores como preocupación por la comida, percepción social percibida, patrones y estilos alimentarios y conductas compensatorias se relacionaron de manera positiva y baja. Los factores de bulimia nerviosa, como atracón, sentimientos posteriores al atracón y conductas compensatorias, tuvieron un coeficiente de correlación moderado y positivo.

POBLACIÓN

El estudio consideró un total de 200 estudiantes de primer año de preparatoria, cuyas edades oscilan entre los 14 y los 19 años. El 60% de la muestra pertenecía al género femenino y el restante al masculino.

RESULTADOS

a) Incidencia

Los resultados permiten identificar que entre la población estudiada están presentes síntomas relacionados con la anorexia y bulimia nerviosas, tales como el sometimiento a dietas restrictivas en ambos grupos (25% de los sujetos); vómitos autoinducidos, con mayor frecuencia (4%); utilización de laxantes para controlar el peso (alrededor del 5%); uso de diuréticos para controlar el peso (3%); los episodios de atracones de comida son mayores del 27%.

b) Imagen corporal y regulación de peso

El 15% de la población estudiada no está satisfecho con su figura corporal, percibiéndose gordos sin estarlo. Asimismo, se observa que alrededor del 20% de la población estudiada siente presión de sus iguales y del sexo opuesto por la exigencia de tener una figura delgada.

García, (2006) las características del tipo de familia que presenta la población investigada destacan una fuerte unión familiar, principalmente centrada en la madre, con quien se mantiene una mayor unión y comunicación. Los jóvenes perciben en sus familias gran valor en cuanto a la unión de la familia en toda situación.

Tejupilco es la población más poblada y urbanizada al sur de la capital del Estado de México y así mismo representa un punto de comunicación crucial entre el resto de las poblaciones suburbanas, Sheila, (2011) tanto del propio estado como de las entidades de Guerrero y Michoacán, lo que le convierte en el blanco adecuado para el desarrollo de estos trastornos, haciéndose necesario la implementación de estrategias que permitan la detección oportuna de estos casos.

PARTICIPANTES

Se trabajó con el total de la población de una institución privada de nivel medio superior en la cabecera municipal, constituida por 316 sujetos (175 mujeres y 141 hombres). Con una media de edad de 16.71 procedentes de diversas comunidades del municipio de Tejupilco, Estado de México.

INSTRUMENTOS

Se aplicaron dos instrumentos para detectar la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa.

- 1) Test de actitudes alimentarias (EAT 40)
- 2) Test de bulimia (BULIT)

RESULTADOS

Se observó que, del total de 316 sujetos de la muestra estudiada, 8% (26) mostró sintomatología de anorexia y 6% (19) síntomas de bulimia (3%) (10) rebaso ambos puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto al sexo, 14% de los hombres (141 sujetos) fueron propensos a padecer dichos trastornos, alcanzando un porcentaje similar tanto de anorexia (6%) como de bulimia (6%); 2% se ubicó dentro del tipo mixto y 86% no manifestó síntomas de dichos padecimientos.

En la población femenina, integrada por 175 sujetos, se obtuvo que 6% presento síntomas de bulimia, 10% de anorexia, y 4% se ubicó dentro del tipo mixto; el porcentaje restante (80%) no manifestó síntomas de trastorno alimenticio.

Cuando se habla de desórdenes alimenticios se hace referencia a la problemática alimentaria en un amplio espectro que abarca problemas relacionados con sobre peso como con infrapeso, que se definen como un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético (Schlundt, 1990).

Tanto las dietas restrictivas como la insatisfacción de imagen corporal aparecían como los factores predisponentes a la ingesta alimenticia anormal y el infrapeso. Sánchez, (2008) reportaron que, a mayor índice de masa corporal mayor insatisfacción de imagen corporal y también mayor presencia de conducta alimentaria de riesgo, concluyendo que si bien es cierto existe una estrecha relación entre

estas variables, dicha relación no presupone la presencia de rasgos preclínicos de trastornos de conducta alimentaria.

Este modelo explicativo psicosocial contempla que la adolescencia (etapa en donde se presentan y desarrollan los desórdenes alimenticios) es un producto contextual, la cual es construida a partir de materiales e interacciones de un contexto que define el marco de sus posibilidades y oportunidades Funes, (2005).

Entendiendo este contexto como una multiplicidad de contextos como el cultural, familiar, escolar, comunitario y legal (Jiménez,2006).

Bruch, (2008) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal; una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

La postura Psicopatológica de los TCA es su relación con trastornos de personalidad, especialmente asociado a rasgos obsesivos, histéricos y compulsivos González (2003).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la prevalencia de trastornos alimentarios; en los adolescentes de una secundaria pública y una privada en la región de Zamora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las conductas alimentarias de riesgo respecto a sexo y edad en la adolescencia.
- Identificar los factores de riesgo (económicos, escolares) que predisponen a puntuaciones más altas de conductas alimentarias en los diferentes grupos de adolescentes.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

- Los factores familiares y sociales no influyen en la prevalencia de anorexia y bulimia en los estudiantes de una secundaria pública y una privada en la región de Zamora.

HIPÓTESIS ALTERNA

- Los factores familiares y sociales influyen directamente en la prevalencia de anorexia y bulimia en los estudiantes de una secundaria pública y una privada en la región de Zamora.
- Existe mayor prevalencia de anorexia y bulimia en adolescentes de una secundaria privada en relación a una secundaria pública de la región de Zamora.
- Existe mayor prevalencia de trastornos alimenticios en adolescentes del sexo femenino de escuelas secundarias pública y privada en relación al sexo masculino.

JUSTIFICACIÓN

El número de personas con trastornos alimenticios aumenta progresivamente, ya que no existe suficiente información al respecto de dichos temas.

Los principales problemas agregados al padecer dichos trastornos son: trastornos mentales, baja autoestima, distorsión de su propio cuerpo, alucinaciones, bajo sodio, anemia, solo por mencionar algunas.

En los últimos cinco años la edad de inicio en los enfermos ha disminuido alarmantemente: si antes el promedio de edad fluctuaba entre los 14 y los 18 años, en la actualidad encontramos cada día con más frecuencia niños y niñas de 12 años de edad. En los países desarrollados 1 de cada 200 niñas de entre 12 y 14 años padece anorexia y/o bulimia.

Los principales factores que juegan un papel importante en estos trastornos son en el seno materno como conflictos internos, personales y tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos. El trabajo que se desarrolla con estos menores no pretende ni puede sustituir al tratamiento médico y psicológico, sino que su principal objetivo es realizar una primera atención de diagnóstico a estos

jóvenes y reorientarlos para que comprendan la necesidad de visitar a un médico y hablar del problema con sus padres o tutores de confianza.

METODOLOGÍA

INTRUMENTOS A UTILIZAR:

BULIT-R

DESCRIPCIÓN. La prueba de bulimia fue diseñada para detectar en la población general quién o cuáles son los riesgos para presentar bulimia. Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen y colaboradores en el año de 1991, actualmente más utilizada que la versión original. El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, pero tiene validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de Bachillerato.

EVALUACIÓN. Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos. El autor del

instrumento informa que tiene una confiabilidad de prueba-postprueba del 95%, con una alta consistencia interna (98%) y una habilidad predictiva de falsos negativos del 80% y de falsos positivos del 40%. La sensibilidad es del 91% y la especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98%.

RECOMENDACIONES. El BULIT-R puede utilizarse como una medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN, donde los falsos positivos probablemente presentarán un TANE. Se sugiere que los investigadores que utilicen el BULIT-R como prueba de tamizaje deberían utilizar un punto de corte más bajo (>85 puntos) para reducir el potencial de falsos negativos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse.

EAT-40

DESCRIPCIÓN. Iñarritu, (2004) la prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de

actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

EVALUACIÓN. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.

Los tres instrumentos validados y adaptados en México por Álvarez Mancilla y Vázquez (2002).

EAT-26

DESCRIPCIÓN. De acuerdo con Garner y Garfinkel (1979), el *Eating Attitudes Test (EAT)* fue desarrollado como una propuesta de medida autoinformada para la detección precoz de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo. Para el desarrollo de la versión inicial del EAT, se estableció a partir de la literatura clínica un conjunto de ítems correspondientes a comportamientos y actitudes presentados por pacientes anoréxicos; dando como resultado la versión original del EAT compuesta por 40 ítems (EAT-40), con una escala de respuesta de seis puntos, de tipo Likert, con los siguientes extremos: 1= *Nunca* y 6 =*Siempre*. Del instrumento inicial eliminados 14 ítems que no cumplieron el criterio establecido para su retención (carga factorial > |0.40|), dando como resultado la versión del *EAT-26*.

EVALUACIÓN. La puntuación total es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3,2, 1, 0,0,0 en la dirección positiva asignando el 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (siempre= 3). Únicamente el ítems 25 se puntúan de manera opuesta puntuando 0,0,0,1,2,3 (nunca=3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación

(exploración por su médico de atención primaria o por un clínico experimentado).

TIPO DE DISEÑO

Transversal: Estudio en un tiempo determinado.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo: Estudio de investigaciones anteriores comparado con el presente.

Descriptivo: Una descripción sencilla del fenómeno a estudiar, basada en los datos disponibles u obtenidos

MUESTRA

La población de participantes está conformada por 279 adolescentes del nivel secundaria de tercer año; en la ciudad de Zamora comprendidos en edades de 13 a 15 años, de una secundaria pública y una privada.

De la secundaria pública tenemos un total de 167 alumnos siendo 87 mujeres y 80 hombres; mientras que de la secundaria privada contamos con un total de 112 alumnos, siendo 62 mujeres y 50

hombres. Calculando una muestra de 162 alumnos de ambas secundarias y ambos sexos.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes de una escuela secundaria que cursan el tercer grado.
- Adolescentes de cumple con el rango de edad de 13-15 años.
- Una escuela secundaria pública y una privada de la región de Zamora.
- Los estudiantes que si se presentaron a clases el día que se aplicó la encuesta.
- Los estudiantes que contestaron correctamente la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adolescentes de escuela secundaria que no cursan tercer grado.
- Profesores, personal administrativo y de intendencia de las secundarias.

- Una Secundaria pública y una privada en la región de Zamora no seleccionadas para el estudio.
- Adolescentes estudiantes de la secundaria tanto pública como privada que no asistieron a clases el día de la aplicación de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas que no sean contestadas correctamente, en ambas escuelas.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores relacionados (estatus social y económico)

VARIABLE DEPENDIENTE: Trastornos alimenticios (anorexia y la bulimia)

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo	ESCUELA SECUNDARIA PÚBLICA ESCUELA SECUNDARIA PRIVADA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA	EDAD	Es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	13 A 15 AÑOS DE EDAD
	SEXO	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.	HOMBRE MUJER

RESULTADOS

Muestra conformada por 85 estudiantes de secundaria pública y 77 de secundaria privada, ambos de tercer año. La edad promedio fue de 14 años, con el 84.6% de los casos, como se muestra en tabla 1.

TABLA 1. EDAD DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE TERCER AÑO DE ESTUDIO DE BULIMIA, ANOREXIA Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	14.00	132	83.5	84.6	84.6
	15.00	22	13.9	14.1	98.7
	16.00	2	1.3	1.3	100.0
	Total	156	100	100.0	
Perdidos	Sistema	6	3.7		
Total		162	100.0		

El género muestra predominio de sexo femenino en el 52.6 % en ambas escuelas (tabla 2)

TABLA 2. GÉNERO DE ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE SECUNDARIA DE ESTUDIO DE BULIMIA, ANOREXIA Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

MASCULINO	77	47.5	48	47.4
FEMENINO	85	52.4	52.6	100.0
Total	162	98.7	100.0	

Existe en la población estudiantil estudiada, alteraciones en el comportamiento nutricional, con un 28.2 % de trastornos alimenticios, 27.5.2% de bulimia y 25.8% de anorexia en la secundaria pública, con prevalencia global de 30.2% como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TRASTORNO ALIMENTICIO, ANOREXIA Y BULIMIA EN ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE SECUNDARIA. ESCUELA PÚBLICA.

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
BULIMIA	23	.270	27.5
TRASTORNO ALIMENTICIO	24	.282	28.2
ANOREXIA	22	.258	25.8
SANOS	16	.188	18.8
TOTAL	85	1.0	100

Fuente: encuesta n= 85 por categoría

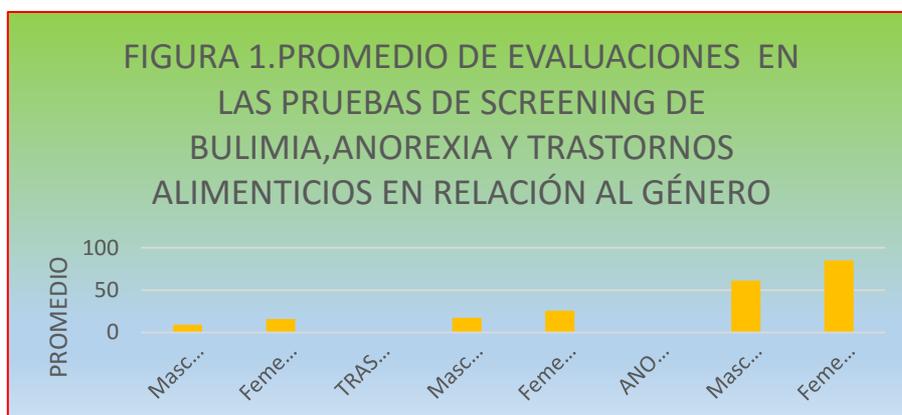
El comportamiento de estos trastornos en la escuela secundaria privada muestra un comportamiento diferente, con el 23.3 % con problemas de bulimia, el 16.8 % con trastornos alimenticios y el 14.2 % con anorexia, y una prevalencia general de estos problemas de 17.5%.
Tabla 4.

TABLA 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TRASTORNO ALIMENTICIO, ANOREXIA Y BULIMIA EN ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE SECUNDARIA. ESCUELA PRIVADA

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
BULIMIA	18	.233	23.3
TRASTORNO ALIMENTICIO	13	.168	16.8
ANOREXIA	11	.142	14.2
SANOS	35	.454	45.4
TOTAL	77	1.0	100

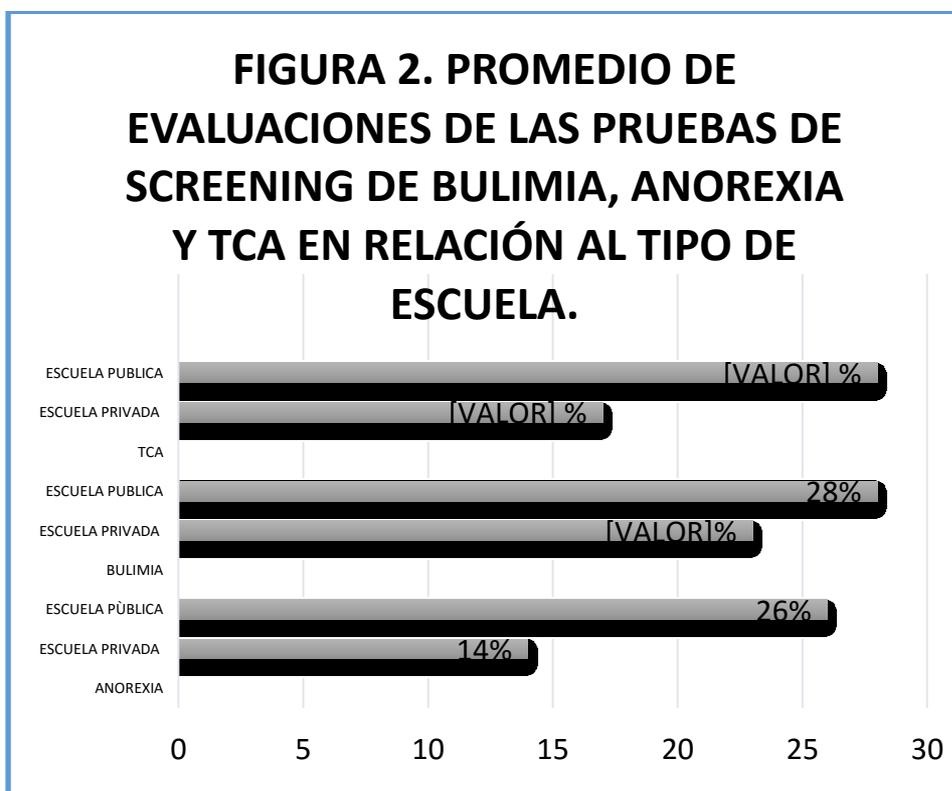
Fuente: encuesta n = 77 por categoría

Al evaluar la prevalencia de los comportamientos de los problemas alimenticios entre los estudiantes de 3er año de secundaria en relación al género se encontraron diferencias ($t = -3.8$, $gl = 154$, $p < 0.05$) como puede observarse en la gráfica, el sexo femenino tuvo un promedio más alto de bulimia, trastornos alimenticios y anorexia en relación al género masculino. Figura 1.



$T = -3.8$, $gl = 154$, $p = .000$

El comportamiento de los mismos problemas alimenticios en relación al tipo de escuela, también mostró diferencias ($t = 1.9$, $gl = 154$, $p < 0.05$) como puede observarse en la gráfica, los estudiantes de tercer año de la escuela secundaria pública tuvieron un promedio más alto de bulimia, trastornos alimenticios y anorexia en relación a estudiantes de escuela secundaria privada. Figura 2



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Gracias a los resultados obtenidos y de acuerdo estudios realizados encontramos que los trastornos alimenticios son un problema latente, principalmente en la etapa de la adolescencia; según los antecedentes de estos trastornos se pueden presentar en todas las etapas de la vida pero gracias a los cambios físicos, psicológicos y emocionales que se presentan en la adolescencia, estos problemas aumentan con gran importancia principalmente en el sexo femenino. Es importante mencionar que es un problema que no respeta estatus social, puesto que al inicio de esta investigación creímos encontrar mayor prevalencia en la escuela privada, por los alcances económicos o sociales que tienen los estudiantes pero nuestros resultados con mayor prevalencia fueron en la escuela pública.

CONCLUSIÓN

Gracias al estudio realizado los resultados obtenidos nos revelan que la edad en predominante en los adolescentes en ambas escuelas fue de 14 años con un porcentaje de 84.6%, y encontrando mayor prevalencia en el género femenino en ambas escuelas con un porcentaje de 52.4 % y en cuanto a la frecuencia y porcentaje en la escuela pública se encontró que el 28.2 % padece algún trastorno de la conducta alimentaria 27.5% presentó signos de bulimia y 25.8% con anorexia; mientras que en la escuela privada obtuvimos 23.3% con bulimia 16.8% con algún trastorno de la conducta y el 14.2% con anorexia. Podemos concluir que la prevalencia de estos trastornos alimenticios no es cuestión de estatus social puesto que predominó (según nuestro estudio) la escuela pública sin dejar de lado la escuela privada que también obtuvo porcentajes significativos en la presencia de estos trastornos.

SUGERENCIAS

- Crear estrategias de apoyo para estos adolescentes, en coordinación con padres de familia y maestros.
- Orientarlos sobre estos problemas.
- Dar seguimiento a trastornos ya existentes.
- Promover la información y resolución de dudas para estos temas.

ANEXOS

EAT-26

EDAD _____

SEXO _____

FECHA _____

Instrucciones: Esta es una medida de cribado para ayudarle a determinar si es posible que tenga un trastorno de la alimentación que necesita atención profesional. Esta medida de cribado no está diseñado para hacer un diagnóstico de un trastorno alimentario o tomar el lugar de una consulta profesional. Por favor, coloque una X donde sea su elección en el siguiente formulario; con la mayor precisión, honesta y completa posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

		CON FRE CUE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	SIEMPRE	GENERALME NTE	NUNCA
--	--	-------------------	------------------	-------------	---------	------------------	-------

		NCIA					
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a						
2	Procuro no comer cuando tengo hambre						
3	La comida es para mí una preocupación habitual						
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder						

	parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.						
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).						
8	Tengo la impresi						

	<p>ón de que a los demás les gustarí a verme comer más</p>						
9	Vomito después de comer						
10	Me siento muy culpabl e después de comer						
11	Me obsesio na el deseo de estar más delgad o/a.						
12	Cuando hago deporte						

	pienso sobre todo en quemar calorías .						
1 3	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
1 4	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis .						
1 5	Tardo más tiempo que los						

	demás en comer.						
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.						
17	Tomo alimentos dietéticos.						
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida						
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere						

	a la comida						
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.						
21	Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
22	No me siento bien después de haber tomado dulces						
23	Estoy haciendo						

	régimen.						
24	Me gusta tener el estómago vacío.						
25	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.						
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.						

EAT-40

EDAD _____

SEXO _____

FECHA _____

Instrucciones: Esta es una medida de cribado para ayudarle a determinar si es posible que tenga un trastorno de la alimentación que necesita atención profesional. Esta medida de cribado no está diseñado para hacer un diagnóstico de un trastorno alimentario o tomar el lugar de una consulta profesional. Por favor, coloque una X donde sea su elección en el siguiente formulario; con la mayor precisión, honesta y completa posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

		CON FRE CUE NCIA	ALG UNA S VEC ES	RAR A VEZ	SIEM PRE	POR LO GEN ERA L	NUNCA
1	Me gusta comer con otras personas.						
2	Preparo comidas para otros, pero yo no las como.						
3	Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.						
4	Me da mucho, miedo pesar						

	demasiado.						
5	Procuro no comer, aunque tenga hambre.						
6	Me preocupo mucho por la comida.						
7	A veces me atracado de comida sintiendo que soy incapaz de parar de comer.						
8	Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10	Evito, especialmente, comer alimentos que tienen muchos hidratos de carbono (Pan, arroz, patatas).						
11	Me siento lleno(a) después de las comidas.						
12	Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						

13	Vomito después de haber comido.						
14	Me siento muy culpable después de comer.						
15	Me preocupa el deseo de estar más delgado(a).						
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17	Me peso varias veces al día.						
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19	Disfruto comiendo carne.						
20	Me levanto pronto por las mañanas.						
21	Cada día como los mismos alimentos.						
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23	Tengo la menstruación regular.						
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a).						

25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26	Tardo en comer más que las otras personas.						
27	Disfruto comiendo en restaurantes.						
28	Tomo laxantes (purgantes).						
29	Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30	Como alimentos de régimen.						
31	Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32	Me controlo en las comidas.						
33	Noto que los demás me presionan para que coma.						
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35	Tengo						

	estreñimiento.						
36	Me siento incomodo(a) después de comer dulces.						
37	Me comprometo a hacer régimen.						
38	Me gusta sentir el estómago vacío.						
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

BULLIT-R

Edad_____

Sexo_____

Grupo_____

1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?

(a) Una vez al mes o menos (o nunca)

(b) 2-3 veces al mes

(c) 1-2 veces a la semana

(d) 3-6 veces a la semana

(e) 1 vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.

(a) De acuerdo

(b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

(c) Algo en desacuerdo

(d) En desacuerdo

(e) Muy en desacuerdo

3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?

(a) Casi cada vez que como

(b) Muy frecuentemente

(c) A menudo

(d) A veces

(e) Casi nunca o nunca

4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?

(a) Si, totalmente.

(b) Si.

(c) Si, probablemente.

(d) Si, posiblemente.

(e) No, probablemente no.

5. Prefiero comer...

(a) En casa, solo/a

(b) En casa, con otras personas

(c) En un restaurante público

(d) En casa de una amigo

(e) No me importa el sitio

6. ¿Siente que controlas la cantidad de comida que consumes?

(a) La mayor parte del tiempo o siempre.

(b) Muchas veces.

(c) Ocasionalmente.

(d) Rara vez.

(e) Nunca.

7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso

(a) Una vez al día o más

(b) 3-6 veces a la semana

(c) 1-2 veces a la semana

(d) 2-3 veces al mes

(e) Una vez al mes o menos (o nunca)

8. Como hasta sentirme demasiado cansado(a) para continuar.

(a) Al menos una vez al día.

(b) 3-6 veces a la semana.

(c) 1-2 veces a la semana.

(d) 2-3 veces al mes.

(e) Una vez al mes o menos (nunca).

9. Con que frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?

- (a) Siempre.
- (b) Frecuentemente.
- (c) Algunas veces.
- (d) Pocas veces o nunca.
- (e) No me doy atracones.

10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

- (a) No me doy atracones.
- (b) Me importa muy poco.
- (c) Me importa moderadamente.
- (d) Me importa bastante.
- (e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida.

11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuanta comida podría consumir de una vez.

- (a) Sin ninguna duda.
- (b) Bastante probablemente.

(c) Probablemente.

(d) Posiblemente.

(e) No.

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

(a) Muy frecuentemente

(b) Frecuentemente

(c) Bastantes veces

(d) Ocasionalmente

(e) Raramente o nunca

13. Temo comer algo por miedo a no poder parar.

(a) Siempre

(b) Casi siempre

(c) Frecuentemente

(d) Algunas veces

(e) Casi nunca o nunca

14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

(a) Siempre

(b) Frecuentemente

(c) Algunas veces

(d) Casi nunca o nunca

(e) No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

(a) Dos veces o más a la semana

(b) Una vez a la semana

(c) 2-3 veces al mes

(d) Una vez al mes

(e) Menos de una vez al mes o nunca

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

(a) No me doy atracones

(b) Me siento bien

(c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a

(d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a

(e) Me odio a mi mismo/a

17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Ocasionalmente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o nunca

18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

- (a) No durante el año pasado
- (b) Una vez durante el año pasado
- (c) 2-3 veces durante el año pasado
- (d) 4-5 veces durante el año pasado

(e) Más de 5 veces durante el año pasado

20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

(a) Siempre

(b) Casi siempre

(c) Frecuentemente

(d) Algunas veces

(e) Casi nunca o nunca

21. En una comida tiendo a comer alimentos más altos en calorías.

(a) Siempre

(b) Casi siempre

(c) Frecuentemente

(d) Algunas veces

(e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable

22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser (a) Mayor que la de los demás

(b) Más o menos igual

(c) Menor

(d) Mucho menor

(e) No tengo control en absoluto

23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías contigo mismo/a de vuelta a casa?

(a) Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante

(b) Un poco apenado/a por haber comido mucho

(c) Un poco decepcionado/a conmigo/a

(d) Triste conmigo mismo/a

(e) Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a

24. Actualmente me etiquetaría como un/a “comedor/a compulsivo/a” (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)

(a) Absolutamente

(b) Sí

(c) Sí, probablemente

(d) Sí, posiblemente

(e) No, probablemente no

25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?

(a) Alrededor de 9 kilogramos

(b) Entre 5.5 y 9 kilogramos

(c) Entre 3.5 y 5 kilogramos

(d) Entre 2 y 3 kilogramos

(e) Menos de 2 kilogramos

26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana

(a) Siempre

(b) Frecuentemente

(c) Algunas veces

(d) Casi nunca o nunca

(e) No como mucho por la noche

27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?

(a) Sí, no supone ningún problema para mí

- (b) Sí, es fácil
- (c) Sí, es un poco fácil
- (d) Más o menos igual
- (e) No, es menos fácil

28. Siento que la comida controla mi vida

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o ninguna

29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o ninguna
- (e) No como mucho

30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

(a) Menos de una vez al mes o nunca

(b) Una vez al mes

(c) 2-3 veces al mes

(d) Una vez a la semana

(e) 2 veces o más a la semana

31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?

(a) Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas

(b) Mucho más rápido que el resto

(c) Un poco más rápido que el resto

(d) Más o menos igual que el resto

(e) Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)

32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

(a) Alrededor de 9 kilogramos

(b) Entre 5.5 y 9 kilogramos

- (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
- (d) Entre 2 y 3 kilogramos
- (e) Menos de 2 kilogramos

33. Mujeres sólo: Mi último periodo fue...

- (a) El mes pasado
- (b) Hace dos meses
- (c) Hace cuatro meses
- (d) Hace seis meses
- (e) No he tenido el periodo en los últimos seis meses

34. Uso diuréticos para controlar mi peso

- (a) Una vez al día o más
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?

- (a) Muchas veces más grande que el del resto
- (b) Mayor

(c) Un poco mayor

(d) Más o menos igual

(e) Menor que el del resto

GLOSARIO

Anorexia:

Trastorno de origen neurótico que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos y que se observa generalmente en personas jóvenes

Adolescencia:

Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

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.

Edad:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Sexo:

Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina

Trastornos alimenticios:

Engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

ABREVIATURAS

Trastornos de la conducta alimentaria	TCA
Anorexia nerviosa	AN
Bulimia nerviosa	BN
Mujer	M
Hombre	H
Adolescentes	ADOL

BIBLIOGRAFÍAS

Acosta, G. M. (2005). *Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo, estudio transcultural entre adolescentes de España y México*. México: International journal of psychology and psychology therapy.

Ayensa, J. L. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX *Redalic*, 18 (2) pp. 19-26.

Ayensa, J. L. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX *Redalic*, 18 (2) pp. 19-26.

Bruch, H. (2008). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian journal of the American dietetic association*, 102 (3) pp. 40–51.

Calderón, M. J. (2012). Trastornos alimentarios/mexican Journal of Eating Disorder. *Revista Mexicana de trastornos alimenticios*, 21 (5) pp 1-9.

Domínguez., R. G. (2007). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 18 (1) pp 57-61.

González B. E. (2009). *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Ministerio de sanidad y consumo. 12 (5) pp 111-115.

Pierre, P. (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Barcelona Versión Española "4ª" edición, MASSON.

Funes, J. (2005). *Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes, o de como mirarlos sin convertirlos en un problema*. Madrid: (s.n.).

García, M. A. (2006). *Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia*. Buenos Aires Argentina. (s.n.).

González, A. M. (2009). *Ciencias de la salud 2*. México: ST. pp116-121.

González, J. L. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria alimentaria antes del Siglo XX *Psicología Iberoamericana*. *Redalic*, 18 (9) pp18-24.

González, L. U. (2003). *Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria Salud Mental*. México, 26 (3) pp. 1-8.

Hernández, R. L. (2011). Aumenta Anorexia en México. *DF: VANGUARDIA*.

Jiménez, T. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: el papel mediador de los recursos psicosociales, (tesis para grado doctoral)*. Universidad de Valencia.

Amparo A, H. G. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, *Episteme*, 2 (17) pp 67-74.

March, J. S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutricion hospitalaria*. España. (s.n).

Aguilera B. M. (2006). *Mapa nutricio y riesgo de transtornos alimentarios*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9 (3) pp 48-61.

Iñarritu, P., V. C. (2004). *Instrumentos de evaluacion para los transtornos de la conducta alimentaria*. En I. C. Moran, *instrumentos de evaluacion, departamento de salud publica*. Mexico.

Rosas V. N. (2008). Investigación y prevención en anorexia y bulimia. *Psicología, nueva epoca*, 1 (5) pp 11-16.

Guadarrama R. (2007). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *México psicología y Salud*, 10 (3) pp 57-61.

Sánchez S, J. G. (2008). *La insatisfacción de imagen corporal: trastorno psicológico o conducta normativa en investigación en psicología social, experiencia desde la universidad pública*. México. (s.n).

Schlundt, D. G. (1990). *Eating disorders, assesmente and treatment*. Boston: Allyn y Bacon.

Sheila, A. M. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria. México. *Redalyc*, 16 (1), pp 125-137.

Toro, J. Y. (1987). Anorexia nerviosa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 17 (5), pp 4-7.