PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

"INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SOBRE LA POSIBILIDAD DE DESARROLLAR TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN A CINCO ACTIVIDADES CULTURALES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, SEDE QUITO DURANTE EL PERIODO DE JUNIO-DICIEMBRE DEL 2011"

ELABORADO POR:

ROSA MERCEDES MEJÍA YÁNEZ

QUITO, MARZO DEL 2012

RESUMEN

La palabra trastornos de la conducta alimentaria es un término que ha invadido nuestra vida actual en gran proporción, ya sea por medio de revistas, reportajes, noticias, publicidad, por lo que es importante conocer más sobre este tema y como afecta en nuestra población; por lo que motivó la realización de la presente investigación, cuyo objetivo fue analizar la influencia que tienen las conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción de la imagen corporal sobre la posibilidad de presentar trastornos alimenticios en 129 estudiantes (40 hombres y 89 mujeres), entre las edades de 18 y 25 años que acuden a cinco actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- sede Quito, entre ellas capoeira, danza tropical, danza árabe, danza española y danza aérea. Cada estudiante debía responder una encuesta conformada por tres cuestionarios unificados y formar parte de una evaluación antropométrica en donde fueron pesados, tallados y para el análisis se calculó el IMC que fue comparado con el IMC percibido por los estudiantes por medio del cuestionario de modelos anatómicos.

En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal se determinó que el 71% de los estudiantes se autoperciben de una manera errónea con relación a su IMC real. De acuerdo al sexo, el 77,5% de los hombres se autoperciben de manera incorrecta en relación al 68,5% de mujeres.

El 30% de los encuestados presenta riesgo de padecer algún trastorno alimenticio; de este porcentaje cerca del 37% pertenece al género femenino y un 15% al género masculino.

Referente a la práctica de conductas alimentarias de riesgo las mujeres las realizan con mayor frecuencia que los hombres. Las actividades culturales con mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria son la danza española con un 35%, la danza árabe con un 27% y la capoeira con un 21%.

Palabras claves: trastornos de la conducta alimentaria, autopercepción, imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, riesgo de trastorno alimenticio.

ABSTRACT

The awareness on Eating Disorders is increasing. The present research was carried out basing on this condition. The main objective of the research was to analyze the influence of risky eating behaviors and self-perception of body image on the risk of developing Eating Disorders in 129 students (40 men and 89 women) with ages between 18 and 25 years old, who attend to five cultural activities like capoeira, tropical dance, arabic dance, spanish dance and aerial dance of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

The students answered three unified questionnaires, and participated in an anthropometric evaluation, where their height and weight were measured and their BMI calculated to compare it afterwards with their perceived BMI, which was calculated with the help of the anatomical models questionnaire.

71% of the students had a wrong self-perception of their body image in relation to their actual BMI, women´s wrong self-perception was 68,5% and men´s 77,5% .

30% of the students are at risk of developing an Eating Disorder, where, within this percentage approximately 37% of women are at risk while men are in 15% of risk.

More often women practice risky eating behaviors than men. The spanish dance (35%), arabic dance (27%), and capoeira (21%) have are the main cultural activities at risk of presenting eating disorders.

Keywords: eating disorders, self-perception of the body image, , risky eating behaviors, eating disorder risk.

Este trabajo está dedicado con mucho cariño y amor a mis padres, quienes gracias a su esfuerzo me permitieron cumplir muchos sueños y metas. A mis hermanos y a mi abuelita Rosita, que con su apoyo incondicional han hecho de mi la personas que soy.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a mi Padre celestial, a mi Dios incondicional que llena mi vida de bendiciones y fuerza para cada día luchar por cumplir los sueños y metas que él ha depositado en mí.

A mis padres que con su esfuerzo, trabajo y su lección de vida afianzaron en mi el gran amor que me han manifestado durante todos estos años, gracias papi por ser la luz y la guía en mi vida, ya que gracias a sus consejos he superado grandes pruebas; a mi mami por su apoyo y sacrificio, lo cual me demostró que nada es imposible en la vida y que solo basta desearlo para cumplirlo. A mi hermana por ser mi soporte en todo momento, brindarme su ayuda en toda mi carrera estudiantil y en la realización de esta disertación. A toda mi familia por estar presente en pequeños y grandes momentos de mi vida, en especial a mis hermanos (Cris y Sarita), mi a segunda madre, mi abuelita, a mi primo Nec por ser un apoyo en la recolección de datos. Los quiero infinitamente.

Quiero agradecer la imprescindible ayuda de la Licenciada Daniela Burbano de Lara, quien me guió en todo este proceso y me brindó su apoyo incondicional en todo momento, muchas gracias en verdad profe Dany le agradezco enormemente.

A la colaboración de la Doctora Jimena Jaramillo principalmente por ser una excelente profesora, además de inspirar en mí el tema del presente estudio, también por ser una de mis lectoras, gracias profe por su ayuda. A la Doctora Miriam Andrade por su ayuda en la corrección de la disertación y por brindarme sus conocimientos durante toda la carrera. Al Doctor Edgar Rojas por ser una guía más en el desarrollo de este trabajo y facilitarme uno de los instrumentos para la recolección de la información.

También quiero agradecer la colaboración de Jenny Arroyo coordinadora de cultura de la Pontificia Universidad Católica de Quito, a todos los estudiantes que participaron en la investigación y que estuvieron presentes durante todo este proceso, a los profesores y entrenadores de todas las disciplinas; y finalmente pero no menos importante a esa persona que siempre estuvo conmigo en todo momento, gracias Xavier.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN xiv

CAPÍTULO I 1

GENERALIDADES 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

1.2 JUSTIFICACIÓN 4

1.3 OBJETIVOS 6

1.3.1 Objetivo General 6

1.3.2 Objetivos Específicos 6

1.4 METODOLOGÍA 7

1.4.1 Tipo de estudio 7

1.4.2 Universo y Muestra 7

1.4.2.1 Criterios de selección de los individuos 7

1.4.2.2 Consentimiento informado 8

1.4.3 Operacionalización de variables 8

1.4.3.1 Plan de análisis de variables 9

1.4.4 Plan de recolección y análisis de información 9

CAPÍTULO II 11

MARCO TEÓRICO 11

2.1 TRASTORNOS ALIMENTICIOS 11

2.1.1 Trastornos alimenticios especificados 11

2.1.1.1 Anorexia Nerviosa 12

2.1.1.1.1 Historia de la anorexia nerviosa 12

2.1.1.1.2 Definición de anorexia nerviosa.....12

2.1.1.1.3 Tipos de Anorexia 14

2.1.1.1.4 Epidemiología.....15

2.1.1.1.5 Etiología 16

2.1.1.1.6 Criterios de Diagnóstico de la Anorexia.....25

2.1.1.1.7 Diagnóstico Diferencial de la Anorexia 25

2.1.1.1.8 Síntomas y características conductuales de pacientes con Anorexia Nerviosa …….....27

2.1.1.2 Bulimia Nerviosa.....30

2.1.1.2.1 Historia de la bulimia nerviosa (BN).....30

2.1.1.2.2 Definición de bulimia nerviosa 31

2.1.1.2.3 Tipos de bulimia nerviosa.....32

2.1.1.2.4 Epidemiología.....32

2.1.1.2.5 Etiología 33

2.1.1.2.6 Criterios de diagnóstico de Bulimia.....36

2.1.1.2.7 Diagnóstico diferencial 37

2.1.1.2.8 Signos y síntomas.....37

2.1.2 Trastornos alimenticios no especificados 38

2.1.2.1 Definición.....38

2.2. LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS 40

2.2.1 Imagen Corporal (IC).....40

2.2.1.1 Definición.....40

2.2.1.2 Factores influyentes en la formación de una percepción corporal 43

2. 2.1.3 Clasificación de la Imagen Corporal.....44

2.2.1.3.1 Imagen corporal positiva.....44

2.2.1.3.2 Imagen corporal negativa 45
2.2.1.4 Alteración de la imagen corporal 45
2.2.1.4.1 Alteración de la imagen corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria 45
2.2.1.4.2 Distorsión de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimenticios 46
2.2.1.5 Evaluación de la imagen corporal 48
2.2.1.5.1 Métodos de estimación corporal 50
2.3 PRÁCTICA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS 53
2.3.1 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR) 53
2.3.1.1 Definición de conductas alimentarias 53
2.3.1.2 Concepto de Conductas Alimentarias de Riesgo 54
2.3.1.3 Evaluación de las Conductas Alimentarias de Riesgo 57
2.3.1.3.1 Cuestionarios de evaluación de conductas alimentarias 57
2.4. EL ESTADO NUTRICIONAL 61
2.4.1 Concepto De Estado Nutricional 61
2.4.2 Evaluación del estado nutricional 61
2.4.2.1 Definición 61
2.4.2.2 Objetivos de la Evaluación Nutricional 62
2.4.2.3 Componentes de la Evaluación Nutricional 62
2.4.2.3.1 Evaluación Dietética 64
2.4.2.3.2 Evaluación Antropométrica 65
2.5 PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS 70
2.5.1 Definición de prevención 70
2.5.2 Tipos de prevención 71
2.5.2.1 Prevención Primaria 72
2.5.2.1.1 Grupos Objetivos de la prevención primaria 72
2.5.2.2 Prevención Secundaria 78

2.6 HIPÓTESIS.....80

CAPÍTULO III.....81

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....81

3.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIANTES EVALUADOS.....81

CONCLUSIONES.....107

RECOMENDACIONES.....109

BIBLIOGRAFÍA.....111

ANEXOS.....120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I: Patologías psiquiátricas, anorexias secundarias y rechazo alimentario 13

Tabla II: Tipos de Anorexia Nerviosa..... 15

Tabla III : Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR para la anorexia nerviosa 25

Tabla IV: Patologías - diagnostico diferencial de la anorexia nerviosa 26

Tabla V: Comportamientos conductuales de los pacientes con Anorexia Nerviosa 28

Tabla VI: Síntomas característicos de los pacientes con Anorexia Nerviosa 29

Tabla VII: Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa 36

Tabla VIII: Principales signos y síntomas que presentan los pacientes con Bulimia Nerviosa 37

Tabla IX: Cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria 48

Tabla X: Principales instrumentos de evaluación del trastorno de la imagen corporal 53

Tabla XI: Componentes de la evaluación nutricional 63

Tabla XII: Puntos de corte internacional para el indicador IMC del adulto de la OMS, (2004) 69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Factores predisponentes y precipitantes de la anorexia nerviosa. TOC: trastorno obsesivo-compulsivo;TPOC: trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo 24

GRÁFICO 2: Modelo cognitivo de la Bulimia nerviosa 31

GRÁFICO 3: Modelo Conceptual de Imagen Corporal 44

GRÁFICO 4: Diagrama conductual para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.....47

GRÁFICO 5: Escala de Siluetas de Imagen Corporal de Collins 51

GRÁFICO 6: Escala de siluetas de imagen corporal.....51

GRÁFICO 7: Principales factores condicionantes de la conducta alimentaria 54

GRÁFICO 8: Distribución Porcentual de los Estudiantes Evaluados según las Actividades Culturales que realizan en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 81

GRÁFICO 9: Distribución según sexo de los estudiantes evaluados que participan de las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....83

GRÁFICO 10: Distribución del sexo de los estudiantes por actividades culturales que realizan en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 84

GRÁFICO 11: Distribución del sexo de los estudiantes por actividades culturales que realizan en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 86

GRÁFICO 12: Percepción de la imagen corporal en relación al Estado Nutricional de los estudiantes evaluados que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 88

GRÁFICO 13: Clasificación de la percepción erronea de los estudiantes evaluados que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....90

GRÁFICO 14: Percepción de la imagen corporal en relación al Estado Nutricional según IMC por sexo de los estudiantes evaluados que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....92

GRÁFICO 15: Resultado de la evaluación de conductas alimentarias de riesgo por medio de las cinco preguntas del cuestionario SCOFF en los estudiantes cuya respuesta fue positiva 93

GRÁFICO 16: Presencia de riesgo de padecer trastornos alimenticios en estudiantes que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 95

GRÁFICO 17: Presencia de riesgo de padecer trastornos alimenticios en estudiantes según sexo que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 97

GRÁFICO 18: Práctica de conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....99

GRÁFICO 19: Práctica de conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes según sexo que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 101

GRÁFICO 20: Práctica de conductas alimentarias de riesgo según las actividades culturales que los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador realizan. 103

GRÁFICO 21: Presencia de riesgo de padecer trastornos alimenticios en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador según la actividad cultural que realizan 105

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de operacionalización de variables 121

ANEXO 2 : Guía de encuesta 124

ANEXO 3: Hoja de recolección de datos de peso y talla 127

ANEXO 4: Consentimiento informado 128

ANEXO 5: Cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26) 129

ANEXO 6: Base de datos 130

ANEXO 7: Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria 131

ANEXO 8: Formato de solicitud de autorización de recolección de datos 133

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías de origen multicausal que tiene como principal característica la práctica de conductas alimentarias de riesgo tales como dietas restrictivas, ejercicio físico exagerado, uso de medicamentos para bajar de peso y una actitud purgativa como el uso de laxantes e inducción al vómito o atracones de comida, todo esto acompañado de trastornos de imagen corporal, rechazo a mantener peso normal y un anhelo de delgadez.

En la actualidad se han dado a conocer datos exactos de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria; se estima que estas patologías alimentarias afectan entre el 1 y el 4% de la población en general, la prevalencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 20 años, particularmente en mujeres entre 15 y 25 años de edad, sin embargo varios estudios demuestran que en un 5% y 15% de los casos de anorexia nerviosa se presentan en hombres, la relación mujeres: hombres es aproximadamente 10 a 1. En cuanto a la bulimia (BN), se dice que su prevalencia es del 1-3% y la incidencia del 7-8%, la cual se ha multiplicado por cinco en los últimos 30 años.

En el Ecuador son muy escasos los datos estadísticos referente a este tema, y en la población en general su desconocimiento es mucho mayor, por tal motivo con esta investigación se determinó el riesgo de trastornos alimenticios presentes en jóvenes estudiantes, grupo etario más propenso a presentar este tipo de patologías, la ejecución de una evaluación integral permitió obtener datos sobre el grado de exposición de los jóvenes a varios factores de riesgo de los trastornos alimenticios como la presencia de conductas alimentarias de riesgo y autopercepción errónea de la imagen corporal.

La falta de información hace que los jóvenes sean más susceptibles a presentar trastornos alimenticios, por lo que el desarrollo de esta investigación permitió obtener datos acertados que conforman una línea base de información sobre la prevalecía de estas patologías en la población universitaria. Estos datos permitieron plantear soluciones y estrategias de prevención de patologías alimentarias y prácticas de conductas alimentarias de riesgo en la población de objeto.

CAPÍTULO I
GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos alimenticios es un tema muy común en la actualidad; su irrupción a partir de la década de los años ochenta ha sido violenta y rápida, extendiéndose a los diferentes sectores sociales y presentando mayores índices de prevalencia en la población femenina (Morandé, 1990; Machado, Goncalves, Machado, Santos y Santos, 2001), con un porcentaje aproximado del 4,5% en el que se incluyen tanto los trastornos alimentarios especificados como los no especificados (Morandé, Celada y Casas, 1999; Pérez-Gaspar et al*.,* 2000; Ruiz- Lázaro et al., 1998)**.**

Según Euraque (2009), en el mundo alrededor de 70 millones de personas padecen algún tipo de desorden alimenticio ya sea este anorexia, bulimia u obesidad; aproximadamente el 4% de las mujeres universitarias a nivel mundial padecen bulimia, mientras que cerca de 50 mil personas han fallecido en los últimos 50 años por esta causa.

Varias investigaciones sobre el tema determinó que los trastornos alimentarios son de origen multicausal, donde la autopercepción de la imagen corporal, los hábitos alimenticios y las conductas alimentarias de riesgo son consideradas factores y en muchos casos signos precoces del aparecimiento de trastornos relacionados con la alimentación, definiendo estos como 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.(Cifuentes, 2004).

Según varios estudios realizados a nivel mundial en la última década se ha producido un incremento en el número de jóvenes con síntomas potenciales como los anteriormente mencionados que podrían desencadenar un trastorno alimenticio, donde los jóvenes

tienden a relacionar el bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez.

El estudio Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos (2004) revela que el 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligen modelos anatómicos que corresponden a su índice de masa corporal (IMC) reales, con estos resultados se puede decir que los hombres se auto perciben más correctamente que las mujeres. El 29,2% de los hombres se ven más delgados de lo que son y el 18,5% más gordos. Por otro lado el 8,6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41,1% se autoperciben más gordas. Las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normopeso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29,9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30) se autoperciben más delgadas. Por el contrario, los hombres con normopeso y los obesos se auto-perciben más delgados de lo que son mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente.

López, (2008) en el estudio Trastornos de la Alimentación y su Relación con la Imagen Corporal Autopercibida por Adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida-Venezuela, demuestra que la percepción de la imagen corporal de normal- delgada fue más frecuente en varones en un 32,5% y 19,5% respectivamente, mientras que la percepción por exceso de peso se registro en un porcentaje más alto en las mujeres (7,4%) , por otra parte en cuanto a prácticas alimentarias de riesgo, el 43,7% de los estudiados reveló haber utilizado por lo menos un método de control de peso. De los encuestados que reportaron haber realizado prácticas en el control de peso para mejorar su imagen corporal el 38,6%, informó haber practicado algún ejercicio o deporte. No obstante un porcentaje importante de los encuestados reportó haber reducido su aporte calórico (27,2%) y la incorporación de mayor consumo de frutas y vegetales en la dieta (23,4%), se reporta además que los participantes manifestaron haber tomado medicamentos para perder apetito (5,4%), haber vomitado (2,2%) y haber usado laxantes y diuréticos (3,3%). Las mujeres en un 32,7% practican la reducción y control de calorías o dieta, frente a los hombres que en un 46,5% realizan algún tipo de ejercicio o deporte.

El estudio Hábitos Alimentarios e Imagen Corporal en Estudiantes Universitarios sin Trastornos Alimentarios (2002) muestra que las chicas presentan una mayor insatisfacción con la imagen corporal y miedo a estar gorda o ganar peso. El 70% de las chicas y el 52,8% de los chicos quería pesar menos, resultados que se relacionan con el índice de masa corporal. El de las chicas es significativamente más bajo que el de los

chicos, tan sólo el 5,9%, mientras que el 24,3% de los chicos presentaron exceso de peso. Estos datos determinan que la mayor parte de las universitarias no están satisfechas con su aspecto físico aunque se encuentren en valores normales de peso (84,2%) por lo que alrededor del 38,6% de las chicas y el 19,1% de los chicos han realizado dieta al menos una vez al mes en los últimos seis meses.

La autopercepción errónea de la imagen corporal y las prácticas alimenticias de riesgo son las principales causas y a la vez síntomas del aparecimiento de los trastornos alimenticios, donde el género femenino es seis veces más susceptible a presentar algún desorden alimenticio como anorexia o bulimia que el género masculino. Según Maganto, Cruz (2000) el riesgo de padecer trastornos alimentarios, confirma que la probabilidad de que las mujeres presenten una patología alimentaria es mayor. Los porcentajes son claramente diferenciales, 15,2% en los hombres y 84,8% de mujeres, siendo este último un nivel significativamente más alto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria, se han convertido en un problema de salud pública en muchos países desarrollados debido a que afecta a gran parte de la población joven especialmente a los individuos que pertenecen a un estrato socio económico medio-alto. Muchos de estos países han declarado la alarma frente a este problema tomando medidas preventivas como limitación de la publicidad, proyectos de prevención y detección en escuelas públicas y privadas.

La sociedad actual ha influenciado de manera tal que muchos de los jóvenes no están conformes con sus cuerpos y sientan un gran rechazo hacia su imagen; lo cual desencadena la práctica de métodos compensatorios como la alteración en de la conducta alimentaria para encajar y moldear su cuerpo a los estereotipos socialmente aceptados. La valoración de la percepción de la imagen corporal es una herramienta importante para determinar riesgo de trastornos alimenticios. Muchos estudios han sugerido la importancia de la evaluación de hábitos alimenticios y conductas alimentarias de riesgo, para la detección precoz de dichos desordenes.

Por la carencia de estudios que permitan conocer datos exactos en cuanto a incidencia y prevalencia de estos trastornos en el Ecuador, resulta difícil determinar y comparar cifras para medir el impacto que tienen estas enfermedades sobre la población.

Este estudio permitió levantar datos estadísticos con relación al tema, mediante la aplicación de encuestas las cuales mediaron las actitudes alimentarias de riesgo y la percepción de imagen corporal, así se determinó qué porcentaje en cuanto a género es más susceptible a desarrollar un trastorno alimenticio en la población joven de Quito.

El llevar a cabo esta investigación es de suma importancia ya que se permitió identificar los factores que conllevan a presentar riesgo de trastornos de alimentación y por lo tanto la información fue de utilidad para elaborar una línea base de datos que contribuyeron a detectar y por tanto prevenir síntomas precoces de desordenes alimenticios en este grupo de riesgo.

Por otro lado esta investigación ayudó a la elaboración de un plan de trabajo para fomentar actividades preventivas para evitar que los jóvenes desarrollen un trastorno alimenticio a futuro, conociendo el impacto revelado en este estudio, el área cultural de la Pontificia Universidad Católica de Quito en especifico las actividades culturales donde se aplicó el estudio desarrollaran talleres destinados a la prevención y promoción de buenos hábitos alimenticios, campañas de alimentación saludable; beneficiando a los jóvenes, a sus padres , entrenadores, y el personal a cargo de área cultural de la PUCE .

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la influencia que tienen las conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción de la imagen corporal sobre la posibilidad de presentar trastornos alimenticios de los estudiantes que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estado nutricional de los estudiantes que asisten a las cinco actividades culturales de la PUCE.

- Evaluar la autopercepción de la imagen corporal de los jóvenes que asisten a las cinco actividades culturales de la PUCE y comparar con su estado nutricional real.

- Determinar la presencia de riesgo de trastornos alimenticios en la población.

- Analizar las prácticas provenientes de las conductas alimentarias de riesgo de los estudiantes según sexo.

- Identificar la prevalencia del riesgo a padecer trastornos alimenticios con relación a la actividad cultural que realizan.

- Determinar la relación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo de los estudiantes y la práctica de las actividades culturales de la PUCE.

1.4 METODOLOGÍA

1.4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó para la ejecución de la presente investigación científica fue un enfoque cuali-cauntitativo con un método deductivo.

El nivel de investigación es descriptivo, ya que permite determinar factores de riesgo de trastornos alimenticios. Finalmente la presente investigación es de tipo observacional analítico transversal

1.4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El presente trabajo investigativo no requirió de diseño muestral, puesto que se trabajó con una población de estudio conformada por 129 estudiantes (40 hombres y 89 mujeres) en edades de 18 y 25 años, jóvenes adultos pertenecientes a las cinco actividades culturales (capoeira, danza tropical, danza árabe, danza española y danza aérea) de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, (sede Quito).

La elección de la población de estudio y de las actividades culturales que formaron parte del estudio se realizó en base a disponibilidad de tiempo de los estudiantes y de las actividades culturales en donde más estudiantes acuden. Se eligió talleres recreativos de actividades relacionadas con la cultura, ya que este tipo de talleres a más de permitir distracción e interacción social, los jóvenes asisten para mejor su estado físico y todo lo relacionado con la imagen corporal por lo que la mayoría de estos individuos son más propensos a desarrollar trastornos alimenticios.

1.4.2.1 Criterios de selección de los individuos:

Con el fin de asegurar una población representativa se tomaron en cuenta varios criterios para la inclusión y exclusión de los individuos que formaron parte del presente estudio, los cuales se detallan a continuación:

Criterios de Inclusión

- Jóvenes que comprendan la edad de entre 18 y 25 años
- Que sean estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito.
- Que acudan a las actividades culturales anteriormente mencionadas

Criterios de Exclusión

- Jóvenes que no estén en el rango de edad especificado
- Jóvenes que presenten enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, enfermedades tiroideas y otras enfermedades que puedan alterar el metabolismo).

1.4.2.2 Consentimiento informado

Para asegurar la validación del estudio y la confiabilidad del mismo se firmó un consentimiento informado (Anexo 4) por parte de los estudiantes, en donde se da a conocer el principal propósito de la investigación, los diferentes procedimientos que los individuos formaron parte y asegurar el compromiso por parte de los jóvenes en la investigación, asimismo respetar la voluntad de los evaluados y cumplir con los protocolos de la Sociedad de Bioética Ecuatoriana.

1.4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables (Anexo 1) de estudio de la presente investigación son:

- Presencia de Riesgo de trastornos alimenticios
- Auto Percepción de la imagen corporal
- Práctica de conductas alimentarias de riesgo
- Estado nutricional
- Sexo
- Tipo de actividad cultural

1.4.3.1 Plan de análisis de variables

La presente investigación utilizó análisis univariados, ya que se pretende conocer el estado nutricional referente a peso y talla de los jóvenes y el riesgo de presentar un trastorno alimenticio; también se realizó análisis bivariados, para estudiar la relación entre autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional real, la autopercepción de la imagen corporal y la práctica de conductas alimentarias, finalmente, se intentó buscar una relación entre estas cuatro variables: autopercepción de la imagen corporal, estado nutricional real, práctica de conductas alimentarias de riesgo y el riesgo de trastornos alimenticios, mediante un análisis multivariado.

1.4.4 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La presente investigación tomó información de fuentes primarias y secundarias; los datos requeridos se obtuvieron por medio de la aplicación de dos técnicas, la primera que consta de una encuesta aplicada a los estudiantes que acuden a las cinco actividades culturales, y la segunda una evaluación antropométrica realizada a todos los jóvenes que formaron parte del estudio.

La encuesta está conformada por tres cuestionarios unificados en uno solo documento, el cual está dividido en tres etapas: (Anexo 2)

Primera etapa: detalla algunas preguntas referentes aspectos socio demográficos, y un cuestionario conocido con el nombre de SCOFF, instrumento que incluye cinco ítems de preguntas dicotómicas, para el tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria.

Segunda etapa: en esta sección del cuestionario se aplicaron cinco preguntas dicotómicas referentes a prácticas de conductas alimentarias de riesgo, estas preguntas se basaron en el estudio Trastornos de la Alimentación y su Relación con la Imagen Corporal Autopercibida por Adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida-Venezuela realizado por la Universidad de Los Andes Mérida Venezuela, estas preguntas fueron modificadas para los requerimientos de esta investigación.

Tercera etapa: como ultima parte del cuestionario consta la evaluación de la percepción de imagen corporal de los jóvenes, la cual se realizó por medio de la aplicación de modelos anatómicos, método que incluye una lámina que representa 7

gráficas o modelos corporales diferentes para cada sexo; los modelos fueron tomados del estudio Valoración de la Percepción de la Imagen Corporal mediante Modelos Anatómicos Montero, Morales, Carbajal (2004); estos modelos fueron realizados por una licenciada en Bellas artes usando como base siluetas obtenidas a partir de una talla de aproximadamente 175 cm y un peso de 55kg, 67kg, 77kg, 83kg, 92kg, 107kg, 122kg respectivamente en los modelos masculinos y de una talla de aproximadamente 165 cm y un peso de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg en los femeninos. Estos modelos equivalen, por tanto, a los siguientes valores de IMC (Peso (kg)/Talla^2(m)): 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40, respectivamente. Para este estudio se ha modificado el formato de los modelos para cumplir necesidades de la investigación.

Finalmente como parte de la recolección de datos se aplicó una evaluación antropométrica, en la cual se tomó mediciones referentes a peso y talla, y se apoyó en una hoja de recolección de datos para organizar la información obtenida (Anexo 3).

Para la medición de peso, se utilizó una balanza electrónica, con una precisión de +- 100 gramos y de una capacidad de 150 kg. Para la medición de la talla se utilizó una cinta métrica flexible, no elástica de dos metros con una precisión de +- 1cm.

Posteriormente se organizó la información y tabuló los datos obtenidos para el respectivo análisis y discusión. La tabulación se realizó por medio de una base de datos (Anexo 6.), elaborada en Excel la cual contiene los siguientes datos:

- Código del estudiante que reemplazó el nombre del individuo con el fin de proteger la identidad del participante.
- Datos socio demográficos como sexo y edad
- Datos antropométricos como peso, talla, IMC
- IMC percibido
- Códigos de las cinco preguntas que conforman el cuestionario SCOFF
- Códigos de las cinco preguntas referentes a la práctica de conductas alimentarias de riesgo

Procesada la información obtenida por medio de la base de datos elaborada en una hoja de Excel, se procedió a la transformación de los datos en gráficos, los cuales fueron analizados y discutidos posteriormente.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Definición

Los trastornos alimenticios se definen como alteraciones persistentes de la conducta alimentaria, que se caracteriza por una reducción extrema y poco saludable en el consumo de alimentos y por otro lado, el comer excesivamente; estos trastornos muchas veces van acompañados de alteraciones psicológicas como depresión, angustia, entre otras. (Cifuentes, 2004).

Por otro lado Fandiño, Giraldo, Martínez y Espinosa (2007), definen a los trastornos de la conducta alimentaria "como un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y por el peso".

Estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se desarrollan con más frecuencia en la adolescencia siendo estos y los jóvenes en adultez temprana, los sujetos más susceptibles a presentar estos desordenes.

Tipos de Trastornos Alimenticios

Según DSM –IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se pueden clasificar en dos categorías en los cuales se encuentra los trastornos alimenticios especificados, y los trastornos alimenticios no especificados.

2.1.1 Trastornos alimenticios especificados: en esta categoría se encuentran la anorexia y bulimia nerviosa.

2.1.1.1 ANOREXIA NERVIOSA

2.1.1.1.1 Historia de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) comenzó a conocerse en la década de los 60; doctores de la época comenzaron a reportar casos de pacientes con desnutrición severa, debido a una causa aparente de abstinencia alimentaria.

Muchos autores refieren la aparición de la enfermedad siglos atrás; alrededor del siglo XIII al XV, los penitentes de la época, principalmente mujeres, realizaban ayuno extremo como muestra de religiosidad, obediencia, castidad y en especial total rechazo a los placeres terrenales. El primer caso de anorexia fue reportado por el médico inglés llamado Morton en el año de 1694, donde describe un paciente en estado de desnutrición extrema, sin síntomas febriles y con apariencia de esqueleto. (Cifuentes, 2004).

En la década de 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos. Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad Anorexia Nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que los pacientes presentaban una negación rotunda a comer. Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos. (Behar, 2010).

En la actualidad la Anorexia Nerviosa se la ha catalogado como una enfermedad muy agresiva y que comúnmente causa la muerte de las personas que lo padecen, presente con mayor frecuencia en los países industrializados.

2.1.1.1.2 Definición de anorexia nerviosa

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, (nf, citado en Villoria, 2005) la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad, en la cual la persona genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto.

Según la guía de Trastornos alimenticios del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México define esta patología y la caracteriza por:

Ser una patología con una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

Behar, (2010, p.130) "define a la anorexia como un síntoma que puede acompañar a numerosas alteraciones psicopatológicas" (Tabla I).

Tabla I: Patologías psiquiátricas, anorexias secundarias y rechazo alimentario

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	PRESENTACIÓN CLÍNICA
Estructura Histérica 	Histeria de conversión: disfagia por espasmo esofágico. Mantenimiento de la dependencia, manipulación del entorno.
Trastorno fóbico	Evitación fóbica de la deglución por temor a asfixia, generalmente sitiofobia selectiva.
Trastorno obsesivo	Rituales obsesivo-compulsivos en relación a las alteraciones psicodinámicas del cuadro. Generalmente sitiofobia selectiva.
Hipocondriasis	Reacción ansioso-depresiva con anorexia
Trastorno adaptativo con ánimo ansioso o depresivo	Anorexia en el contexto clínico de la reacción
Trastorno afectivo	Hipomanía o manía anorexia. Depresión: anorexia y rechazo alimentario en relación o no a ideación delirante.

Esquizofrenia 	• Forma catatónica : negativismo con rechazo alimentario • Forma paranoide : rechazo alimentario en relación al cuadro delirante – alucinatorio
Paranoia	Rechazo alimentario en relación al sistema delirante
Psicosis exógenas	Cuadros confesionales con anorexia y/o rechazo alimentario
Personalidades psicopáticas, caracteropatías, sociópatas	Rechazo alimentario en el contexto de una conducta oposicionista y manipuladora
Drogodependencias 	Derivados anfetamínicos, cocainismo, alcoholismo

Fuente: Behar, (2010). Trastornos de la conducta alimentaria
Modificado por: Mercedes Mejía

2.1.1.1.3 Tipos de Anorexia

La anorexia nerviosa se ha clasificado según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-IV) en los siguientes subtipos para especificar la ausencia o a su vez la presencia de episodios de atracones[1] o purgas[2]. (Tabla II).

[1] Ingerir grandes cantidades de comida en cortos periodos de tiempo
[2] Eliminación de alimento a través del vómito o del uso de laxantes

Tabla II: Tipos de Anorexia Nerviosa

TIPO RESTRICTIVO	TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO
	
• Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. • Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.	• El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). • La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. • Personas que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSV-IV-TR).
Modificado por: Mercedes Mejía.

2.1.1.1.4 Epidemiología

La Anorexia nerviosa es una enfermedad que en muchos países representa un problema de salud pública como es el caso de España, las cifras estadísticas referente a este tipo de trastornos ha aumentado drásticamente en los países conocidos como primer mundo.

"La anorexia nerviosa afecta entre el 90% y el 95% a mujeres, la edad más común de inicio sería alrededor de los 15 años. La incidencia actual estimada de anorexia nerviosa en las mujeres es aproximadamente 8 por 100.000 habitantes por año, por otro lado en el caso de los hombres es 0,5 por 100.000 habitantes por año". (Behar, 2010, p. 131), en

cuanto a “la prevalencia de anorexia nerviosa es de 280 por 100,000 mujeres jóvenes, es decir del 0,28%”. (Cifuentes, 2004, p.7).

La prevalencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 20 años, particularmente en mujeres entre 15 y 25 años de edad, sin embargo varios estudios demuestran que en un 5% y 15% de los casos de anorexia nerviosa se presentan en hombres. La relación mujeres: hombres es aproximadamente 10:1 (Cifuentes, 2004, p.7).

“La media de las tasas de incidencia anual entre los 10 y 30 años es de 17-19/100.000 en anorexia nerviosa, mientras que la incidencia de bulimia nerviosa en el mismo rango de edades se ha multiplicado por tres en los últimos diez años, alcanzando una tasa de 50/100.000” (Sánchez, 2004).

“La anorexia nerviosa es la tercera condición crónica más común entre niñas adolescentes en los Estados Unidos, después de la obesidad y el asma. De 5 a 15% de las niñas adolescentes están utilizando métodos no saludables para el control dietético tales como vómito auto inducido, laxantes y diuréticos” (Phelps & Wilczenski, 1993 citado en el Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 44).

2.1.1.1.5 Etiología

La anorexia nerviosa se considera una enfermedad que puede ser causada por varios factores, dependiendo de la vulnerabilidad del individuo a los diferentes desencadenantes de dicha patología.

Sobre la etiología de esta patología la OMS menciona en su informe del departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias que:

> Los trastornos alimenticios ocurren principalmente en las adolescentes y mujeres jóvenes, especialmente en las atletas, estudiantes de ballet, estudiantes de modelaje y culinaria. Aunque hay gran cantidad de estudios sobre la etiología de los trastornos alimenticios, muchos estudios muestran limitaciones metodológicas considerables, tales como la falta de diseño prospectivo y grupos de control. Tomando en cuenta estas limitaciones, está emergiendo un panorama probable de factores de riesgo y de protección en el desarrollo de los trastornos alimenticios. La dieta no saludable, las preocupaciones excesivas por el peso/forma corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo han sido identificados como importantes factores de actitud y conducta específicos del trastorno, así como las influencias familiares y sociales, tales como copiar la conducta de amigos y el alarde de la sociedad de recalcar las figuras delgadas a través de los medios de comunicación masiva y el bajo nivel cultural.

También se han identificado factores genéricos de riesgo tales como la falta de afecto, el abuso físico y sexual, la intimidación, baja autoestima y dificultades para enfrentar el estrés y conflictos afectivos.

Por lo tanto tiene más sentido comprender la anorexia nerviosa como una enfermedad de origen multidimensional y multifactorial. También es controvertida la propuesta de un origen infeccioso, por el cual un subgrupo de personas desarrolla Anorexia nerviosa debido a un desorden autoinmunitario neuropsiquiátrico asociado al estreptococo[3]. *(*Lenoir y Silber, 2006).

"Para comprender la enfermedad se deben considerar los componentes psicológico, cultural, biológico y genético" (Lenoir y Silber, 2006, p. 256), esto coincide con lo mencionado anteriormente, la anorexia nerviosa es una enfermedad multidimensional por lo que muchas pacientes presentan varios factores causales de su enfermedad, por lo tanto se debe indagar minuciosamente cada uno de estos factores para conocer la causa relacionada con el trastorno presente.

Por otro lado Staudt, Nilda y Rojo, (2006, p.25) mencionan que la "Anorexia nerviosa está ligada a cinco factores desencadenantes que ninguno por si solo puede explicar dicha enfermedad", los cuales son:

I. Factores Psicológicos

La anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta principalmente a los adolescentes[4] por lo que parece ser una reacción a ciertas demandas, como el aumento de las relaciones sociales, sexuales, independencia, entre otras. Por todo esto los adolescentes suelen dirigir sus preocupaciones y conflictos hacia la comida y al aumento de peso, perdiendo el sentido de autonomía y autoconfianza. (Staudt, et al, 2006, p.25)

Behar (2010), menciona que:

> El cuerpo puede ser percibido como si en él estuviera introducida una madre intrusiva y no comprensiva, la inanición es decir la negación a consumir alimentos puede tener el significado inconsciente de detener el crecimiento de este objeto interno no deseoso y destruirlo. (p.132)

Los psicoanalistas que tratan a pacientes con Anorexia Nerviosa están de acuerdo generalmente en que se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse

[3] Género de Bacterias Gram positivas, esféricas, causante de enfermedades entre leves y graves
[4] Adolescencia edad frecuente donde comienzan los trastornos alimenticios.

psicológicamente de sus madres y coinciden en que el cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva, no empática. (Woerwag-Mehtaa y Treasureb, 2009).

Staudt, et al., (2006, p.25) señala que a nivel psicológico hay tres áreas afectadas:

- Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales[5]
- Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre.
- Una sensación paralizante de inefectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa.

Es común que este tipo de pacientes presenten características de riesgo ligado a la personalidad como pueden ser: perfeccionismo, rigidez, escasa empatía, baja autoestima y finalmente personalidad obsesiva.

II. Factores Familiares

Woerwag-Mehtaa y Treasureb, (2009) mencionan las siguientes características que se presentan con mayor frecuencia en las familias de los pacientes con anorexia.

- Sobre envolvimiento, es decir, excesiva fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individual.
- Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones.
- Sobreprotección.
- Evasión y falta de resolución de conflictos.

También las familias de pacientes con anorexia nerviosa parecen felices y a menudo son de clase económica alta, orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio; por lo que muchos autores no refieren los factores familiares como causas directas de esta patología. (Woerwag-Mehtaa y Treasureb, 2009).

Ocurre especialmente en familias que tienen más hijas que hijos y raramente en casos de hijos únicos; es común que se presente en la mayor de dos hijas y en el caso del hijo

[5] El paciente con Anorexia nerviosa se siente normal cuando está emaciado, niega enfermedad y anormalidad.

predilecto, del que ambos padres piden afecto y confirmación, éste papel se vuelve difícil para el adolescente, y lo predispone a la aparición de la enfermedad. “Este modelo de familia, altamente frecuente en el entorno de la anoréxica, es poco específico, ya que se observa en otros trastornos y en ausencia de patología también”. Staudt, et al., (2006, p.26).

III. Factores Genéticos

Los factores genéticos engloban la parte más profunda en cuanto a factores causales, “estos son fundamentales en la anorexia nerviosa, respecto de la cual la tasa de concordancia es del 70% para gemelos idénticos y del solo 20% para los no idénticos. Las hermanas de éstas pacientes parecen estar también afectadas con mayor frecuencia por este trastorno”. Staudt, et al., (2006, p.26).

El aspecto genético de los trastornos da una respuesta más profunda a las causas para el desarrollo de esta enfermedad, este factor relaciona más la parte biológica propia de la persona que factores externos con enfoque relacionado a aspectos socioculturales.

Varios estudios relacionados con la parte genética de los individuos que desarrollan anorexia nerviosa identifican que:

> Un gen en el cromosoma 1 implicado en el desarrollo de ésta patología y aunque los trastornos de la alimentación son sustancialmente heredables, la susceptibilidad genética puede deberse a efectos de interacción entre diferentes genes y es posible que se reflejen en pequeñas variantes poco frecuentes en la población general. (Staudt, et al., 2006, p.26).

IV. Factores Socioculturales

El ideal estético corporal propuesto por la sociedad, la sobrevaloración de la delgadez, el cambio en el rol tradicional de la mujer manifestado e influenciado directa o indirectamente por la publicidad y los medios de comunicación han modificado el enfoque del ideal corporal de la gente y ha favorecido al desacuerdo del tamaño corporal real y el deseado, lo que hace que este sea un factor de innegable importancia para la generación o desarrollo de éstos trastornos.

Las influencias socioculturales y concretamente, "el anhelo de delgadez", constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos. Por otro lado, la inundación de alimentos cada vez más sofisticados en sabor y textura, contrapuestos con el surgimiento de diversos sistemas para conservar la silueta, tanto físicos como dietéticos son mensajes socioculturales contradictorios que influyen en la sociedad actual. (Behar, 2010).

Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos: modas de vestir, producción y venta de productos, servicios adelgazantes con su publicidad, rechazo a la obesidad y al sobrepeso, famosos encarnados en cuerpos delgados y esbeltos, medios de comunicación y publicidad engañosa, difusión de actividades físicas de riesgo y cambios en el papel social de la mujer.

- **Condicionantes socioculturales**

Como ya se ha mencionado existen varios factores causales y desencadenantes que pueden hacer que estas enfermedades se presenten como son: la moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que ideal de delgadez se asocie a prestigio y aceptación social, juventud y éxito.

López, (nf) propone varios aspectos socioculturales que influyen directamente a las mujeres, para de esta manera alcanzar el estereotipo de delgadez socialmente aceptado y aludido, entre estos tenemos:

- **Los medios de comunicación social** que hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de mujeres y hombres a través del cine, la televisión y fotografías en revistas. Según la Guía de Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios indica que de cada cuatro anuncios dirigidos a mujeres uno invita directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo.

- **La moda del vestir** representado por modelos de dimensiones corporales reducidas, casi esqueléticas, cuerpos esquematizados y de dimensiones que rara vez se adapta a la realidad de las posibles compradoras.

- **Los intereses económicos** y la gran presión ejercida por los laboratorios e industrias dedicadas a la fabricación de productos para adelgazar y de productos light, acompañada de una publicidad agresiva y muchas veces engañosa.

- **La transmisión oral de dietas,** muchas veces el tema central de una conversación es la gordura o el ideal de delgadez que toda persona desea alcanzar, por lo que siempre se trasmite experiencias o dietas caceras para de esta manera tratar de controlar el peso equivalente de éxito para alcanzar ciertos puestos de trabajo.

- **Estar en forma y el ejercicio físico** tomado como sinónimo de agilidad, delgadez, juventud y asociado frecuentemente a la práctica de actividad física como un sistema de control de peso, dejando de ser una actividad saludable y recreativa para convertirse en un método para conseguir un cuerpo idealizado.

- **La práctica de la danza y de ciertas actividades deportivas** como gimnasia femenina, natación, patinaje y carreras de fondo, en las que la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y ligando poco a poco al concepto de rendimiento. Tomando en cuenta que quienes practican este tipo de deportes tienen mayores riesgos de padecer un trastorno alimenticio.

V. Factores Biológicos

Estos factores están relacionados con procesos internos propios de cada individuo en el cual algunos de estos mecanismos están alterados, lo que conlleva a la aparición de agentes causales y mantenedores de la enfermedad. “Diversos factores y mecanismos biológicos, entre ellos los metabólicos y las redes neurales, así como genes candidatos, participan en los procesos patológicos que inician y mantienen la enfermedad”. (Woerwag-Mehtaa y Treasureb, 2009, p.34).

Se ha identificado una serie de manifestaciones neuroendocrinas en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo no queda claro si las anormalidades se relacionan con la etiología del desorden o por consecuencias de la caquexia[6]. (Behar, 2010).

Investigaciones relacionadas con factores bilógicos demuestran que:

[6] Grado de desnutrición muy alto donde el individuo presenta atrofia de la masa muscular.

> Los opioides endógenos[7] pueden ser responsables de la negación del hambre en éstos pacientes; es demostrado por estudios que revelan un importante aumento de peso en algunos pacientes a los que se les administraron antagonistas opiáceos. La leptina, péptido producido en las células del tejido adiposo, está involucrada mediante factores hipotalámicos, en la regulación del apetito y del mantenimiento del peso. La secreción de ésta, desde el adipocito comunica el estado de energía corporal al cerebro. Se ha encontrado que la leptina cambia las concentraciones de NYP[8] en el hipotálamo. Las altas concentraciones de leptina, que reflejan adecuadas o altas concentraciones de grasa corporal, son las que regulan hacia abajo (down regulation) las cifras de NYP, lo cual disminuye el apetito. De igual manera, las concentraciones bajas de leptina se relacionan con cifras altas de NYP y estimulan la ingesta para restaurar las reservas de energía.

Cuando se estudia en mujeres adolescentes y adultas jóvenes el efecto de la Anorexia Nerviosa en las concentraciones plasmáticas de las adipocitocinas (leptina[9] y adiponectina) y la reserva de la glucosa estimulada por la insulina, se observa que las anoréxicas muestran concentraciones plasmáticas más altas de adiponectina al compararlas con las no anoréxicas; en tanto, las de leptina se encuentran disminuidas. Staudt, et al., (2006, p.27).

La interacción de estos factores puede dar una clara visión del origen multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria, en donde la anorexia y bulimia nerviosa podrían ser causadas por la interacción de estos cinco factores o a su vez de unos cuantos, produciendo en los individuos, miedo a la obesidad, cambios biológicos como los referidos, trastornos de la imagen y un deseo de autoexpresarse, rechazo al alimento, libertad intrafamiliar entre otros.

Lázaro y Sánchez, (nf) proponen factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores para explicar de mejor manera la etiopatogenia de la anorexia nerviosa.

A. Factores predisponentes

❖ **<u>Variables personales</u>**

- Edad: niñas y adolescentes
- Sexo: ser mujer
- Predisposición genética

[7] Grupo de neurotransmisores y neuromoduladores
[8] Neuroléptico con efecto estimulante de la ingesta de comida.
[9] Conocida como la hormona de la delgadez, ya que se encargada de regular el peso en el cuerpo.



- Menarquía con IMC (índice de masa corporal) bajo
- Tener o haber tenido sobrepeso
- Creencias irracionales sobre la apariencia física
- Baja autoestima
- Rasgos de personalidad: tendencia al perfeccionismo
- Miedo a madurar
- Enfermedades o problemas físicos
- Depresión

❖ **Variables familiares**

- Madre obesa o preocupada por cuerpo e imagen
- Familias que conceden mucha importancia a la imagen
- Familias con expectativas altas e ideales de éxito para sus hijos
- Malos tratos, abuso sexual o abandono
- Familia intrusiva, limitante, sobreprotectora e incapaz de resolver conflictos
- Escasez de apoyo, educación y ánimo

❖ **Variables socioculturales**

- Asociar la delgadez con la belleza y la felicidad
- La belleza como clave del éxito
- Enfatización del ego y del cuerpo

B. Factores precipitantes

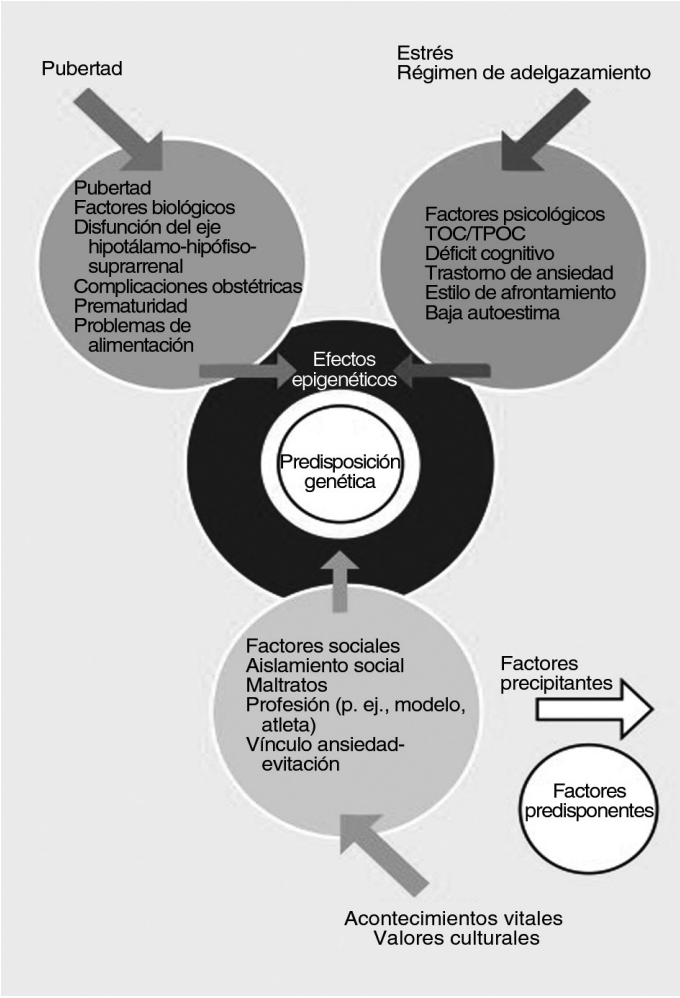
- Inicio dieta adelgazante estricta
- Recibir críticas respecto peso y figura
- Aumento de peso
- Conflictos entre los padres
- Pérdidas familiares
- Nacimiento de un hermano
- Aparición de las formas corporales en la pubertad
- Acontecimientos vitales adversos

- Problemas de maduración en la esfera sexual
- Actividad física de gran exigencia

C. Factores de mantenimiento

- Restricción dietética/inanición
- La purga
- Actitudes de familiares y amigos
- Reducción relaciones sociales
- Interacciones sociales anómalas
- Crisis familiar por causa o no de la enfermedad
- Pensamientos erróneos refractarios

GRÁFICO 1 : **Factores predisponentes y precipitantes de la anorexia nerviosa. TOC: trastorno obsesivo-compulsivo;TPOC: trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo**



Fuente: Woerwag-Mehtaa y Treasureb, (2009). Causas de la anorexia nerviosa.

2.1.1.1.6 Criterios de Diagnóstico de la Anorexia

Los requisitos o criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* para la anorexia nerviosa se muestran en la siguiente tabla:

Tabla III : Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR para la anorexia nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta edición, texto revisado (DSMV-IV-TR).
Modificado por: Mercedes Mejía.

2.1.1.1.7 Diagnóstico Diferencial de la Anorexia

La anorexia es un término utilizado en el área clínica para hacer referencia a un síntoma en donde el individuado pierde el apetito y las ganas de comer. Muchas

enfermedades presentan este síntoma, lo que denota la importancia de un diagnóstico diferencial, para no confundir la anorexia nerviosa con otra enfermedad.

En el DSM-IV-TR sugiere la necesidad de considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas.

En las enfermedades médicas como por ejemplo enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.

Este diagnóstico permite identificar personas o individuo que presentan síntomas relacionados con la Anorexia Nerviosa pero que no necesariamente presentan la enfermedad, si no que estos signos están ligados a otro tipo de enfermedades por lo que es importante su adecuada identificación.

Según Behar, (2010, p.135) las principales patologías que presentan problemas de diferenciación diagnóstica con la anorexia nerviosa se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla IV: Patologías - diagnostico diferencial de la anorexia nerviosa

PISQUIÁTRICO
Esquizofrenia- Trastornos delirantes- Trastornos afectivos- Trastornos por ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo)- Histeria- Fobia al peso- trastornos dismófico corporal.
NEUROLÓGICO
Tumor o lesión del SNC en especial de la línea media – Síndrome de Kluver-Busy- Síndrome de Kleine-Levine – Trastorno convulsivo.
GASTROINTESTINAL
Enfermedad intestinal inflamatoria – Enfermedad intestinal neoplásica- Pancreatitis – síndrome de mala absorción – Acalasia.
ENDOCRINOLÓGICO
Panhipopituitarismo- Hiper o hipotiroidismo- Síndrome de Addison- Diabetes mellitus – Diabetes insípida- Disfunción gonadal- Ovarios poliquísticos – Embarazo.

Fuente: Trastornos de la conducta alimentaria, Rosa Behar (2010).
Modificado por: Mercedes Mejía.

Según Staudt y Rojo (2006), las principales patologías que deben ser tomadas en cuanta en el momento del diagnóstico de la Anorexia Nerviosa y realizar un diagnostico diferencial son:

- **Trastornos del Estado de Ánimo:** aunque la anorexia nerviosa a veces manifiesta hiperactividad y euforia, no presenta los otros síntomas de un episodio maníaco; también presenta a veces tristeza e ideas de suicidio, pero raramente se evidencia el cuadro completo de depresión.

- **Otros Trastornos Psiquiátricos:** el carácter distorsionado y a veces delirante de las ideas relacionadas a la alimentación hacen sospechar la esquizofrenia. Además muchas características obsesivas y compulsivas de éstos pacientes con Anorexia Nerviosa pueden ser confundidas con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. La presencia de la actividad hacia la alimentación y la imagen corporal, el rehusar a comer y la pérdida de peso que son las características básicas de la Anorexia Nerviosa, fácilmente la diferencian de las enfermedades mencionadas.

- **Enfermedades Físicas**: Tumores del Hipotálamo a veces producen cuadros similares a la anorexia nerviosa.

- **Bulimia Nerviosa:** la anorexia nerviosa puede presentar episodios bulímicos, pero la presencia de los otros criterios diagnósticos de ésta patología establecen el diagnóstico; además la mayoría de los bulímicos tienden a mantener su peso normal.

2.1.1.1.8 Síntomas y características conductuales de pacientes con Anorexia

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad que presenta síntomas como cualquier enfermedad común, pero muchos de estas manifestaciones pasan desapercibidos por la gente que rodea al paciente e incluso por sus familiares; Ruiz y Sánchez, (nf, p.12) señalan que “el inicio de la anorexia nerviosa es casi imperceptible y sus primeros signos pueden parecer a los ojos de los demás como una forma de autodisciplina y fuerza de voluntad”.

Por ello es importante conocer las manifestaciones clínicas de la enfermedad señaladas a continuación:

I. Características conductuales

Tabla V: Comportamientos conductuales de los pacientes con Anorexia Nerviosa

Comportamientos en Relación con la Alimentación
• Cortar la comida en trocitos extremadamente pequeños. • Masticar cada bocado durante mucho tiempo. • Manosear los alimentos, distribuirlos por todo el plato • Reducir la cantidad de la comida ingerida. • Elegir comidas sin grasa o muy bajas en calorías. • Eliminar de la dieta ciertos alimentos "autoprohibidos[10]". • Irritabilidad ante la comida. • Saltarse comidas. • Comer en soledad. • Mentir sobre lo que se ingiere. • Tirar la comida en secreto. • Dedicarse a cocinar recetas que luego no come. • No salir de tapas/comidas para no exponerse a comer en público. • Desaparecer inmediatamente después de la comida y encerrarse en el baño (sospechar conductas purgativas). • Pesarse de forma compulsiva (salvo que tenga tal fobia a comprobar si ha aumentado un gramo, en cuyo caso se niega a pesarse y no utiliza la báscula nunca).
Comportamientos en relación con el ejercicio físico
• Realizar ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva. • Actividad física inmediatamente después de comer o cenar.

[10] Alimentos que estos pacientes tienen miedo a ingerir por ser catalogados como engordantes, es decir ricos en calorías por tanto favorecen al aumento de peso,.

- Elegir ejercicios que queman mucha energía, más que elegir ejercicio por deporte o placer.
- Practicar deporte principalmente sola o en gimnasios especializados.
- No mostrar ni expresar sentimientos.
- Desarrollar la habilidad de mentir y disimular la realidad.
- Mostrarse más crítica e intolerante con los demás cuando previamente era más dócil.
- Ejercer un control excesivo sobre la propia conducta.
- Aislarse de las amigas.
- Desarrollar una tendencia al perfeccionismo en la mayoría de las cosas.
- Conversaciones focalizadas en la alimentación y las formas del cuerpo.
- Ser muy crítica y exigente consigo misma.

Fuente: Trastornos del comportamiento alimentario
Modificado por: Mercedes Mejía.

II. Síntomas

Tabla VI: Síntomas característicos de los pacientes con Anorexia Nerviosa

Síntomas cognitivos
• Negar que se tiene hambre. • Decir que está muy gruesa o verse demasiado gorda, cuando es falso (trastorno de la imagen corporal). • Preocupación excesiva y constante por el peso y la forma del cuerpo. • Extremado temor a la obesidad. • Excesiva preocupación por lo que los demás piensen de uno mismo. • Encontrarse con frecuencia pensando en la forma y el peso del cuerpo. • Creencias irracionales respecto a la imagen corporal, la alimentación, el peso y el ejercicio físico (muchos de estos pensamientos alterados están sustentados por la malnutrición).

Signos y síntomas físicos
• Interrupción del ciclo menstrual. • Pelo muy fino. • Pérdida del cabello. • Hirsutismo o lanugo. • Hipertrofia parotídea. • Anomalías dentales. • Problemas gastrointestinales repetidos. • Coloración amarillenta de las palmas o plantas de los pies. • Extremidades frías y azuladas. • Osteoporosis. • Anemia ferropénica. • Hipoproteinemia. • Alteraciones hidroelectrolíticas.

Fuente: Trastornos del comportamiento alimentario
Modificado por: Mercedes Mejía.

2.1.1.2 BULIMIA NERVIOSA

2.1.1.2.1 Historia de la bulimia nerviosa (BN)

Este trastorno deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), que literalmente significa "hambre de buey". (Rava y Silber,2004, p.353).

Las prácticas relacionadas con el atracón y posteriormente al vómito auto inducido con la intención de seguir ingiriendo alimentos se remota a épocas muy antiguas de la cultura Romana.

En el siglo XVIII, alrededor del año de 1743 se descubrió una entidad caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta desmesurada de alimentos en cortos periodos de tiempo, en donde tras la ingesta se presentaba una acción de purga o vómito.

En el siglo XIX, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en Paris en 1830. (Rava y Silber, 2004).

En el año de 1972 se da a conocer la primera descripción del síndrome bulímico, realizada por el psiquiatra chileno Otto Dorr. (Behar, 2010).

En el año de 1979 Russell publica la prima descripción clínica exacta de la enfermedad; en su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa. (Rava y Silber, 2004).

2.1.1.2.2 Definición de bulimia nerviosa

Es un trastorno caracterizado por la sobrealimentación representado en su forma típica de atracón[11], seguido de una conducta compensatoria de eliminación, como vómito autoinducido, uso de laxantes o diuréticos, ejercicio compulsivo. (Villoria, 2005).

GRÁFICO 2: Modelo cognitivo de la Bulimia nerviosa



Fuente: Trastornos del comportamiento alimentario
Modificado por: Mercedes Mejía.

[11] Ingerir grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

Según la OMS, (nf, citado en Villoria, 2005, sd) algunas de sus características son:

- Preocupación continua por la comida, acompañada por irresistibles deseos de comer, lo que conduce al atracón.

El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante una o más de las conductas compensatorias que hemos señalado, o recurre a la disminución de la ingesta normal de comida entre atracones.

- Gran preocupación por el peso y la imagen corporal, que se traduce en un miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de enfermar y al de su peso óptimo o sano.

2.1.1.2.3 Tipos de bulimia nerviosa

Según el DSM-IV-TR, (nf) clasifica a la Bulimia Nerviosa en los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga como laxantes, vómito con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- **Tipo purgativo**. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha inducido el vómito y ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

- **Tipo no purgativo**. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero durante el episodio no existe una actitud compensatoria purgativa como vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas.

2.1.1.2.4 Epidemiología

En lo que se refiere a Bulimia Nerviosa , este es un" trastorno que aparece a una edad más alta en relación a la Anorexia Nerviosa, la edad promedio de la Bulimia Nerviosa es alrededor de los 20 años"(Behar, 2010, p.137); actualmente con el

aumento de estos trastornos en la población femenina se ha incrementado la edad en la que pueden aparecer los primeros síntomas, Iglesias, (2007, p.38) indica que en los últimos años se ha visto un aumento de Bulimia Nerviosa en mujeres alrededor de la menopausia.

En cuanto a cifras estadísticas, se dice que la prevalencia de Bulimia Nerviosa es del 1-3% y la incidencia del 7-8 %; en los últimos 30 años la incidencia de esta patología se ha multiplicado por cinco (Ruiz y Sánchez, nf, p.15). Por otro lado según APA, (2006, citado en Behar, 2010, p.237) estima que entre el 10 y el 14 % de las estudiantes universitarias presentan síntomas de bulimia.

2.1.1.2.5 Etiología

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia tiene un origen multicausal y multifactorial. Las personas que son afectadas por esta enfermedad tienen varios factores desencadenantes que por sí solos no podrían mostrar la enfermedad, el cual responde a la esfera biopsicosocial.

La etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa incluye factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes, explicados a continuación:

A. Factores predisponentes

I. Factores Familiares

Se ha observado con mayor frecuencia que las familias de niñas con bulimia, los familiares de primer grado presentan una mayor proporción de patología psiquiátrica, sobre todo consumo de alcohol, adicciones, depresiones y otros trastornos de la conducta alimentaria. (Ruiz y Sánchez, nf, p.16).

Los factores familiares en ocasiones se encuentran relacionados con otro tipo de agentes de tipo socio cultural, entre ellos el uso de sustancias psicotrópicas de un miembro de la familia o del mismo paciente, lo que hace que esto empeore su cuadro y que el tiempo de recuperación se alargue, por otro lado los familiares comúnmente están menos involucrados, lo que hace que el apoyo de las familias de los pacientes con Bulimia es casi nulo.

Behar (2010) concluye mediante los resultados de varios estudios que:

> Las familias de los pacientes con bulimia han señalado una mayor y más abierta destrucción entres sus miembros, más conflictos y más estilos distorsionados de interacción que las familias de las anoréxicas. Las bulímicas experimentan mayor rechazo, desamparo y culpa en las relaciones familiares. Las madres aparecen menos involucradas emocionalmente con sus hijas que las de las pacientes anoréxicas. (p.138).

II. Factores Individuales

Estos factores hacen referencia a varias alteraciones producidas a nivel biológico, genético, en si alteraciones propias de cada individuo.

Entre los resultados de varias investigaciones con respecto a alteraciones neurobiológicas se ha encontrado:

> Una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. La hipofunción serotoninérgica explica la ausencia de saciedad, la termogénesis y el metabolismo basal disminuidos, la alteración en la impulsividad y el aumento de los trastornos afectivos. También se ha encontrado una hipofunción dopaminérgica y niveles inferiores de colecistocinina postprandial que justificarían la disminución de la saciedad en estos pacientes. (Ruiz y Sánchez, nf, p.16)

III. Factores Psicológicos

Las personas que son propensas a la BN, presentan varias alteraciones psicológicas, entre las principales característica que mencionan Ruiz y Sánchez, (nf) para estos pacientes, referente a la parte emocional son:

- Entre el 20% y 50% de las bulímicas presentan un nivel de insatisfacción con su imagen corporal, se ven más gordas de lo que están, tienen miedo a llegar a ser obesas, según Behar, (2010, p.138).

- Comparten como rasgo temperamental el perfeccionismo, la inestabilidad emocional y expresan sentimientos de insuficiencia.

- Presentan grados muy altos de depresión, de personalidad, en conjunto con trastornos de ansiedad englobando el alto consumo de alcohol y otras sustancias.

IV. <u>Factores socioculturales.</u>

El ideal de mujer basado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen, lleva a estas personas a realzár regímenes dietéticos absurdos y sin vigilancia de un profesional lo que causa un pronto desarrollo de la enfermedad.

Behar, (2010, p.138) menciona:

> El logro de la delgadez ha sido altamente valorado e impulsa a las mujeres jóvenes a competir entre ellas y demostrar que posee un efectivo control de si mismas. Al contrario, la ausencia de éste en la Bulimia Nerviosa implicaría discriminación social, aislamiento y detrimento en la autoestima.

B. Factores desencadenantes

La Bulimia Nerviosa presenta varios factores causales, los cuales pueden ir en relación con los previamente nombrados, esta enfermedad comúnmente se presenta después de un episodio restrictivo, es decir cuando la persona ha realizado un régimen en donde la falta o el excesivo de consumo de alimentos le lleva a realizar algún proceso purgativo.

Entre los aspectos causales que se refieren para que se presente la enfermedad según Ruiz y Sánchez, (nf, p.16) están:

- Haber presentado un sobrepeso previo.
- Hacer dieta y realizar regímenes restrictivos.
- Haber tenido una anorexia nerviosa previa.

Las enfermedades y los aspectos clínicos no son los únicos factores que hacen que la Bulimia Nerviosa se presente en un individuo, aspectos de origen psicológico y social también pueden ser un factor causal o desencadenante de esta enfermedad, Behar, (2010) menciona que muchos elementos traumáticos pueden hacer que la enfermedad se presente como la pérdida o separación de un ser querido, situaciones laborales estresantes, conflictos sexuales, parentales, conyugales o de pareja, abusos de índole sexual, relaciones de pareja insatisfactorias; la parte sentimental también tiene un papel importante en este asunto ya que se puede presentar elementos causales comunes como depresión, soledad, aburrimiento, frustración y rabia.

C. Factores perpetuantes

La persistencia y gravedad de todos los factores desencadenantes y predisponentes ocasionan que la enfermedad presente complicaciones más graves, Behar, (2010, p-139) concluye:

> La constante atención puesta en la silueta y peso corporal conduce inevitablemente a la restricción dietética estricta; este patrón alimentario bulímico estimula el aumento de la ingesta de alimentos y viceversa; ésta favorece a continuar practicando dietas; el vómito autoinducido, el uso de laxantes y diuréticos influyen en el aumento del consumo alimentario.

2.1.1.2.6 Criterios de diagnóstico de Bulimia

Los requisitos o criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa se muestran en la siguiente tabla:

Tabla VII: Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: • Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. • Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMV-IV-TR).
Modificado por: Mercedes Mejía.

2.1.1.2.7 Diagnóstico diferencial

La bulimia nerviosa al igual que la anorexia nerviosa se diagnostica de una manera minuciosa para de esta manera evitar confusiones con la sintomatología de otras enfermedades, por este hecho se da a conocer el diagnóstico diferencial de esta enfermedad para de esta manera conocer otro tipo de enfermedades con signos y síntomas semejantes a la bulimia.

Según el DSM-IV-TR existen algunas enfermedades neurológicas como el síndrome de Kleine- Levin en donde se ha observado una conducta alimentaria alterada pero no una preocupación por la figura y por tanto por el peso, al igual que el trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos, en donde comer en exceso es un síntoma muy frecuente.

Por otro lado Behar, 2010 concluye que los trastornos por atracones no es una forma variante de bulimia.

2.1.1.2.8 Signos y síntomas

Tabla VIII: Principales signos y síntomas que presentan los pacientes con Bulimia Nerviosa

Síntomas hallados en pacientes con bulimia nerviosa
• Irregularidades menstruales • Ardor esofágico • Dolor abdominal inespecífico • Distensión abdominal • Fatiga • Cefaleas • Constipación/Diarrea • Tumefacción de manos y pies • Dolor de garganta • Depresión

Signos hallados en pacientes con bulimia nerviosa
• Callosidades en manos (signo de Russell) • Hipertrofia de las glándulas salivales • Erosión del esmalte dentario • Enfermedad periodontal • Caries • Petequias faciales • Irritación perioral • Úlceras orales • Hematemesis • Edemas (tobillos, periorbitario) • Distensión abdominal

Fuente: Bulimia nerviosa (Parte 1).Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones
Modificado por: Mercedes Mejía.

2.1.2 <u>Trastornos alimenticios no especificados</u>: establecidos por la *American Pysquitric Association* para definir trastornos del comer cuyos síntomas no se presentan en su totalidad para establecerlos como anorexia y bulimia.

Los trastornos alimenticios no especificado es un subgrupo de los trastornos de la conducta alimentaria, muchas personas que presentan factores causales de los Trastornos alimenticios específicos desarrollan estos trastornos, muchos de estos influenciados por los medios de comunicación, nuevos estereotipos en las personas, moda, entre otros.

2.1.2.1 Definición

Según el DSM-IV-TR los trastornos alimenticios no especificados se definen como: trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria determinado; por ejemplo:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Behar, (2010) señala otro tipo de patologías alimentarias comunes que se han clasificadas como no especificadas, entre las cuales están:

- **Ortorexia:** insistencia por consumir exclusivamente alimentos considerados como saludables como frutas, verduras y todo tipo de nutriente orgánico, excluyendo de la dieta grasas, productos que provengan de cualquier animal, alimentos industrializados, persevantes, entre otros; lo que ocasiona una pérdida de peso progresiva, desnutrición y la muerte.

- **Síndrome de Prader – Willi:** trastorno congénito caracterizado por hipotonía, baja estatura, extremidades pequeñas, incapacidad mental; los individuos que lo padecen presentan trastornos del sueño, hiperfagía con apetito insaciable, lo que desencadena en obesidad y diabetes tipo II.

- **Vigorexia:** también conocido con trastorno dismófico muscular o anorexia inversa, este trastorno produce en los individuos que lo padecen preocupación pertinaz del físico, alteración de la imagen corporal acompañado por una adicción a realizar actividad física extenuante, con el objeto de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal. Esta patología afecta principalmente al género masculino y muy común en fisicoculturistas, quienes aseguran sentirse débiles y pequeños.

- **Alcohorexia:** patología alimenticia, que consiste en reemplazar las calorías que aporta una comida completa por las calorías del alcohol. Es decir que los individuos dejan de comer para poder beber la cantidad de alcohol que deseen,

sin tener que preocuparse tanto por el peso; esta enfermedad comúnmente va acompañada de bulimia, ya que quienes lo padecen practican un método purgativo como es la inducción al vómito para eliminar la cantidad excesiva de alcohol consumido.

- **Pica:** enfermedad caracterizada por la ingestión de sustancias conocidas como no nutritivas como tierra, metal, vidrio, pintura, entre otras, en un período de tiempo de por lo menos un mes.

2.2. LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Uno de los criterios más importante que se debe tomar en cuenta para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, son las alteraciones de la imagen corporal (IC), por lo que es elemental revisar minuciosamente cuales son las causas o lo factores que relacionan las variaciones de la Imagen Corporal con la presencia de trastornos alimenticios.

Haciendo referencia a las alteraciones de la Imagen Corporal como "variaciones caracterizadas por una valoración cognitiva y actitudinal distorsionada en sentido negativo del propio cuerpo; en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, es el prototipo de lo delgado y esbelto lo que se toma como punto de referencia para dar significado y estimación al cuerpo, y con él a la persona en su totalidad". (Marco, Perpiña, Baños, Botella, Borra, Gallego y Salvador, 2004, p.2).

2.2.1 IMAGEN CORPORAL (IC)

2.2.1.1 Definición

"La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente" (Raich, 2000, citado en Salaberria, Rodríguez, y Cruz, 2007, p.172.) y la vivencia que tienen de su propio cuerpo (Guimón, 1999, citado en Salaberria, Rodríguez, y Cruz, 2007, p.172.). Por otro lado la definición más actual y multidimensional considera

“el modo en que un individuo se imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo”. (Rosen, 1995, citado en Behar, 2010, p.191).

Según Montaño, (2008), la imagen corporal está constituida por tres componentes principales que se integran a cada persona:

- **Imagen perceptual:** brinda información o crea un constructo acerca del tamaño y forma del cuerpo y sus distintos componentes.

- **Imagen cognitiva o cognoscitiva:** comprende creencias relacionadas con el cuerpo, los pensamientos automáticos, las inferencias, interpretaciones y comparaciones y los diálogos internos en relación con el escrutinio social, entre otros.

- **Imagen emocional:** corresponde a los sentimientos acerca del grado de satisfacción o insatisfacción que se experimenta con el propio cuerpo.

Por otro lado para Cash y Pruzinsky, (1990); Thompson, (1990), citados en Salaberria, Rodríguez, y Cruz, (2007, p.172.), la imagen corporal se compone de tres aspectos o variables:

- **Aspectos perceptivos**: precisión con que se aprecia el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

- **Aspectos cognitivos-afectivos:** actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, entre otras.

- **Aspectos conductuales:** conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, entre otros.

Alteración de la Imagen Corporal



La Imagen Corporal es una apreciación subjetiva relacionado con lo multifacético e interrelacionado con varios componentes que incluyen la parte sentimental o sensitiva y la parte cognitiva de estimación de cada persona, a pesar que varios autores determinan que los componentes de la Imagen Corporal según sus constructos, la esencia es la misma.

Baile, (nf), menciona seis características de la imagen corporal y son:

1. Es un concepto multifacético.

2. La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia, es decir cómo se percibe una persona así mismo.

3. La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

4. La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias y de las influencias sociales.

5. La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la manera en que se siente y se piensa sobre uno mismo.

6. La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconsciente y la inconsciente.

2.2.1.2 Factores influyentes en la formación de una percepción corporal

Una persona no se valora o se convence de tener una imagen corporal adecuada o inadecuada, positiva o negativa en periodos de tiempo muy cortos sino que toma varias etapas que pueden ser de años para su desarrollo.

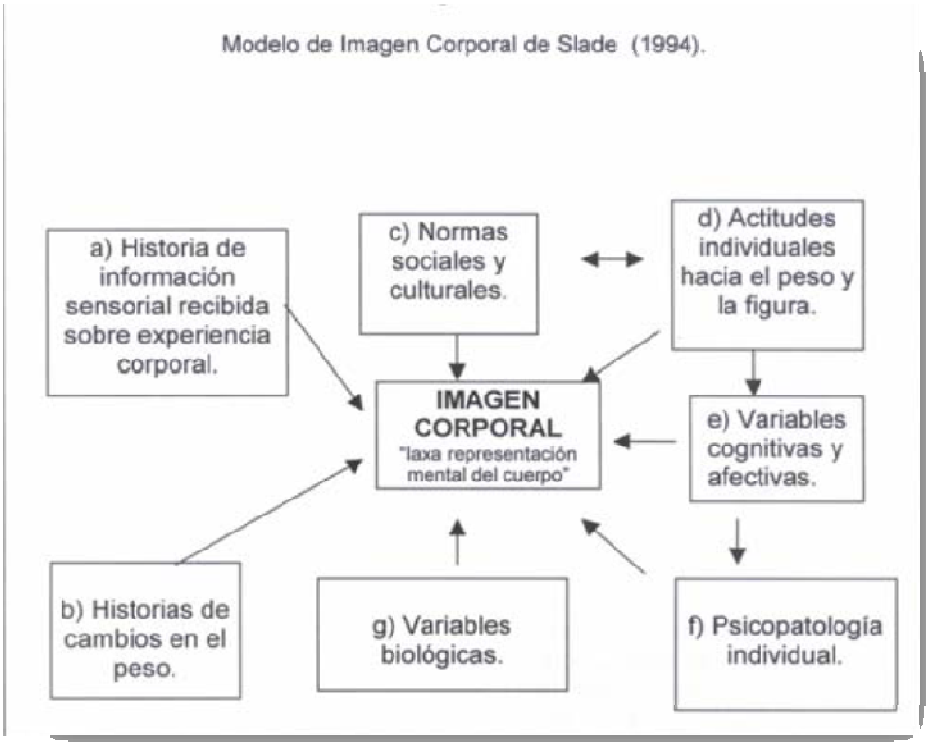
Romo, (nf, p.10) menciona que un "individuo no se convence de que tiene una imagen corporal positiva o negativa de un día para otro. Es una cuestión de tiempo".

Por otro lado Salaberria, et al. (2007, p.172) sugiere que "la imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos"

Salaberria, et al. (2007), confirma su versión evolutiva de la formación de la Imagen Corporal y hace referencia a que:

> Los bebes hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo. (p.172).

GRÁFICO 3: Modelo Conceptual de Imagen Corporal



Fuente: Baile, (nf). ¿Qué es la imagen corporal?

La percepción de la imagen corporal es un constructo formado que la persona tiene frente a su propio cuerpo, este constructo mental puede ser positivo o negativo, según Raich, (2004) "La formación de la imagen corporal es un proceso que va cambiando, a lo largo de la vida esta imagen puede ir modificándose hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total".

2. 2.1.3 Clasificación de la Imagen Corporal

2.2.1.3.1 <u>Imagen corporal positiva</u>

Un individuo tiene una autopercepción de su imagen corporal positiva cuando:

- Existe una percepción clara y "verdadera" del cuerpo.
- Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal.

- No se pierde el tiempo preocupándose en torno a la comida, el peso y las calorías.

2.2.1.3.2 Imagen corporal negativa

La autopercepción de la imagen corporal es negativa cuando una persona:

- Valora de una manera equivocada las formas corporales y ve partes del cuerpo de manera distorsionada.

- Se convence de que solamente otras personas son atractivas, y valora a estas medidas como éxito y estimación personal.

- Tiene vergüenza y ansiedad por el cuerpo.

- Se siente incómoda y rara con el propio cuerpo. No se acepta y se siente enajenada.

Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si una persona no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. (Raich, 2004).

2.2.1.4 Alteración de la imagen corporal

La alteración de la Imagen Corporal se da cuando uno de los criterios que lo conforman están alterados ya sea la parte cognitiva, sensitiva, entre otras. Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos Cash y Brown, (1987, citado en Salaberria, et al. 2007): Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

2.2.1.4.1 Alteración de la imagen corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

H. Bruch (1962) es la primera autora que dirige la atención hacia una posible alteración de la imagen corporal en la Anorexia Nerviosa, a partir de ese momento comienza un interesante periodo de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen

como sintomatología propia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Salaberria, et al., (2007).

2.2.1.4.2 Distorsión de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimenticios

Una de las alteraciones de la imagen corporal ya sea de manera positiva o negativa es la distorsión de la misma, refiriéndose a esta como la variación de la autopercepción en cuanto a forma, tamaño del cuerpo o de una de sus partes en específico.

Behar (2010), concluye que la distorsión de la Imagen Corporal es un fenómeno que se encuentra latente o no detectable o incluso ausente en las pacientes con desordenes alimenticios y que puede variar entre un rango desde leve a severamente deliroide o aún delirante. La distorsión de la Imagen Corporal se relaciona directamente con el nivel de restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma.

En un meta-análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la imagen corporal en Trastornos Alimenticios comparado con grupo control, Cash y Deagle (1997) citando en Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán (2001, p.8) concluye que las pacientes con anorexia (AN) y bulimia (BN) tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre cuerpo y talla que las mujeres sin desordenes alimenticios.

A. Distorsión de la imagen corporal en Anorexia Nerviosa

Muchos de los pacientes que presentan AN, probablemente presentaron algún tipo de distorsión o alteración en su imagen corporal, antes que se presente la enfermedad.

Según Bruch, (nf) citado en Baile, (nf, pg.4) la anorexia nerviosa tiene tres características: un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La aliteración de la imagen corporal en los pacientes con Anorexia Nerviosa se ha identificado desde los años 60 pero tomó fuerza en el año de 1988 donde el DSM-III-RT lo menciona como una persistente preocupación por la silueta y le peso corporal. Behar, (2010).

Slade (1986) citado en Behar (2010, p.196) concluye que la sobrestimación del tamaño, particularmente la anchura corporal lo que incluye torso y abdomen, es una característica aunque no específica de la anorexia nerviosa.

Diversos estudios demuestran que:

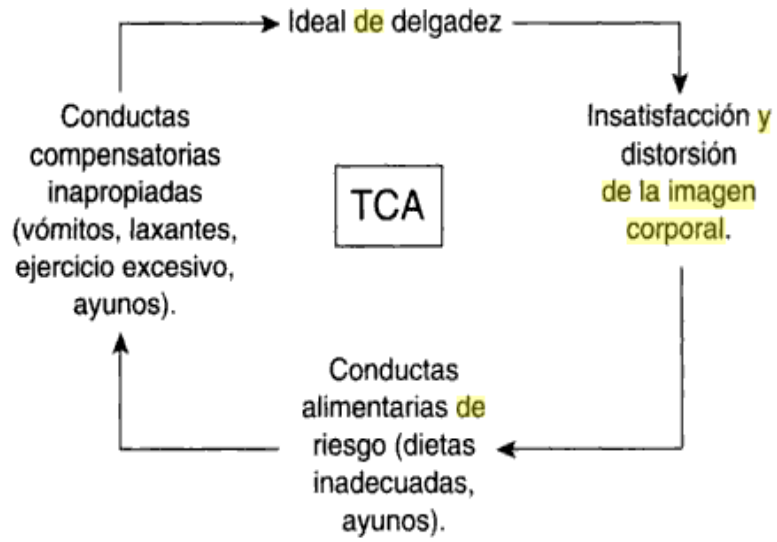
> Las pacientes anoréxicas sobreestiman la amplitud de su propio cuerpo en rangos que oscilan entre el 25% y 55%. Existe entre ellas una distorsión del tamaño corporal y principalmente una insatisfacción cognitiva- evaluativa del cuerpo, en particular ciertas zonas como cintura, muslos, nalgas y vientre. (Behar, 2010, p. 197).

B. Distorsión de la imagen corporal en la Bulimia Nerviosa

Inicialmente se creía que la distorsión de la imagen corporal solo se presentaba en la anorexia nerviosa, pero muchos estudios han demostrado que este fenómeno se encuentra latente en pacientes con bulimia nerviosa.

Las alteraciones de la imagen corporal son factibles de observar entre el 18 % y el 40% de las pacientes bulímicas, a su vez las bulímicas con historia de anorexia nerviosa previa presentan una distorsión mayor. (Behar, 2010).

GRÁFICO 4: Diagrama conductual para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria



Fuente: Gorab, (2005), Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.

Para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria se necesita evaluar al individuo en varios enfoques, percepción corporal en relación al estado nutricional que presenta el paciente, práctica de conductas alimentarias de riesgo; en cada uno de estos dos aspectos se aplican instrumentos efectivos para obtener una detección efectiva.

Tabla IX: Cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tipo de cuestionario	Objetivo	Nombre
Cuestionarios para la estimación de la Imagen corporal	Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal	• Escala de estima corporal *The Body Esteem Scale* (BES) • Cuestionario de auto relaciones corporals *The Body Self-Relations Questionnaire* (BSRQ) • Cuestionario de figura corporal *Body Shape Questionnaire* (BSQ) • Subescala del EDI • Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ) • Cuestionario de burlas

Fuente: Ruiz y Sánchez (nf). Trastornos del comportamiento alimentario
Modificado por: Mercedes Mejía

2.2.1.5 Evaluación de la imagen corporal

Uno de los enfoques que permiten detectar de manera precoz los Trastornos de la Conducta Alimentaria es la evaluación de la percepción de la imagen corporal en grupos o personas con riesgo, esta evaluación permitirá conocer el grado de distorsión que una

persona presenta frente a su propio cuerpo y como este puede desencadenar a futuro este tipo de patologías.

En cuanto a la evaluación de la imagen corporal realmente no se ha propuesto técnicas o métodos que puedan dar resultados de manera exacta para esta variable de forma pura, todas las técnicas propuestas permiten determinar alguna alteración o trastorno asociada a la imagen corporal. (Baile, nf).

En la actualidad la evaluación se ha centrado más en aspectos subjetivos y actitudinales, ya que una correcta percepción del cuerpo no supone la inexistencia de insatisfacción con uno mismo. Así la evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas según Rosen, (1997, citado en Salaberria, et al., 2007, p.177):

- Percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo.

- Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad, frecuencia y duración, el malestar que originan y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar el pensamiento.

- Aspectos conductuales: evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, ente otras.

- Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, entre otros.

- Dimensiones de personalidad: autoestima, habilidades sociales y niveles de adaptación global.

Esta evaluación permite reconocer a personas que a pesar de no presentar un Trastorno Alimenticio, pueden manifestar algún signo escondido, que si no se detecta a tiempo puede desencadenar dichas enfermedades.

Raich, (2004, p.21) menciona que desde hace ya más de 20 años que la mayoría de las investigaciones en cuanto a evaluación de la imagen corporal se ha centrado en la sobrestimación del tamaño corporal en individuos con trastorno alimentario.

Sin embargo, se ha verificado que en individuos sin trastornos alimentarios, también se dan alteraciones de la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción corporal (con el cuerpo en general o con aspectos de éste) o en forma de imprecisión perceptiva (particularmente sobrestimación).

Como se mencionó previamente la imagen corporal es un constructo multidimensional y conforma la parte perceptiva, (grado de precisión con que el individuo percibe la forma y tamaño de su cuerpo) cognitiva y actitudinal (creencias que el individuo tiene acerca de su cuerpo), por lo que es importante evaluar cada una de estas dimensiones.

En cuanto a la dimensión perceptiva de la imagen corporal los procedimientos de evaluación según Raich, (2004) se divide en dos grandes categorías: procedimientos de estimación de partes corporales y procedimientos de estimación del cuerpo en su globalidad.

2.2.1.5.1 Métodos de estimación corporal

A. Métodos de estimación corporal global

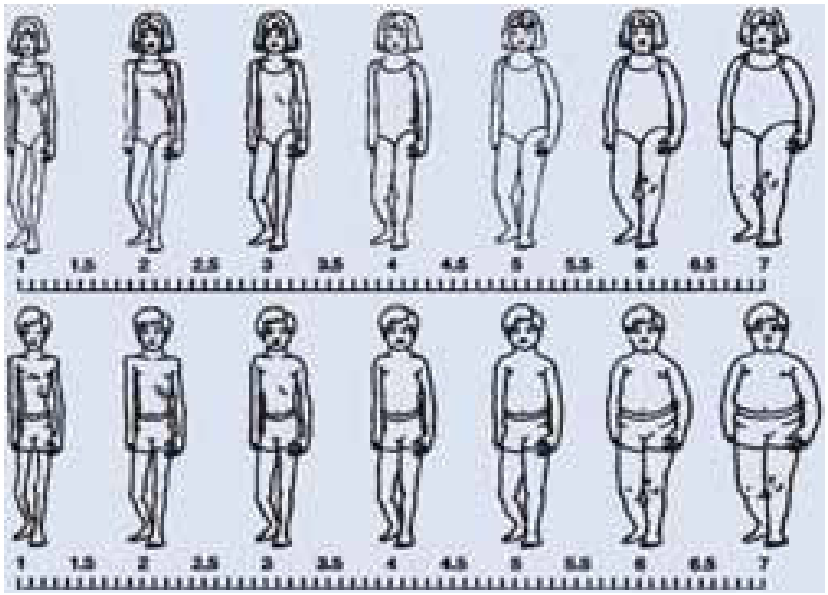
La estimación corporal global como su nombre lo indica, permite tener una visión total del cuerpo o de constructos corporales globales para determinar la percepción que tienen las personas sobre sus propios cuerpos.

Entre los principales métodos de estimación corporal global según Raich, (2004) y Salaberria, et al., (2007) son:

- Videos
- Fotografías de siluetas
- Confrontación de la imagen por medio de espejos
- Escalas de siluetas o figuras corporales (Gráfico 5 y 6)

En esta medición los sujetos deben estimar el tamaño y la forma de su propia imagen confrontada y posteriormente se compara con la real, usando los métodos nombrados previamente, la persona o individuo debe escoger la figura que cree mejor le representa y la que desearía tener, lo que da una medida de la discrepancia entre la figura real, la ideal y de la insatisfacción corporal. (Salaberria, et al., 2007).

GRÁFICO 5: Escala de Siluetas de Imagen Corporal de Collins



Fuente: Collins E. 1991; Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. International Journal of Eating Disorders.

GRÁFICO 6: Escala de siluetas de imagen corporal



Fuente: Estudio sobre el Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana, Salud Pública Méx 2006.

B. Métodos de estimación por partes corporales

Este método fija la evaluación en puntos determinados del cuerpo es decir en partes específicas, según Salaberria, et al., (2007) la evaluación de estos métodos, se realizan

por medio de un procedimiento en donde los sujetos estiman la anchura de una parte de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie, se pide a una persona situada de pie que estime la anchura de sus hombros, cintura o caderas sobre un plano, posteriormente se estima la amplitud de cada uno de estos segmentos vista de frente, a continuación se mide esta distancia y se compara a la que realmente mide la persona dividiendo la medida real por la percibida multiplicando por 100, el resultado es el porcentaje de distorsión. Se considera que existe una mayor distorsión en la medida que la diferencia de tamaño (el percibido y el real) es mayor.

Por otro lado Raich, (2004), establece métodos analógicos para facilitar la evaluación de la estimación por partes corporales, este método consiste en pedirle a la persona evaluada que efectúe una estimación de la amplitud frontal o lateral de un segmento corporal a partir de dos puntos luminosos cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad por el propio sujeto. La discrepancia entre la estimación realizada de esta manera y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño.

La utilización de estos métodos para evaluación de la imagen corporal depende del criterio del investigador o de la persona encargada para realizarlo y dependiendo de los resultados que desea obtener, Thompson (1996) citado en Salaberria, et al., (2007) señala que en general es más adecuado utilizar medidas de estimación corporal global y de carácter actitudinal, de igual modo varios estudios de Cash y Deagle (1997) citado en López y Del valle, (2008) informan que los métodos de estimación perceptiva global son más fiables que los implicados en segmentos corporales.

Como se conoce la percepción de la imagen corporal es algo subjetivo y está ligada a varios factores que debemos tomar en cuenta al momento de la evaluación, para de esta manera tener resultados más veraces; Salaberria, et al., (2007) menciona que la imagen corporal es incierta, inestable y débil, por tanto no es estática. Además al evaluar o estimar el tamaño del cuerpo deben tenerse en cuenta diversas variables que pueden influir en el grado de precisión perceptiva, como son: la habilidad visoespacial del paciente, el entrenamiento en la medida utilizada, los efectos de la evaluación repetida, la ropa que lleva puesta el paciente, la iluminación, la comida consumida previamente, las instrucciones y el tamaño actual del sujeto.

Tabla X: Principales instrumentos de evaluación del trastorno de la imagen corporal

ASPECTOS PERCEPTIVOS	
Estimación corporal global	**Estimación de partes corporales**
Entrevista • Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)(Rosen y Reiter, 1996)	
Cuestionarios • Subescala del EDI (Garner, Olmstead y Polivy, 1983) • Escala Yale-Brown modificada (Phillips, 1993) • Body shape questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) • Escala de Síntomas del Trastorno Dismórfico (Peruggi, Giannotti, Di Vaio, Frare, Saettoni y Cassano, 1996) • Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) (Cash, Winstead y Janda, 1986	
ASPECTOS COGNITIVO- SENSORIAL	
Conocimientos • Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) (Rucker y Cash, 1992) • Appearance Schemas Inventory (ASI) (Cash y Labarge, 1996)	
Conductas • Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991)	

Fuente: Salaberria, et al., (2007), Percepción de la Imagen Corporal.
Modificado: Mercedes Mejía.

2.3 PRÁCTICA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

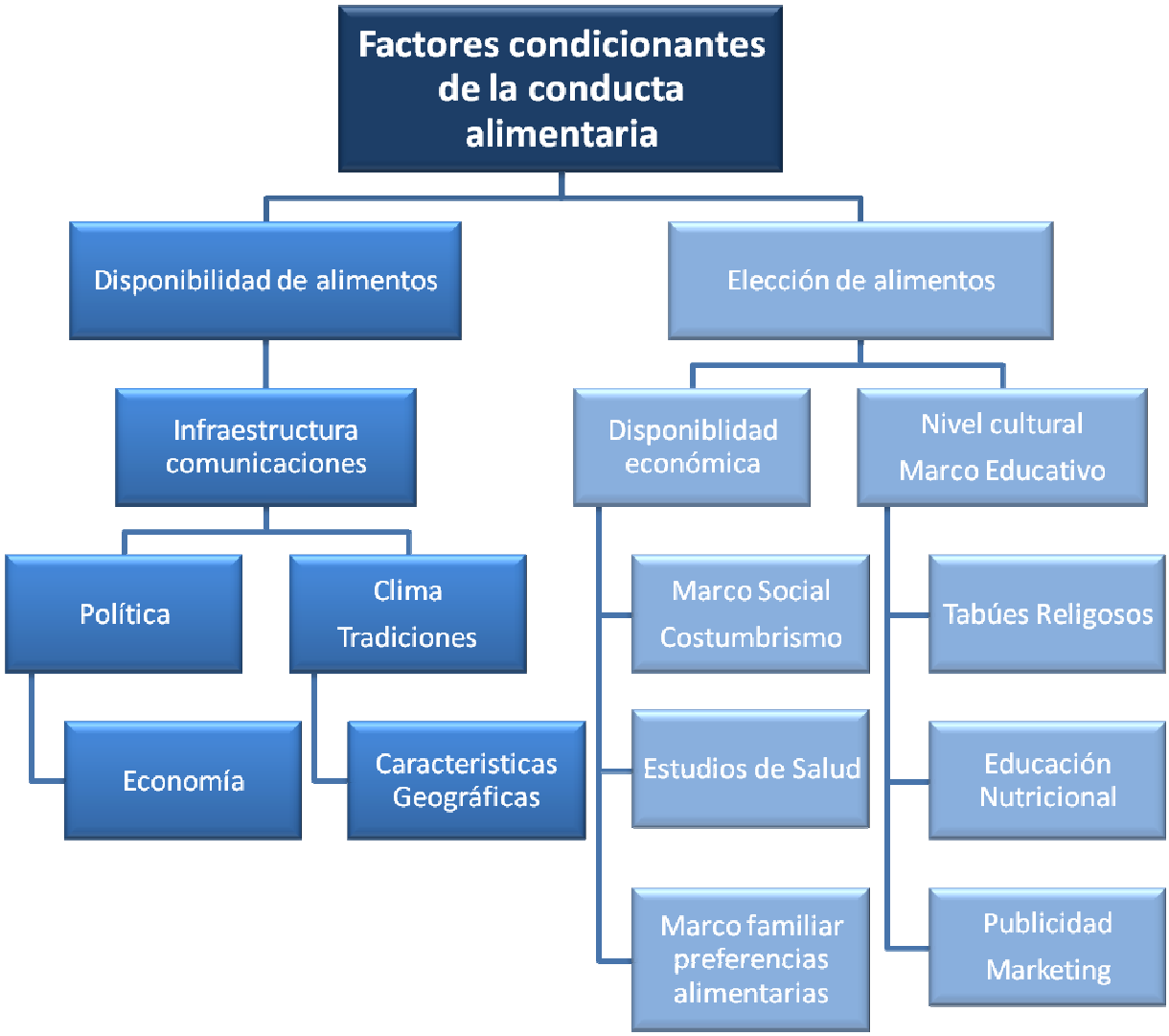
2.3.1 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

2.3.1.1 Definición de conductas alimentarias

La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las

preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. En ella intervienen factores como la fisiología del apetito, la saciedad, aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito. (Gorab, 2005).

GRÁFICO 7: Principales factores condicionantes de la conducta alimentaria



Fuente: Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios
Modificado: Mercedes Mejía.

2.3.1.2 Concepto de Conductas Alimentarias de Riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), son manifestaciones alteradas de la conducta alimentaria que se dan en los individuos que son propensos a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria para controlar el aumento de peso, del mismo

modo la práctica de estas conductas son consideradas como síntomas permanentes de estas patologías.

Según Unikel, Santoncini, Bojorquez, Chapela , Carreño y García, (2004) citados en Rodríguez, Van Barneveld Hans, González, Unikel-Santoncini y Becerril (nf), las Conductas Alimentarias de Riesgo, son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En un estudio aplicado a una población mexicana Unikel, Villatoro, Medina, Mora, Alcántar, Fleiz y Hernández, (2000) citado en Rodríguez, et al., (nf), comprobaron que las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen en una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vómito autoprovocado.

Las conductas alimentarias de riesgo engloban prácticas que el individuo asume para mejorar su imagen corporal y evitar aumentar de peso, entre las principales tenemos.

- Práctica de dietas restrictivas
- Ayunos prologados
- Episodio de atracones
- Conductas purgativas, uso de laxantes
- Vomitar después de ingerir algún tipo de alimento
- Uso de medicamentos para bajar de peso

En cuanto a la práctica de dietas restrictivas podemos decir que estos regímenes son esquemas dietéticos desequilibrados en todos sus nutrientes, se caracterizan por no cumplir con los requerimientos calóricos necesarios para el funcionamiento del cuerpo, muchas de ellas están por debajo de las 1200 Kcal.

Entre las dietas restrictivas que practican los jóvenes son dietas sacadas de fuentes no confiables como revistas, periódicos, entre otras que no tiene fundamento científico y se las practica sin ningún control médico.

Muchas de estas dietas dejan secuelas en las personas que lo practican como:

- Desnutrición aguda
- Deshidratación

- Desnutrición en cuanto a micronutrientes
- Caquexia[12]

Gorab (2005) señala que le ayuno y las dietas restrictivas no permiten que el organismo disponga de todos los nutrientes que necesita, el alimentarse con una dieta restrictiva afectará al organismo que empezará a autocomerse, provocando una desnutrición en la que se pierde masa muscular, masa grasa, disminución del tamaño de las vísceras, perdida de hueso así como proteínas y minerales de la sangre.

Investigaciones realizadas por la Facultad de Psicología de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) revela que las personas que hacen algún tipo de dieta restrictiva tienen 18 veces más probabilidades de caer en trastornos de conducta alimentaria.

Aparte de las dietas, las prácticas para el control de peso también incluyen las conductas purgativas, en estas se encuentran englobado el uso de laxantes, los cuales incentivan la motilidad intestinal lo que aparentemente permite eliminar rápidamente los alimentos consumidos recientemente , al igual que la acción de expulsar los alimentos mediante vómito. Gorab, (2005) menciona que cerca de las dos terceras partes de lo que se consumió se absorbe antes de vomitarlo o de expulsarlo mediante la evacuación, lo que este método no da resultados confiables al momento de controlar el peso, lo único que se consigue con estas prácticas es :

- Pérdida de gran cantidad de líquido y electrolitos que se encuentran en el jugo gástrico, y del mismo modo en las deposiciones continuas. Esta pérdida de electrolitos altera la frecuencia y ritmo cardiaco, si esto no es controlado puede causar la muerte súbita del individuo por paro cardiaco.

- Las personas que recurren al vómito como método purgativo también pueden presentar irritación y lesiones a nivel esofágico y de la faringe, así como el desgaste del esmalte de los dientes.

- Las personas que abusan de los laxantes alteran la movilidad del intestino, resultado de esto el intestino se vuelve perezoso lo que conduce a problemas de estreñimiento.

[12] Estado de extrema desnutrición

Otra de las conductas de riesgo aunque su concepto no se englobe en conductas alimentarias especificas, causa un alto impacto en el organismo de la persona que lo práctica, se trata de la práctica de ejercicio excesivo, esta conducta provoca un gasto energético enorme, el cual llega a desgatar músculo y hasta huesos.

2.3.1.3 Evaluación de las Conductas Alimentarias de Riesgo

La evaluación de las Conductas Alimentarias de Riesgo se realiza por medio de métodos más objetivos como es la utilización de varios cuestionarios, estos contiene preguntas indirectas y no preguntas directas que puedan ser inductoras, por lo tanto son cuestionarios con validez interna, sensibilidad y especificidad (Ruiz y Sánchez, nf).

Entre los principales cuestionarios de evaluación de conductas alimentarias de riesgo y de detección de sintomatología asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria tenemos:

Tipo de cuestionario	Objetivo	Nombre
Cuestionarios de exploración de actitudes	Detectar sintomatología propia de los TCA -	• Eating Attitudes Test (EAT) • Eating Disorder Inventory (EDI) • Bulimia Test (BULIT) • Binge Eating and Cognitive Factors Scale • Cuestionario SCOOF

Fuente: Ruiz y Sánchez (nf). Trastornos del comportamiento alimentario
Modificado por: Mercedes Mejía

2.3.1.3.1 <u>Cuestionarios de evaluación de conductas alimentarias</u>

A. Eating Attitudes Test (EAT) o Test de la actitud frente a la comida

Conocido también como cuestionario sobre actitudes alimenticias, fue elaborado y diseñado por Garner y Garfinkel en el año de 1979 con el objetivo de identificar síntomas y aspectos característicos de los trastornos alimenticios en muestras no clínicas.

El EAT *Eating Attitudes Test* se ha ido modificando con el transcurso del tiempo inicialmente se dio a conocer como EAT-40 cuestionario que contiene 40 ítems agrupados en 6 factores principales como son: conductas bulímicas, imagen corporal con

tendencia a la delgadez, uso de laxantes, presencia de vómitos, restricciones de tipo alimentario como dietas, ayunos, y finalmente la presión social frente al peso. Con el pasar del tiempo se desarrollo una versión más simple y actualizada el EAT- 26 en donde se eliminó algunos ítems que calificaban de redundantes y no favorecían en la especificidad del resultado que proporcionaba el instrumento. En cuanto a la sensibilidad y especificidad de la prueba Mijan de la Torre, (2004) menciona que ambas versiones cuentan con el 77 y 95 % respectivamente.

B. Eating Disorder Inventory (EDI)

Diseñado para evaluar varias áreas cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia, también conocido como inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y sus colaboradores.

El EDI contiene 64 ítems agrupados en ocho subescalas que se relaciona entre sí, entre las cuales se encuentran:

Escala	Propósito
• Motivación para adelgazar • Sintomatología bulímica • Insatisfacción por su propia imagen corporal	Miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso e imagen corporal.
• Inefectividad y baja autoestima • Perfeccionismo • Desconfianza interpersonal • Conciencia • Miedo a madurar	Evalúan características psicológicas generales que se asocian con los trastornos alimenticios.

El EDI se evalúa por una escala de 6 puntos en donde se puede sumar el puntaje de cada subescala para obtener un resultado global o analizar el resultado o puntaje de cada escala por separado.

La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Mijan de la Torre (2004) señala que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente a los individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria de aquellos que tienen otros trastornos psicológicos.

C. Bulimia Test – Revised (BULIT-R)

El BULIT o prueba de bulimia fue originalmente diseñada para conocer en la población en general los principales que factores que determinan el riesgo a presentar bulimia. En 1991 Thelen desarrolló una nueva versión revisada del BULIT, esta nueva prueba de bulimia (BULIT-R) contiene 36 ítems para medir la sintomatología de la enfermedad de acuerdo a los criterios del DSM III para la bulimia.

La evaluación de esta prueba se hace en base a una escala de 5 puntos, de los 36 ítems que conforman la prueba solo 20 de estos son utilizados para determinar el puntaje final, este puntaje se obtiene sumando los 28 ítems cuyo total puede variar entre 28 y 140 puntos, la persona evaluada con un puntaje superior a 104 se puede decir que tiene riesgo a presentar bulimia en un futuro.

Iñarritu, M; Cruz, V; Morán, I (2004) manifiestan que el autor del instrumento informa que la confiabilidad de la prueba-postprueba es 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%.

Otro dato importante sobre esta prueba es la de que debe ser aplicada a una población que tenga un nivel de estudio medio o superior para de esta manera evitar errores en la interpretación de las preguntas presentes en el test.

D. Bulimia Test of Edimburg (BITE)

BITE o también conocida como prueba de bulimia de Edimburgo creada en el año de 1987 por Henderson y Freeman, consta de 33 preguntas que permiten identificar personas que presentan síntomas de bulimia.

Este instrumento es eficaz en la detección precoz de individuos que puedan desarrollar bulimia y algún tipo de trastorno de la alimentación, esta prueba permite conocer o valorar la intensidad de la enfermedad por medio de las preguntas que se encuentran establecidas en el test, permitiendo conocer de una manera eficaz la respuesta que tendrá una persona al tratamiento.

E. Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q)

Instrumento también conocido como el examen para los trastornos alimenticios cuestionario auto aplicado, este test fue diseñado y elaborado a partir de una entrevista semiestructurada conocida como un estándar de la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria conocida como EDE, la nueva y mejorada versión del EDE fue desarrollada pro Fairbun y Beglin en el año de 1994 y se dio a conocer como EDE-Q, este instrumento permite evaluar aspectos importantes de la alimentación como conductas alimentarias, restricciones alimentarias, por otra parte evalúa la preocupación por el peso y al figura.

La evaluación del EDE-Q se lo realiza por medio de una escala de 7 puntos en donde mientras más alto es el puntaje mayor es la severidad del trastorno.

F. Encuesta SCOFF

El cuestionario SCOFF acrónimo en inglés de *sick, control, one, fat, food,* proveniente de sus 5 preguntas, elaborado por Morgan y fue desarrollado según los criterios del DSM-IV, este cuestionario es un instrumento efectivo para detectar Trastornos de la Conducta Alimentaria pero no para diagnosticarlos.

Rueda, G; Díaz, L; Barros, J; et all 2005, mencionan que el SCOFF es un cuestionario fácil, sencillo y rápido de aplicar, de uso público que ha mostrado una adecuada especificidad para el tamizaje de trastornos alimenticos en estudiantes y en atención primaria de la población inglesa.

La evaluación de este cuestionario se realiza en base a respuestas positivas una puntuación mayor a dos se traduce en un riesgo de Trastorno Alimentario, sus autores reportan una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una probabilidad de falsos positivos del 12.5%. Iñarritu, 2004.

2.4. EL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional como parte de la detección de trastornos alimenticos cumple un papel importante, ya que establece las circunstancias en las que se encuentra la nutrición de un individuo en un momento determinado, esto permitirá comparar índices de estado nutricional con la percepción de la imagen corporal y conocer si existe algún riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Gorab, 2005).

2.4.1 Concepto De Estado Nutricional

El estado nutricional hace referencia a la situación nutricional que se encuentra un individuo, un estado nutricional normal es el reflejo del equilibrio entre la ingesta balanceada de alimentos y el consumo de energía necesaria para satisfacer las necesidades fisiológicas del cuerpo. Cuando existe algún factor que interfiera en este equilibrio puede presentarse o desarrollarse en el individuo problemas de malnutrición, sean estos por déficit o por exceso.

2.4.2 Evaluación del estado nutricional

2.4.2.1 Definición

El Departamento de salud y Servicios Humanos de Norteamérica la define como: “la medición de indicadores del estado dietético y estado de salud relacionado con la nutrición, para identificar la ocurrencia, naturaleza y extensión de alteraciones en el estado de nutrición.”(Citado en Suverza y Haua, 2010, p.4).

También se puede decir que la evaluación del estado nutricional consiste en determinar el nivel de salud y bienestar de una persona desde el punto de vista de la nutrición, en donde se interpreta un conjunto de datos antropométricos, clínicos, bioquímicos, socioculturales, entre otros.

Suverza y Haua, (2010) proponen algunos elementos para la evaluación nutricional:

- Obtención de datos e información por parte de la persona evaluada.
- La realización de una serie de pruebas y mediciones.
- La aplicación sistemática y ordenada de los mismos.
- La evaluación propiamente dicha e interpretación de datos, información, mediciones y pruebas obtenidas.

- El establecimiento de un diagnóstico nutricional sobre el estado de nutrición en el que se encuentra la persona evaluada.

2.4.2.2 Objetivos de la Evaluación Nutricional

Los objetivos de la evaluación nutricional en general son:

- Conocer las condiciones nutricionales de un individuo o grupo de población.
- Medir el impacto de la nutrición sobre la salud y el rendimiento.
- Identificar personas con riesgo de mal nutrición, ya sea por déficit o por exceso.
- Identificar a las personas que en razón de su estado de nutrición tienen riesgo elevado de morbilidad y mortalidad.
- Determinar los requerimientos nutricionales de una persona.
- Evaluar efectos de los programas de suplementación.
- Establecer un diagnostico nutricional del individuo.

Debemos tener en cuenta al momento de considerar los objetivos de la evaluación nutricional a que grupo va enfocado, si es para determinar individuos con mal nutrición o personas que presentan una enfermedad ya determinada, consecuencia de la malnutrición.

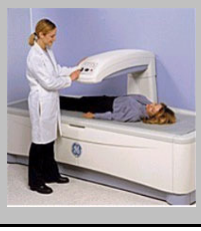
En los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria el objetivo principal de la evaluación del estado nutricional según Behar, (2010) es el de romper el círculo de perpetuación de la enfermedad mediante la realización de exámenes físicos, evaluación química analítica completa, e indagando de la historia dietética.

2.4.2.3 Componentes de la Evaluación Nutricional

Una evaluación minuciosa y efectiva del estado nutricional, comprende los siguientes componentes (Tabla XI):

- Evaluación dietética e indagación de hábitos alimenticios
- Evaluación antropométrica
- Evaluación clínica o examen físico
- Evaluación bioquímica
- Evaluación biofísica

Tabla XI: Componentes de la evaluación nutricional

COMPONENTE	EVALUA	DETECTA	INSTRUMENTOS
Evaluación Dietética 	Ingesta de nutrientes Hábitos alimenticios	Deficiencia y excesos del aporte de nutrientes	Recordatorio 24 horas Frecuencia de consumo Historia dietética Registro de alimentos
Evaluación antropométrica 	Crecimiento de las dimensiones físicas	Obesidad Desnutrición crónica o aguda Composición corporal	Peso, talla, pliegues cutáneos, perímetros, longitudes, circunferencias.
Evaluación Clínica y examen físico 	Alteraciones en el aspecto físico Alteraciones gastrointestinales Capacidad funcional Alteraciones del apetito	Deficiencias de nutrientes interacción entre fármacos y nutrientes	Historia clínica Exploración física Índices pronóstico
Evaluación Bioquímica 	Metabolismo de nutrientes	Deficiencias y alteraciones metabólicas de nutrientes	Niveles plasmáticos y urinarios de nutrientes
Evaluación Biofísica 	Composición corporal	% de masa magra % de masa grasa % de agua inter e intra celular Estructura ósea	Resonancia magnética Tomografía computarizada Bioimpedancia Desintometría ósea

Fuente: Folleto de la materia de Evaluación del estado Nutricional
Modificado por: Mercedes Mejía

2.4.2.3.1 Evaluación Dietética

La evaluación dietética se utiliza para conocer y analizar el patrón alimentario y hábitos alimenticios de una persona; asimismo permite detectar errores dietéticos en los individuos y a partir de esto promocionar dietas saludables de acuerdo a los objetivos nutricionales de un correcto esquema nutricional.

La evolución dietética dispone de cuatro fases que son:

- Medición del consumo de alimentos
- Cálculo del contenido de nutrientes de los alimentos consumidos
- Estimación de los nutrientes absorbidos
- Evaluación de la ingestión de nutrientes en relación a lo recomendado

Suverza y Haua, (2010), plantea varios componentes que deben ser indagados en la evaluación dietética y son:

- Número de comidas por día
- Horario de comidas
- Colaciones o refrigerios
- Alergias alimentarias
- Preferencias y aversiones
- Restricciones alimentarias
- Evaluación sensorial de hambre y saciedad
- Antecedentes de dietas previas y resultados
- Antecedentes de medicamentos para bajar de peso
- Bebidas de preferencia

La evaluación dietética en el caso de las personas con riesgo Trastornos de la Conducta Alimentaria, permite identificar cuáles son las prácticas alimentarias, y de esta manera identificar conductas alimentarias de riesgo.

En el caso de los pacientes con un trastorno alimenticio presente la evaluación dietética es muy importante ya que permite indagar detalladamente horarios, tiempos de comida, tipos y cantidad de comida, alimentos prohibidos y permitidos, y determinar ingesta calórica total. (Behar, 2010).

Para los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria los objetivos de esta evaluación según Behar, (2010, p.407) van dirigidos a:

- Restablecer un patrón alimentario normal.
- Incorporación paulatina de alimentos restringidos prohibidos para el paciente.
- Educar y reforzar los conocimientos sobre conceptos de alimentación.
- Alcanzar y mantener un estado nutricional adecuado.

2.4.2.3.2 Evaluación Antropométrica

La antropometría es una técnica, fácil de usar y poco costosa por lo que es un método ampliamente usado en la evaluación nutricional.

A. Definición de Antropometría

La antropometría representa un indicador objetivo para evaluar las dimensiones físicas, proporciones y la composición corporal de los individuos. (Suverza y Haua, 2010).

B. Objetivos de la antropometría

- Detectar déficit o exceso de reservas corporales
- Controlar el crecimiento y desarrollo en niños
- Evaluar el efecto de las intervenciones nutricionales

La evaluación antropométrica se refiere a la medición e interpretación de los datos antropométricos obtenidos de cada individuo, Suverza y Haua, (2010) considera que es importante la aplicación de la antropometría, ya que puede existir un margen de error elevado al momento de la toma de las mediciones sin una técnica adecuada.

C. Mediciones antropométricas

Entre las diferentes mediciones que permiten conocer la composición corporal de un individuo están:

- Peso
- Estatura
- Longitud
- Anchura de codo
- Circunferencia de la muñeca
- Pliegue cutáneo tricipital
- Pliegue cutáneo bicipital
- Pliegue cutáneo subscapular
- Pliegue cutáneo suprailiaco
- Circunferencia cefálica
- Circunferencia del brazo
- Circunferencia de la cintura
- Circunferencia del abdomen
- Circunferencia de la cadera

En esta investigación solo se aplicara dos mediciones, peso y estatura para determinar la composición corporal.

I. Peso Corporal

El peso corporal representa la suma de varios elementos constitucionales del cuerpo como proteína, grasa, agua y minerales.

A. Técnica de medición del peso corporal

La medición del peso corporal comúnmente se realiza con una báscula electrónica o mecánica, donde el sujeto debe estar situado en el centro de la plataforma de la balanza, sin que el cuerpo del individuo este en contacto con nada que este a su alrededor, equilibrar el peso con los contrapesos de la balanza y finalmente se realiza la lectura.

Suverza y Haua, (2010) menciona algunos protocolos que se deben tener presentes al momento de realizar la medición del peso y son:

En cuanto a la persona evaluada

- Debe estar sin zapatos
- Debe tener la menor cantidad de ropa posible
- Debe tener la vejiga vacía y por lo menos dos horas sin ingerir alimento.
- Debe estar en el centro de la balanza y permanecer inmóvil durante la medición.

Para la persona que realiza la medición

- Debe vigilar que la persona no esté recargada en la pared ni en ningún objeto cercano y que se encuentre totalmente recta.
- La persona debe registrar la medición de frente a la balanza.
- Asegurarse que la balanza sea encerada después de cada medición.

II. Estatura

La estatura comprende la medición de varios segmentos del cuerpo, que incluyen cabeza, cuello, tronco, y extremidades inferiores, Gonzales y Ceballos, (2003) menciona que esta dimensión se define como la distancia que hay entre el vertex[13] y la superficie donde se encuentra parado el sujeto.

a. Técnica de medición de la estatura

Comúnmente para esta medición se utiliza un tallímetro, estadiómetro o antropómetro; la posición del sujeto en esta medición es fundamental independientemente del instrumento que se use para la medición.

Según Gonzales y Ceballos, (2003) el protocolo de medición de la estatura es el siguiente:

[13] Punto más elevado del cráneo, en el plano sagital medio

- El sujeto evaluado debe estar descalzo o con medias finas, poca vestimenta para observar la colocación del cuerpo, el cabello de modo tal que no obstaculice la medición, sin ningún tipo de accesorio y de preferencia suelto.

- El sujeto se coloca de pie sobre una superficie plana en ángulo recto con la parte vertical del instrumento, los talones unidos tocando la base de la parte vertical del instrumento.

- Las escápulas, nalgas y parte posterior del cráneo deben estar en un mismo plano vertical y en contacto con el instrumento

- El peso del cuerpo debe estar distribuido de modo igual entre ambos pies y la cabeza orientada en el plano de Frankfort[14]. Los brazos deben estar colgando libremente a ambos lados del cuerpo. Finalmente se desliza la varilla móvil del antropómetro hasta tocar el vertex y realizar la lectura.

La evaluación antropométrica implica la determinación de un diagnóstico, el cual según Suverza y Haua, (2010) representa un juicio de valor sobre el estado nutricional del individuo.

La aplicación de índices facilitan la evaluación y por ende permite determinar un diagnostico. Un índice conjuga varias mediciones, en la evaluación antropométrica existen índices estandarizados que nos permiten obtener un diagnóstico acertado en esta evaluación, entre los índices antropométricos tenemos:

- Peso / talla
- Peso/ edad
- Talla/ edad
- Índice de masa corporal
- Circunferencia cefálica / edad
- Circunferencia de brazo / edad
- Índice cintura / cadera

[14] Plano horizontal delimitado por el extremo inferior de la órbita izquierda y el margen superior de ambos meatos auditivos externos.

b. Índice de masa corporal o índice de Quetelet

El índice de masa corporal (IMC) fue desarrollado en 1871 por Adolphe J. Quetelet, este indicador describe el peso relativo para la estatura y está correlacionado de modo significativo con el contenido de grasa caporal de la persona. (Suverza y Haua, 2010).

Según Suverza y Haua, (2010) el IMC es un buen indicador de reservas energéticas del individuo con un estilo de vida sedentario, pero no es útil en atletas, se aplica a adultos de todas las edades, de ambos sexos y para adultos por debajo de 65 años, no es aplicable en embarazadas, mujeres lactantes, personas con mucha masa muscular como físico culturistas.

Para su determinación se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{IMC } (\text{Kg/m}^2) = \frac{\text{Peso en Kilogramos}}{\text{talla en m}^2}$$

Para su evaluación existen diferentes puntos de corte que se han establecido por la OMS, (2004) en donde se subdivide en puntos de corte principales y adicionales, (Tabla XII) lo que permite valorar con mayor exactitud la severidad en casos de desnutrición. (Suverza y Haua, 2010).

Tabla XII: Puntos de corte internacional para el indicador IMC del adulto de la OMS, (2004)

Clasificación	IMC	
	Puntos de corte principales	Puntos de corte adicionales
Bajo peso	< 18.50	< 18.50
Delgadez (desnutrición) severa	< 16.00	< 16.00
Delgadez (desnutrición) moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez (desnutrición) leve	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Rango normal	18.50-24.99	18.50-24.99
		23.00 - 24.99

Sobrepeso	> 25.00	> 25.00
Preobesidad	> 25.00 - 29.99	> 25.00 - 27.49
		27.50-29.99
Obesidad	>30.00	>30.00
Obesidad clase I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50-34.99
Obesidad clase II	35.00-39.99	35.00 - 37.49
		37.50 -39.99
Obesidad clase III	> 40.00	> 40.00

Fuente: El ABC de la evaluación Nutricional
Modificado: Mercedes Mejía

- **Aplicación de indicador (IMC) en los TCA**

Garner, Garner y Van Egeren (1992) señalan la importancia de controlar el índice de masa corporal (IMC) a la hora de comparar la insatisfacción corporal en diferentes grupos y a nivel terapéutico, ya que de esta manera se puede interpretar una alteración de la imagen corporal con relación a su IMC real, Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor (1993) y Rosen (1992) destacan que el trastorno de la imagen corporal juega un papel importante en el mantenimiento y pronóstico de los Trastornos Alimenticios y la ausencia de cambios en ese nivel constituye un riesgo de recaída.

Acerete, (nf) sugiere que es necesario valorar y monitorizar el estado antropométrico de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, el peso necesario para alcanzar los diferente índices de masa corporal sirven para definir objetivos terapéuticos basándose en ganancias específicas de peso en estos pacientes.

2.5 PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

La prevención es una de las herramientas y el recurso actual más importante para tomar ciertas medidas encaminadas a impedir un determinado fenómeno o patología.

2.5.1 Definición de prevención

Según la OMS en su glosario para la salud da la siguiente definición, en donde menciona que la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no

solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Como se ya se conoce las cifras de estos trastornos cada día van en aumento; la anorexia nerviosa ocurre en 0.5 a 1% y la bulimia nerviosa en 0.9 a 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes, mientras que un 5 a 13% adicional sufren de síndromes parciales de trastornos alimenticios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Kurthy otros, 1995; Shisslak, Crago &Estes, 1995; Keel, Leon & Fulkerson, 2001 citados en el Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004, p.44), por lo que es importante estudiar a fondo el tema de la prevención de estas enfermedades.

2.5.2 Tipos de prevención

Muchos autores han intentado categorizar o tipificar la prevención de los trastornos alimenticios para de esta manera poder obtener mejores resultados y una mayor aceptación, García, López, Pérez, López y Monjas, (nf) proponen tres tipos de prevención, las cuales se dividen en primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria trata de reducir en medida de lo posible la prevalencia de la enfermedad, incidiendo en aquellos aspectos que faciliten el desarrollo de la misma, la prevención secundaria se basa en la detección precoz y derivación adecuada para facilitar el inicio de un tratamiento eficaz, finalmente la prevención terciaria trata de eliminar o reducir posibles complicaciones en el curso de la enfermedad. Asimismo la OMS en su glosario para la salud deriva la prevención en tres partes en donde, la prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

Behar, (2010) plantea una visión de la prevención de los trastornos alimenticios divida en dos partes en donde se puede considerar la prevención primaria enfocada a reducir la enfermedad y la secundaria encaminada a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento; cada intervención preventiva cuenta con un objetivo especifico, un momento concreto de aplicación lo que incluye un grupo objetivo

especifico, en que situaciones se aplica y en qué forma puede actuar el personal de salud.

2.5.2.1 Prevención Primaria

La prevención primaria intenta llegar y trabajar con los individuos que no presentan síntomas de alguna patología en particular, pero si puede estar englobado en un grupo de riesgo.

En cuanto a los trastornos alimenticios Vandereycken y Noordenbo, (2000) señalan que este tipo de prevención se enfoca en atenuar la incidencia de los trastornos alimenticios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo, y de esta manera eliminar los factores causales o a su vez anularlos.

2.5.2.1.1 Grupos Objetivos de la prevención primaria

Pratt y Woolfenden, 2003, citados en el Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, indican que las intervenciones preventivas se enfoca en un determinado grupo objetivo en donde permite dividir la prevención primaria en categorías como:

Prevención universal: en donde están incluidos estudiantes de escuela primaria, media y secundaria.

Prevención selectiva: en donde se incluyen poblaciones especificas en riesgo tales como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria.

Prevención indicada**:** se aplica en niñas adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimenticios a niveles subclínicos, cabe recalcar que la prevención indicada también se aplica a jóvenes del sexo masculino.

El plan de la atención primaria en los trastornos alimenticios engloba algunas fases, lo cual permite llegar al individuo, su ambiente y entorno y de esta manera hacer frente los diferentes factores desencadenantes de dichos desordenes; los aspectos que aborda el plan de prevención primaria son:

- Información
- Modificación de conductas precursoras de la enfermedad
- Modificación de estereotipos
- Educación y protección de los individuos

A. INFORMACIÓN

Una correcta prevención se da con una adecuada información de los principales temas que enmarca dichos trastornos, dar a conocer el significado de estas patologías, quienes son más vulnerables, factores de riesgo, epidemiologia de los trastornos alimenticios en el mundo, causas, consecuencias, tratamiento y lo más importante medidas preventivas para hacer frente a estas enfermedades.

La información no solo va dirigida a los principales grupos de riesgo ya que como se sugiere en la Guía de Trastornos Alimenticios del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva la intervención no solo se limita a una sola esfera de la vida de la persona que puede padecer de un trastorno si no que su entorno familiar también tiene que ser involucrado.

El objetivo de una adecuada información es el de romper con el desconocimiento de dichas enfermedades y de algunos temas que se han propuesto anteriormente, la información que se proporciona a los sujetos no debe ser demasiado exhaustiva, no debe contener un lenguaje que el receptor no lo entienda, la información que se proporciona debe ser clara y especifica; asimismo una adecuada información pretende evitar que muchas de las personas se creen constructos erróneos sobre estos trastornos provenientes de experiencias personales, de experiencias del entorno, atreves de medios de comunicación poco confiables, en donde se extraen consecuencias rápidas y comúnmente erróneas sobre aspectos asociados a estas enfermedades Behar 2010.

Existe cierta inquietud sobre la difusión de información sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, uno de los aspectos que se plantean de manera controvertida es la conveniencia o no de informar sobre estas enfermedades, muchos autores recalcan la importancia de dar a conocer lo que respecta a las principales causas, síntomas y consecuencias de los mismos; por otra parte otros autores alertan sobre ofrecer demasiada información, mencionan que el exceso de información y ofrecer una

publicidad sensacionalista de estas enfermedades puede ser contraproducente. García, et al., nf., pg. 458.

B. MODIFICACIÓN DE ESTEREOTIPOS Y CONDUCTAS PRECURSORAS DE LA ENFERMEDAD

Esta fase da a conocer las conductas que un individuo está llevando a cabo y de esta manera catalogarlas como conductas saludables o de riesgo, las cuales en un futuro pueden llegar a desencadenar un problema alimenticio.

Para hacer frente algunas conductas precursoras de estos problemas se debe realizar y desarrollar algunos programas que inciden en la corrección de conductas desencadenantes y causales de estas enfermedades.

Según Behar (2010) entre las conductas precursoras de estos trastornos están:

- Inicio de dietas restrictivas sin consentimiento familiar con la finalidad errónea de mejorar la figura, dietas sin supervisión de profesionales y comúnmente sacadas de revistas, internet, o de experiencias de una persona cercana, las cuales carecen de fundamento científico y a la vez pueden ser muy perjudiciales no solo para la salud física si no también mental.

- Disminución de la autoestima reemplazada por la valoración a estereotipos totalmente falsos, ideales de delgadez, entre otros.

- Mayor insatisfacción de imagen corporal lo que lleva a los individuos a experimentar métodos inapropiados de control de peso

Los programas de prevención en su mayoría tratan de enfocarse en controlar varios aspectos que desencadena la publicidad engañosa, enseñar al receptor a discernir los mensajes publicitarios y de esta manera fortalecer el pensamiento crítico del individuo, en especial y con mayor énfasis en lo que respecta a modelos y estereotipos corporales. Así también, en el análisis de los modelos o estereotipos corporales predominantes en la sociedad actual en comparación con otras épocas y culturas y finalmente analizar

determinadas creencias y tópicos respecto al cuerpo y a la alimentación. García, et al., nf., pg. 458.

C. EDUCACIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS INDIVIDUOS

La educación es una de las vías más factibles para lograr una cultura de prevención y por tanto de promoción de salud.

La educación es el principal pilar en el que debemos trabajar para lograr los objetivos de la prevención, en especial la educación en salud.

Definición de educación en salud

La OMS en su glosario para la salud, 1998 la define como:

> La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Actualmente existe una versión modificada en donde en el mismo glosario se indica que la educación para la salud no solo aborda lo anteriormente citado, es decir la transmisión de la información sino que también hace énfasis en el fomento de la motivación, autoestima, valores y habilidades personales, necesarias para adoptar medidas encaminadas a mejorar la salud, recalcando lo siguiente:

> La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

La educación para la salud forma parte fundamental en lo que respecta a la cultura de prevención, la que se debería fomentar e impartir desde muy temprano en las personas, esto permitirá combatir una de las mayores preocupaciones en nuestra sociedad, que es

la falta de conocimiento en nutrición y de esta forma evitar que la gente sea más vulnerable a padecer este tipo de trastornos.

La educación nutricional también contribuye de manera muy importante a lo que se refiere la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, además permite modificar prácticas alimentarias no adecuadas por medio de la trasferencia de la información y logrando una sustitución de los hábitos alimenticios presentes por otros más apropiados y científicamente fundados, acorde a las necesidades individuales de una persona.

Bolaños, 2009 sugiere la importancia de introducir la prevención de estos trastornos la educación nutricional como parte de la enseñanza fundamental en un individuo, la cual debe ser impartida desde la infancia, dando lugar a la adquisición de conocimientos recientes y fiables acerca de alimentación, nutrición y salud. Trabajando de forma conjunta los temas psicológicos y nutricionales se conseguirán mejorar aspectos como la autoestima, la capacidad de interpretación de la información ofrecida por medios de comunicación, así como los conocimientos para la elaboración de una alimentación completa, variada y equilibrada seleccionando alimentos de buena calidad nutricional.

Para hacer frente este tipo de enfermedades que cada día van avanzando, según la guía de Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios la educación en salud y nutricional debe estar dividida en los siguientes enfoques.

1. Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo aceptando hábitos de salud y bienestar, valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.

.

2. Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y las decisiones personales y valorar los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana.

Entre los temas principales para la educación para la prevención de trastornos alimenticios están:

Hábitos alimenticios

- Correctos hábitos alimenticios
- Nuevas tendencias en hábitos alimenticios
- Transculturación alimentaria
- Modificación de hábitos alimenticios
- Aspectos que pueden ayudar a reforzar hábitos adecuados o a eliminar los inadecuados

Alimentación saludable

- Dieta equilibrada, adecuada y suficiente
- Recomendaciones nutricionales
- Grupo de alimentos
- Pirámide alimenticia
- Problemas en la ingesta insuficiente y en exceso
- Etiquetado nutricional
- Guías alimentarias

Imagen corporal y desarrollo emocional

- Alimentación y las emociones
- Imagen corporal
- Estereotipos corporales actuales
- Autoestima
- Presión sociocultural, estereotipos corporales y actitud crítica
- Moda, ideal de belleza y publicidad engañosa

Trastornos de la alimentación

- Qué son los trastornos de la alimentación
- Anorexia
- Bulimia
- Obesidad
- Conductas alimentarias de riesgo
- Trastornos alimenticios no especificados

Estilo de vida saludable

- Actividad física
- Entornos y ambientes saludables

2.5.2.2 Prevención Secundaria

Las estrategias de la prevención secundaria están encaminadas a la identificación de los individuos en riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio, detección precoz de estas enfermedades, una intervención adecuada y oportuna, finalmente una orientación y derivación a profesionales especializados.

La familia como actor principal de una correcta prevención

Por otro lado la prevención de los trastornos alimenticios engloba actores que están involucrados directa o indirectamente con estas enfermedades: padres, madres, profesorado, personal de salud, amistades, entre otras, por lo que una correcta prevención debe cubrir los niveles individual, familiar y social.

- **La familia**

Dado que los adolescentes son el principal grupo de riesgo de este tipo de trastornos es fundamental que la familia se involucre en la educación nutricional y el desarrollo emocional de los jóvenes.

El papel de la familia para lograr una prevención adecuada en primera instancia es el de fomentar una buena nutrición y por consiguiente brindar una adecuada educación nutricional.

Bolaños, 2009 concluye en su estudio La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria que:

> El núcleo más adecuado para ejercer la educación nutricional siempre ha sido la familia, dado que el individuo desde que nace comparte la comida con el resto de la familia y existe una relación de proximidad y afecto entre los distintos miembros. Sin embargo, la familia ha evolucionado mucho y en la actualidad comparte este papel con otros sistemas educativos de la sociedad. Por ejemplo, en muchos casos los niños tras las clases se quedan en el comedor, pero esto no debe significar que en casa no se deba continuar la formación con respecto a los hábitos alimentarios, ya que los desayunos, meriendas y cenas se realizan en casa, además de todas las

comidas en el fin de semana. Por tanto, es una tarea compartida pero la adquisición de los hábitos alimentarios sigue teniendo lugar mayoritariamente en el hogar.

Por otro lado la familia como agente preventivo no solo se limita a observar el comportamiento alimentario de los individuos en riesgo si no que también debe estar inmiscuido en lo que respecta a su comportamiento emocional, sus relaciones y actitudes frente a los demás y a entender sus preocupaciones; por lo tanto se recomienda que la familia este en constante comunicación, estar alertas a posibles conflictos en los que se encuentran, es conveniente facilitar la expresión de sentimientos, incluyendo los negativos para de esta forma canalizar la frustración en cuanto a sus emociones por canales más saludables y evitar que lo hagan mediante prácticas emocionales inadecuadas y de conductas alimentarias de riesgo. Gascón y Migallón, (nf).

El papel más importante en donde la familia debe actuar es la de poder identificar y percibir los signos y síntomas tempranos de estas enfermedades, Gascón y Migallón, (nf), proponen algunos indicadores a los cuales se deben prestar mayor atención.

Algunos Indicadores tempranos del trastorno son:

- Aumento importante de la actividad física.
- Disminución de las horas de sueño.
- Alteración de horarios de la ingestión de alimentos.
- Alimentación marcada por la práctica de dietas estrictas.
- Rechazo de la comida de todo tipo.
- Atracones de comida repetidos, incontrolados y secretos.
- Consumo de laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes.
- Aislamiento social y ocupar todo el tiempo en actividades “útiles”, por ejemplo, estudiar.
- Preocupación excesiva por su propia imagen y por lo que puedan pensar las demás personas sobre ella.
- Síntomas físicos como vómitos, ausencia de menstruación o pérdida significativa de peso.

La Guía de Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios señala a la familia como la llamada a presentar mayor atención a las preocupaciones en cuanto a la imagen corporal, peso que manifiesta o el miedo a engordar, también prestar mucha atención a quejas continuas sobre aspecto físico, se recomienda a los padres escuchar sin apresurarse a quitar importancia a los comentarios de sus hijos, valorar hasta que punto esto les hace sentir mal e intentar descubrir que factores están provocando o agravando esta emociones. Tomar en cuenta que los padres son facilitadores para poder detectar con mayor agilidad estos trastornos pero en muchos caso los padres no conocen como manejar estos problemas por lo que la derivación a un profesional es importante.

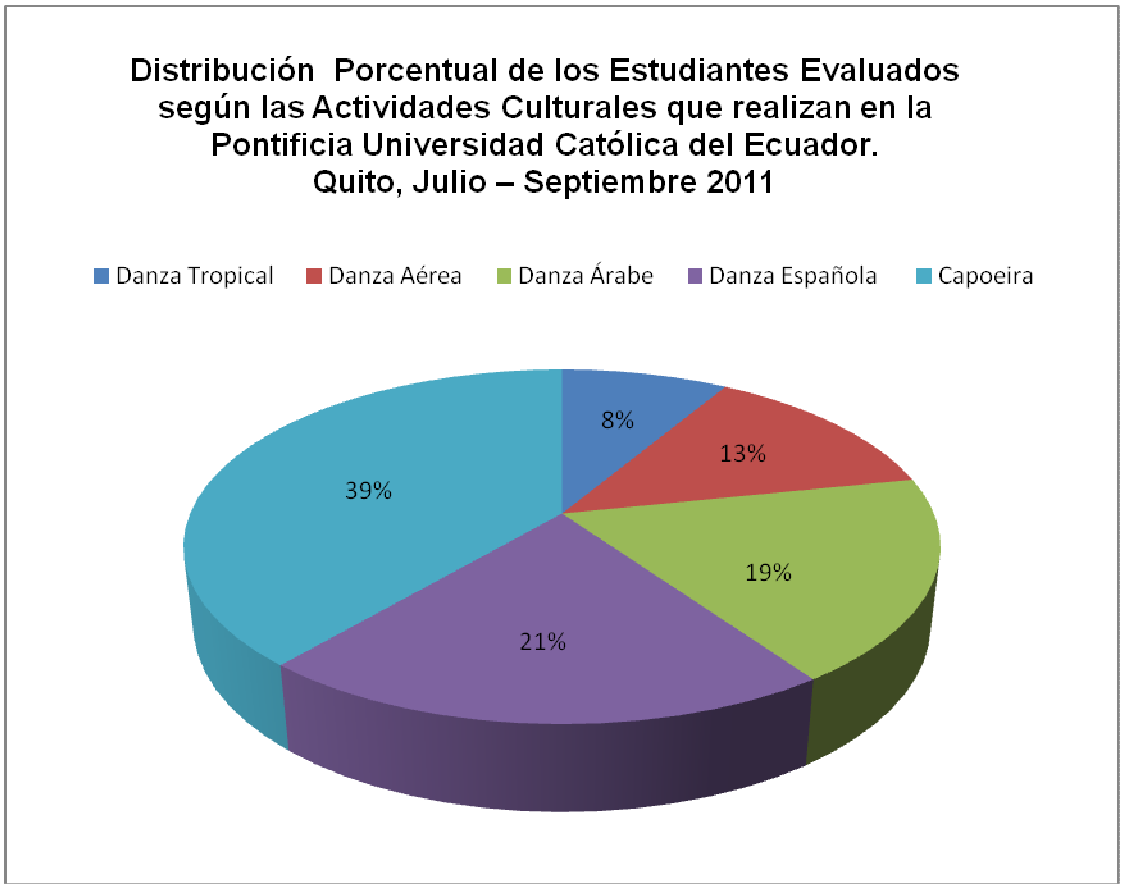
2.6 HIPÓTESIS

La mayor parte de los jóvenes evaluados practican conductas alimentarias de riesgo a pesar que su autopercepción de imagen corporal corresponde a su estado nutricional real.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIANTES EVALUADOS

GRÁFICO 8



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

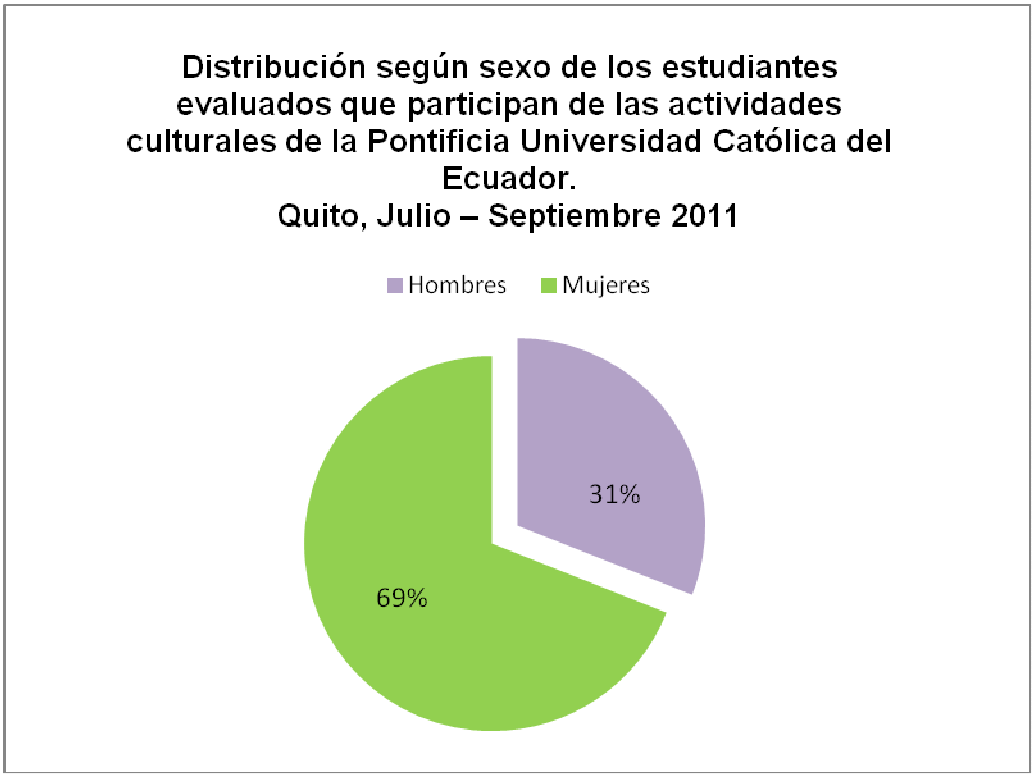
La Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuya sede principal está ubicada en la ciudad de Quito brinda a sus estudiantes diversas actividades culturales con el objetivo de enriquecer la cultura tanto, desde la comunidad universitaria como de toda la sociedad.

Dentro de este contexto la Universidad ofrece la oportunidad de participar y formar parte de grupos que se dedican a realizar actividades culturales como teatro clásico, la actuación, tango, danza folklórica, pintura, danza neoclásica, coro, entre otras.

Como se puede observar en el Gráfico 9 la población de estudio proviene de cinco actividades culturales que son las que se realizan con mayor frecuencia entre los jóvenes, siendo la de mayor concurrencia la capoeira y la de menor concurrencia la danza tropical.

La capoeira es un arte brasileño de origen africano que combina facetas de artes marciales, música y deporte, así como movimientos que enriquecen la expresión corporal.

GRÁFICO 9



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

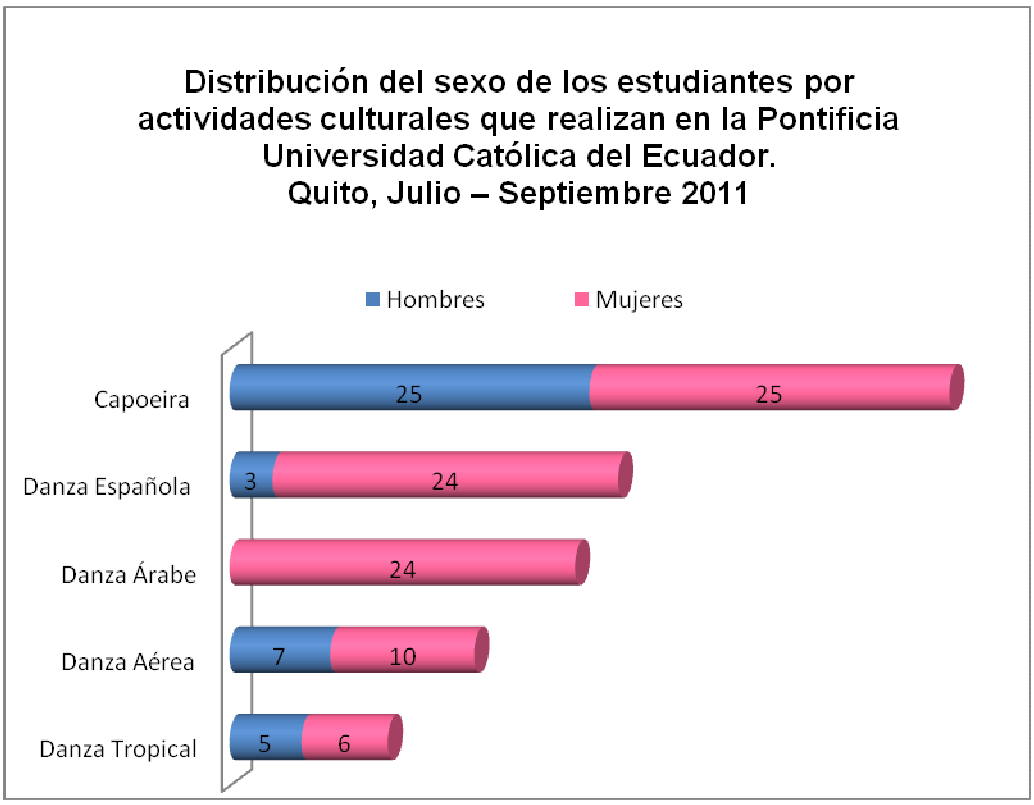
El presente gráfico revela que de los estudiantes evaluados la mayoría son del género femenino, siendo esta población el doble de la del género masculino.

El predomino de la población del género femenino en la población estudiada podría deberse a que en las actividades culturales analizadas prevalece la Danza siendo esta una disciplina practicada con mayor frecuencia por mujeres.

En cuanto al género masculino la actividad con mayor acogida es la capoeira, por ser una actividad en donde se aplica mayor resistencia, potencia y competencia características del tipo de ejercicio que los hombre prefieren.

Los resultados obtenidos concuerdan con los argumentos expresados en el estudio Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según sexo del practicante en donde se menciona que las mujeres adolescentes rechazan los esfuerzos de cierta intensidad como trabajo de resistencia y potencia por lo que prefiere realizar actividades físicas catalogadas como femeninas como es el caso de la expresión corporal y la danza.

GRÁFICO 10



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

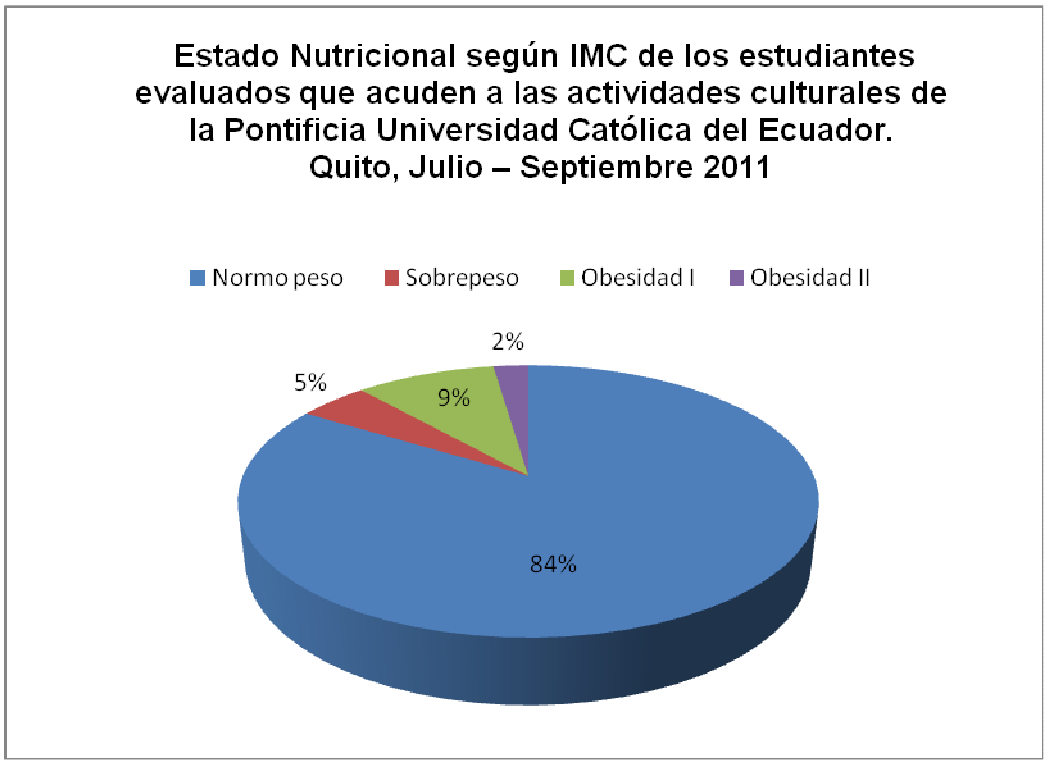
Del total de los sujetos evaluados se observó que de las cinco actividades culturales, dos de estas (danza española y árabe) tienen mayor concurrencia de estudiantes del género femenino comparada con el género masculino, mientras que las tres restantes (capoeira, danza aérea y danza tropical) tienen una aparente distribución homogénea entre hombre y mujeres.

Además cabe denotar que la población que conforman el grupo de Danza árabe está formado en su totalidad con estudiantes del género femenino, lo que podría deberse a que las mujeres están más ligadas a este tipo de prácticas culturales que los hombres, quienes prefieren actividades deportivas como fútbol o el baloncesto; Gómez, M.; Ruiz, F.; García, E.; en su estudio "Las actividades físico-deportivas que demandan los universitarios, 2006" revelan que los hombres se involucran más en deportes intensos que las mujeres, por lo que ellas prefieren actividades que no interfieran con su feminidad como muestra los resultados obtenidos, otro de los propósitos para que las mujeres prefieran este tipo de deporte que responde de mejor manera a actividades de tipo individual y estéticas tales como aeróbicos, natación, pilates y la danza. Moreno, J.,

Martinez, C., Alonso, N., (2006). Asimismo las mujeres acogen de mejor manera actividades físico-deportivas elegantes, graciosas, que estén de acuerdo con el modelo femenino socialmente aceptado y personalmente interiorizado como es en este caso los diferentes tipos de danzas. Buñuel, A., 1996.

Por otro lado dentro de los resultados obtenidos la capoeira es una de las actividades culturales en la que el equilibrio de estudiantes de ambos sexo es evidente en donde tanto hombre como mujeres practican los mismos movimientos y las mismas técnicas de defensa que incluye este deporte, este dato podría dejar de lado el condicionante sexismo que existe en algunos deportes y la supuesta inferioridad que tiene la mujer frente al hombre; datos que contraponen lo mencionado por Morento, et all., 2006 en su investigación Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según el sexo del practicante en donde concluye que debido a la falta de motivación, así como por el complejo de inferioridad, la mujer evita entrar en competencia con el sexo opuesto en el campo de la actividad física, un sexo seguro de sus posibilidades y con liderazgo.

GRÁFICO 11



Fuente: Evaluación Antropométrica realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

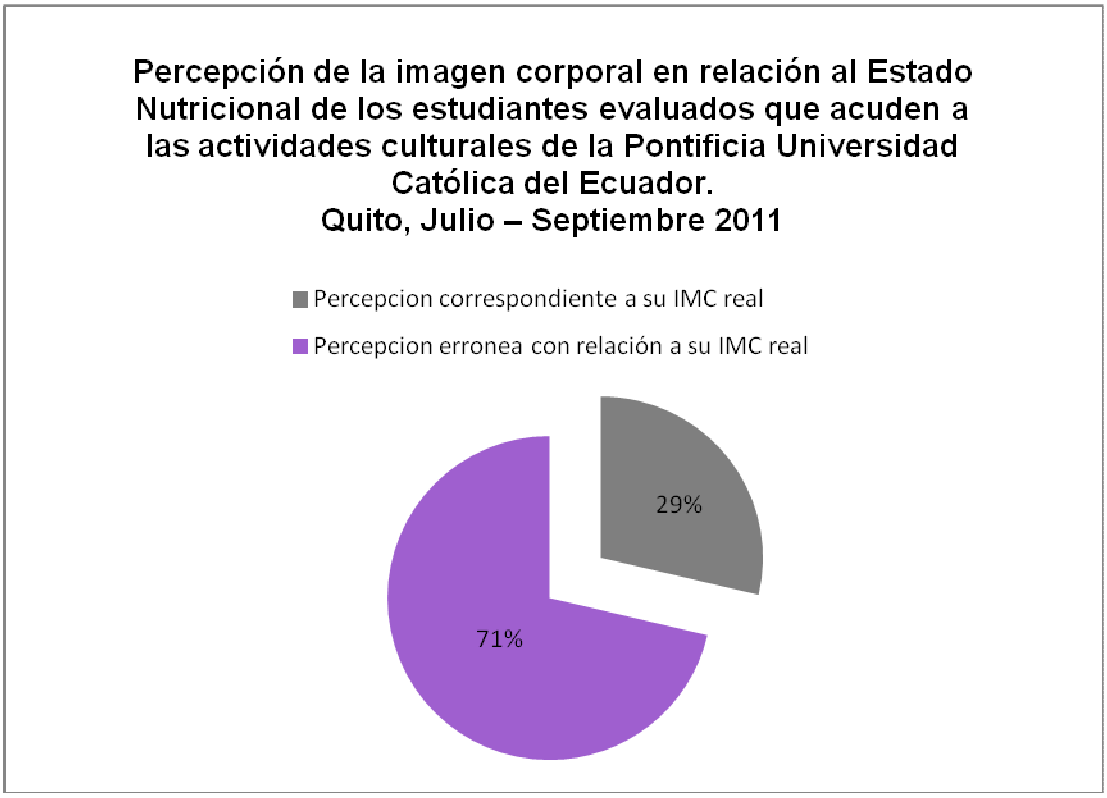
De acuerdo a la evaluación antropométrica realizada a los estudiantes se observó que 8 de cada 10 estudiantes se encuentra con un IMC que denota normopeso (rango de IMC equivalente a 18 y 24 según la OMS).

Cabe mencionar que un estado nutricional normal se logra cuando el gasto energético y el consumo energético están en equilibrio. Como se observa la mayoría de los estudiantes están ubicados en el rango de un estado nutricional normal lo que posiblemente se deba a la actividad física que realizan en las horas de entrenamiento de las distintas actividades culturales, lo que permite que el gasto energético y el consumo de alimentos de los estudiantes estén en equilibrio.

De acuerdo a la experiencia y al contacto directo con la población de estudio y gracias a la técnica de observación se pudo determinar que los estudiantes que se encontraban en un IMC que denota sobrepeso y obesidad, la mayoría debía esta condición por la acumulación de grasa corporal que de musculatura; la acumulación de grasa corporal era mucho más evidente en los estudiantes del género femenino pertenecientes a todas las actividades culturales.

A pesar de que la población estudiada presenta en mayor proporción un IMC que indica un normopeso, existe un porcentaje de jóvenes con sobrepeso y obesidad de 5% y 11% respectivamente, una cifra alta para una población tan joven, aunque sumamente inferior al descrito en otros estudios llevados a cabo en países desarrollados, como el estudio realizado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X El Sabio en España denominado Evaluación del estado nutricional de un grupo de universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal, 2004., donde se encontró una prevalencia de sobrepeso de 28,5% y 14,2% en mujeres, resultados que concuerdan con otros estudios citados en la misma investigación como el realizado por 15 estados miembros de la Unión Europea por el *Institute of European Food Studies* (IEFS) entre 1.000 sujetos mayores de 15 años, mostró una prevalencia de sobrepeso en España de 28,7 y 37,3% en mujeres y hombres, respectivamente. Estos datos reflejan la clara diferencia porcentual entre los individuos que conforman la población de los países desarrollados con la población de un país en vías de desarrollo, por lo que es importante fomentar hábitos alimenticios más saludables y adecuados, evitar la transculturación alimentaria y las nuevas tendencias en la alimentación debido al cambio de estilo de vida de las personas.

GRÁFICO 12



Fuente: Encuesta y Evaluación Antropométrica realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

El presente gráfico muestra los resultados de la evaluación de la autopercepción de la imagen corporal de los estudiantes, lo cual indica que 7 de cada 10 sujetos presentan una percepción errónea con relación al estado nutricional que presentan en ese momento.

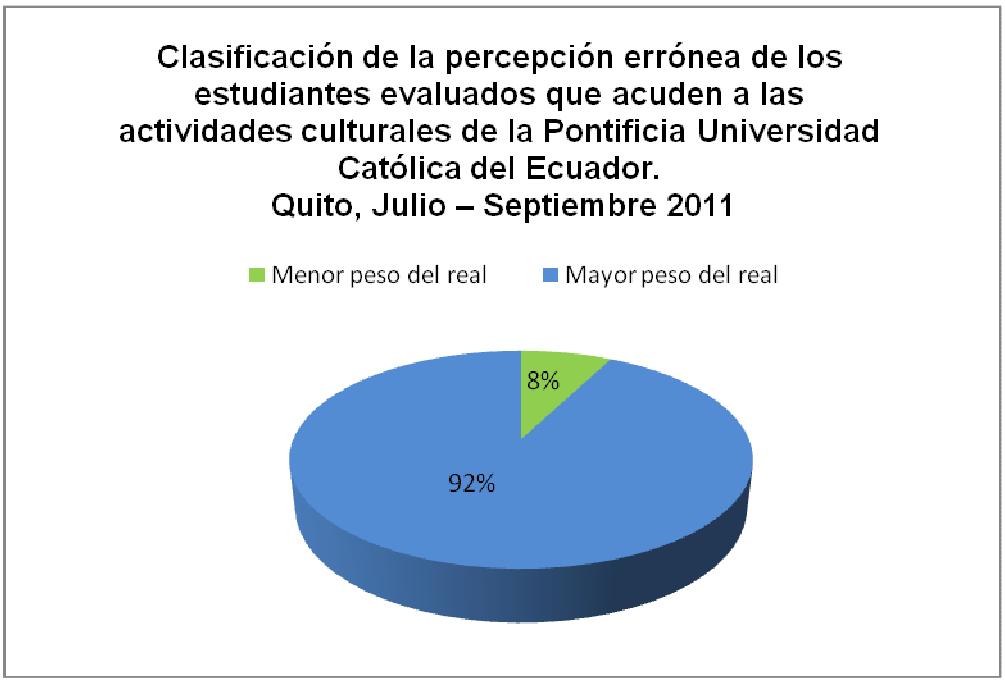
Resultados similares se han encontrado en el estudio Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos realizado en jóvenes adultos españoles en donde al igual que en este estudio un bajo porcentaje se auto percibía de manera correcta, solo el 18,9% del total de individuos eligieron modelos anatómicos correspondientes a su IMC real.

Estos resultados los podemos analizar desde la perspectiva de los factores de los trastornos alimenticios; Montero et al., (2004) mencionan que uno de los factores para que los adolescentes hoy en día presenten una percepción errónea de sus cuerpos tal como los resultados que arroja esta evaluación, es la gran presión social que existe en conjunto con la cultura de la delgadez donde se impone un modelo estético de extrema flaqueza como símbolo de buena salud y belleza, por lo que la percepción de la imagen

corporal ha cobrado una gran importancia como uno de los síntomas precoces de los trastornos alimenticios.

Al revisar varios estudios sobre percepción de imagen corporal no se pudo encontrar investigaciones que analicen la autopercepción de imagen corporal de los individuos en relación al IMC real como se muestra en el presente gráfico, pero se pudo conocer en varias indagaciones que muchos de los individuos rara vez coincide su autopercepción con su estado nutricional real como en el caso del estudio denominado Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida, 2008., en donde se da a conocer que el 57,5% de los individuos se percibió normal, el 30,6% como delgados y el 11,9% manifiestan presentar sobrepeso, no se reporta percepción de imagen corporal de obesidad, lamentablemente ningunos de estos datos se analizan conjuntamente con su IMC real.

GRÁFICO 13



Fuente: Encuesta y Evaluación Antropométrica realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

Como se puede observar en el presente gráfico del total de los sujetos que presentan una autopercepción errónea de su imagen corporal, 9 de cada 10 sujetos se autoperciben con mayor peso del que su estado nutricional real registró para la fecha de evaluación.

Estos resultados se pueden analizar conjuntamente con el estado nutricional real que presentan los estudiantes, el cual indica que cerca del 85% de los sujetos se encuentran en el rango de IMC que corresponde a Normo peso, y aún así el 90% de los sujetos perciben y afirman tener más peso de lo que realmente tienen. Estos resultados solo redundan significativamente con la insatisfacción que tienen los estudiantes de su imagen corporal frente a los modelos estéticos que son actualmente promovidos por la sociedad, por lo que se afirman en la preferencia de mantener una figura más delgada, a pesar de que su estado nutricional se encuentre entre los rangos normales reflejo de buena salud y buena nutrición.

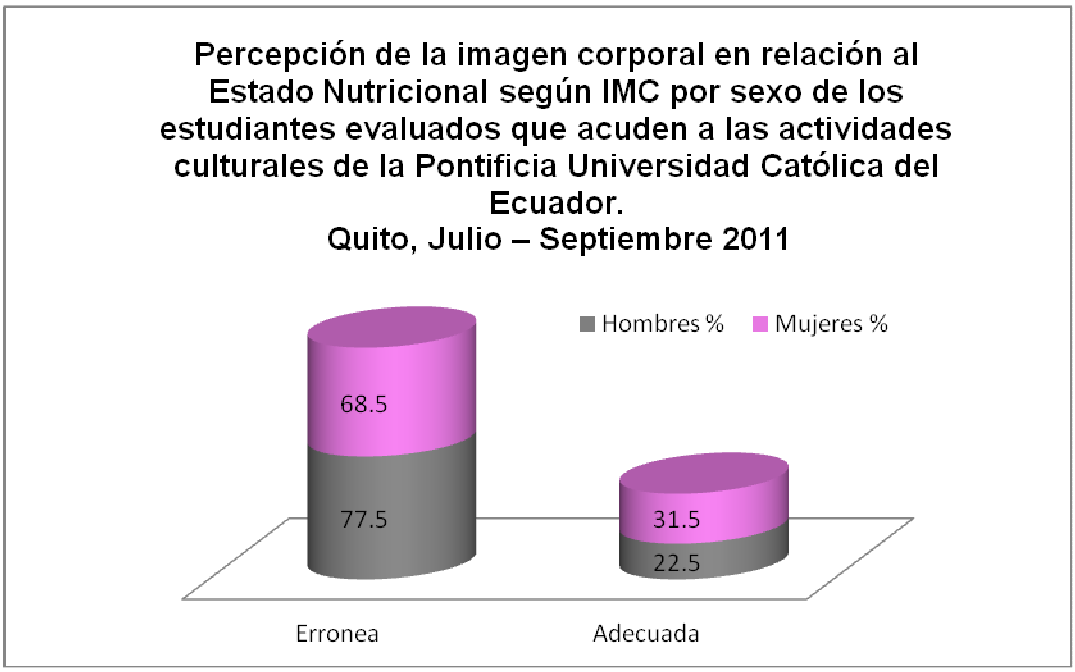
Sentirse obeso o más gordo de lo que realmente es, preocuparse por el peso y la sobrevaloración de la delgadez son factores de riesgo muy alarmantes que sin la intervención correcta y oportuna desencadenan en un desarrollo prematuro de trastornos alimenticios. Prado (2004).

Percepción de la imagen corporal en relación al Estado Nutricional según IMC de los estudiantes evaluados que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador.
Quito, Julio – Septiembre 2011

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación se pudo determinar que cerca de 62 personas se autoperciben adecuadamente en relación a su estado nutricional real, sin embargo alrededor de 49 personas aseguran tener un estado nutricional equivalente a sobrepeso de los cuales en realidad solo 2 personas presentan ese estado nutricional, igualmente se puede exponer que 27 sujetos aseguraron tener algún tipo de obesidad ya sea esta obesidad grado 1, 2 o 3 cuando solo 8 personas encajaban en este grupo de acuerdo a su IMC.

Dichos resultados concuerdan con los enunciados manifestados con anterioridad en otros gráficos en los cuales se señaló que esta población se autopercibe mucho más obesa de lo que realmente es, lo cual nos lleva a reflexionar sobre algunos factores que se derivan como consecuencia y que dan lugar a la construcción de la imagen corporal y pueden estar fallando en los sujetos, tales como baja autoestima, inseguridad, constructo mental sobre ideal estético, incorporación de actitudes, esquemas, ideales, percepciones y emociones sobre su propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que pueden permanecer latentes hasta la aparición de un trastorno en este caso de los trastornos de tipo alimenticio. Salabarria, 2007.

GRÁFICO 14



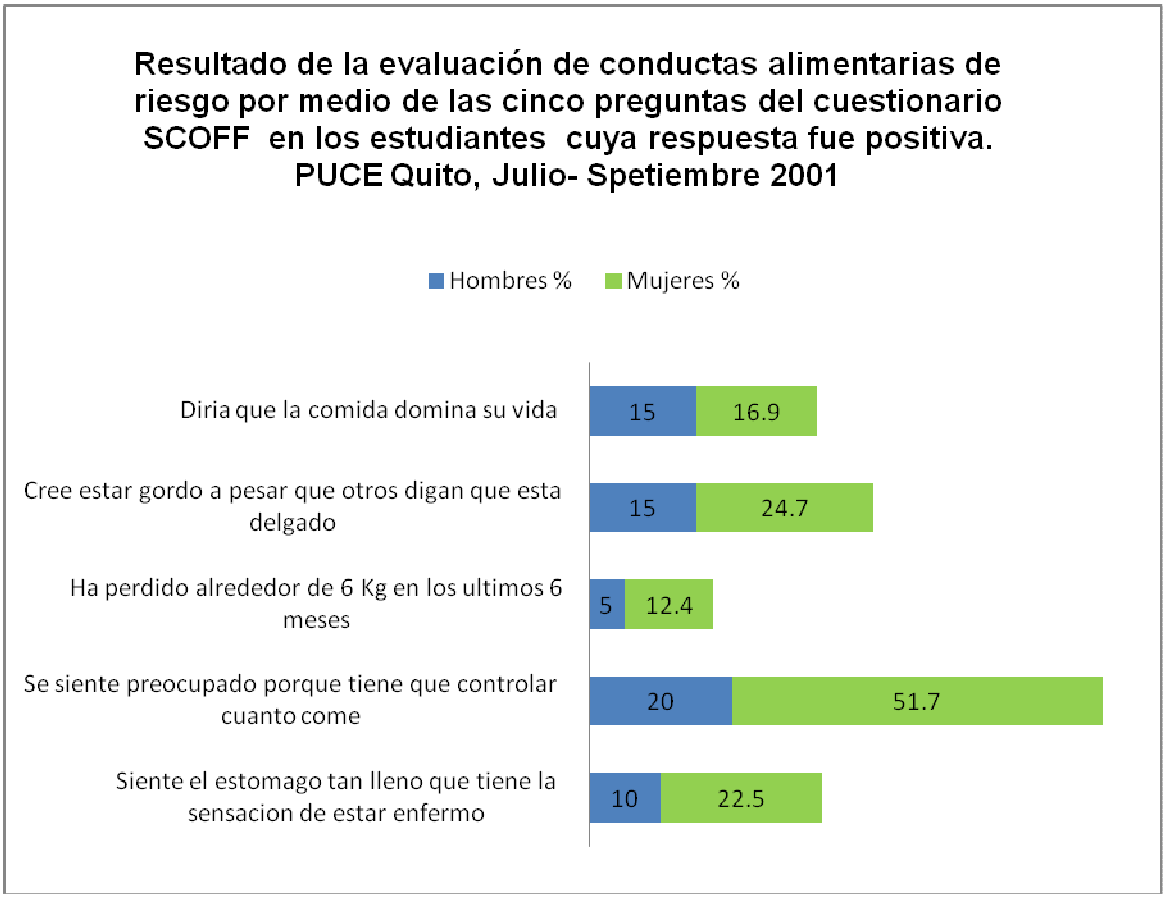
Fuente: Encuesta y Evaluación Antropométrica realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

En el presente gráfico de percepción de imagen corporal se detecta que en comparación con las mujeres los hombres se autoperciben de manera más errónea.

Al comparar esta información con el estudio de Valoración de la Percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos (2004), en donde se observa que el 53,2% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligen modelos anatómicos correspondientes a su IMC real, y por consiguiente los hombre se autoperciben más correctamente que las mujeres, se señala que los resultados de la presente investigación son opuestos a los resultados del estudio realizado en el año 2004 en Madrid, ya que solo el 22,5 % de los hombres que participan en estas actividades culturales se autoperciben correctamente en relación al 31,5% de las mujeres.

Las distintas presentaciones y espectáculos en público relacionadas a las actividades culturales que realizan, la presión social y al igual que los varios factores predisponentes en especial variables socioculturales tales como asociar la delgadez con la belleza y la felicidad, la belleza como clave del éxito, enfatización del ego y del cuerpo pueden ser los responsables de estos resultados, que a pesar de que muestran que los hombres presentan mayor riesgo, no se puede dejar de mencionar que los trastornos de la percepción corporal es un tema que preferentemente afecta a las mujeres.

GRÁFICO 15



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

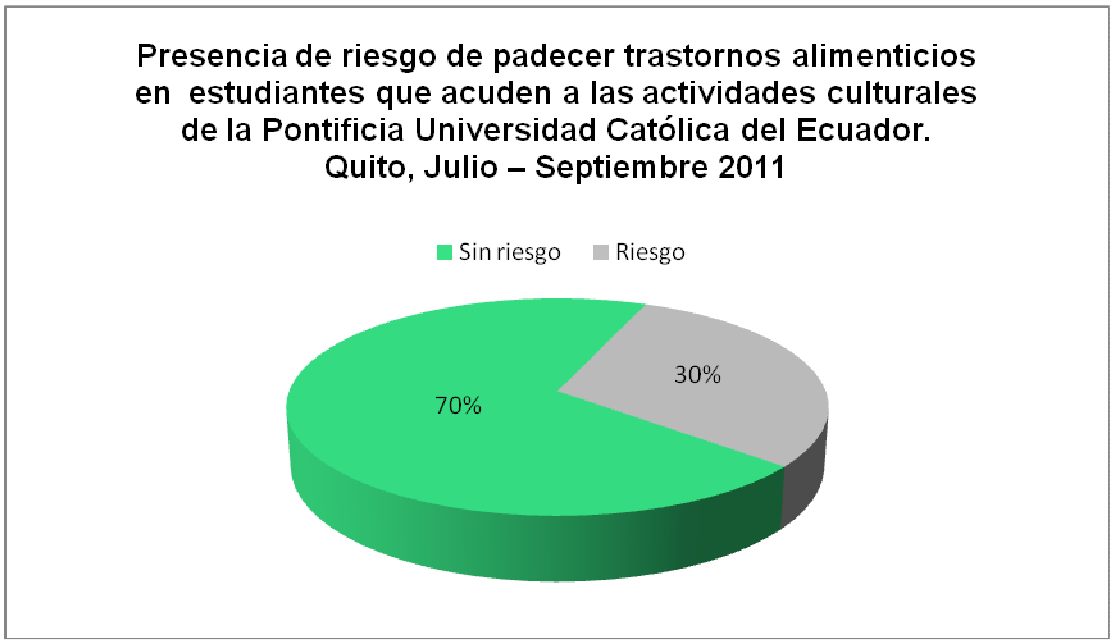
En el gráfico 16 se muestra los 5 reactivos que conforman el cuestionario SCOFF, de acuerdo con los resultados obtenidos el género femenino responde de manera positiva y con mayor frecuencia a las 5 preguntas planteadas que el género masculino.

El porcentaje de mujeres que responde de manera afirmativa a las preguntas dobla al porcentaje de hombres a excepción de la pregunta número uno donde el porcentaje de hombres y mujeres que indica que la comida domina su vida es casi equivalente, dicha respuesta podría deberse a que muchos de los estudiantes que realizan cualquier tipo de actividad que tenga como objetivo mostrarse en público tienden a preocuparse más por los alimentos, mirando su aporte calórico, evitando algún tipo de alimento para de esta manera mantener su figura delgada sinónimo de belleza, tal como lo propone Behar, (2010) donde manifiesta que la creciente importancia que se da a los alimentos, al control de peso y a la apariencia externa han pasado a constituirse en expresiones del éxito social; enunciado que está ligeramente relacionado con la pregunta 4 donde la mitad de las mujeres que conforman la población de estudio asegura sentirse preocupada porque

tiene que controlar lo que comen, deducción que pone en evidencia que la mujer está más expuesta a practicar estas conductas alimentarias para mantener su figura y por tanto mantener su belleza, constructos que engloban la definición de la mujer actual donde Behar, señala que en el presente una mujer tiene la obligación social de mantenerse joven y delgada, únicamente de esta manera conseguirá el éxito y será mejor aceptada socialmente.

Varios estudios se han realizado para validar este cuestionario como método efectivo para determinar un posible riesgo de trastorno alimentico, lastimosamente existen una cantidad limitada que analicen a profundidad cada reactivo o pregunta del cuestionario, sin embargo existen investigaciones como el estudio Cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria, aplicado a 416 estudiantes en Colombia, en donde se da a conocer que en comparación de reactivos por frecuencia mostró que las mujeres informan significativamente más alto la pregunta 1 (sentir el estomago tan lleno que tiene la sensación de estar enfermo), la pregunta 2 (pérdida del control) y pregunta 4 (sentirse gordo o gorda) y los varones más alto que las mujeres en el ítem en donde se menciona que la comida domina su vida, hallazgo similar a los resultados presentes en este estudio en donde las mujeres poseen mayor porcentaje que los varones en las preguntas mencionadas anteriormente, cabe recalcar en el estudio realizado en Colombia los hombres reportan que la comida domina su vida con mayor frecuencia que las mujeres, dato que no concuerda con los resultados obtenidos en este estudio en donde tanto hombres como mujeres poseen similar proporción.

GRÁFICO 16



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

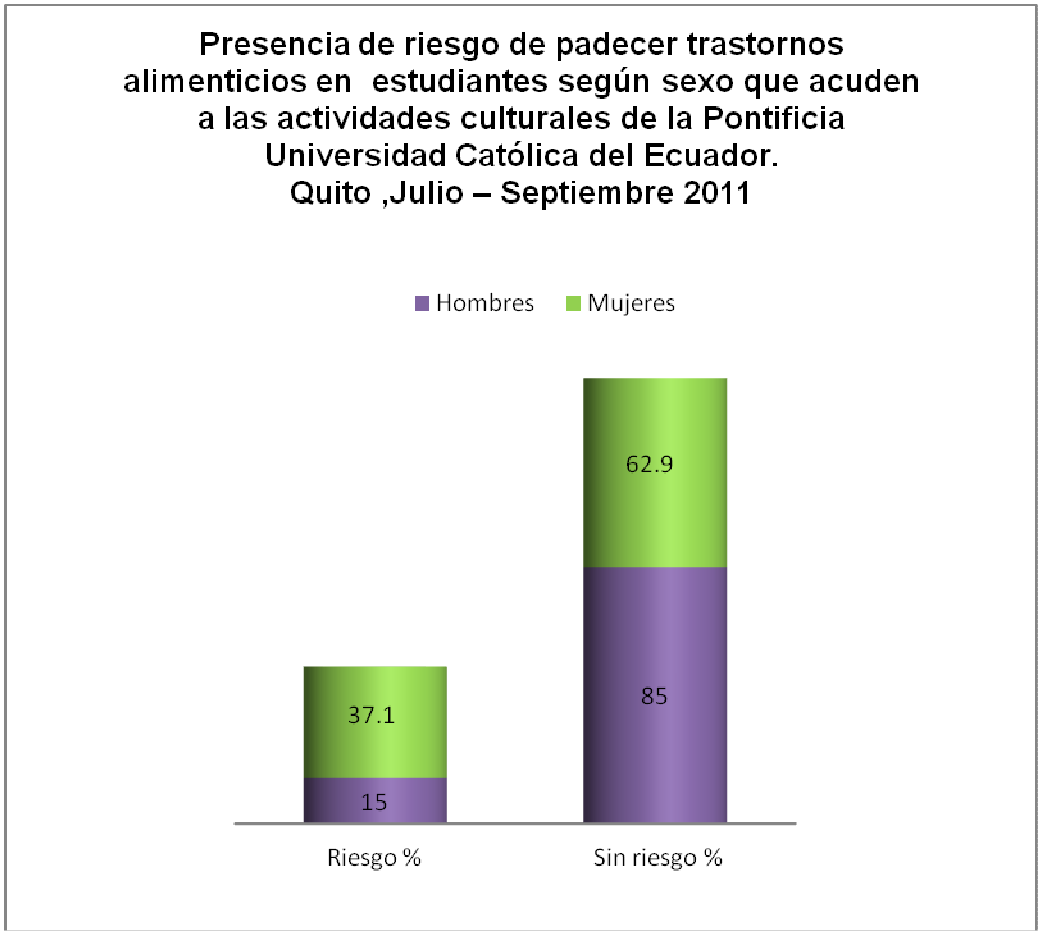
Los datos expuestos revelan que el 30% de los estudiantes respondieron positivamente al menos a dos de las cinco preguntas presentes en el cuestionario de SCOFF lo que demostró la vulnerabilidad de los individuos a padecer un trastorno alimenticio. Estos resultados exponen entonces que 3 de cada 10 sujetos tiene riesgo de padecer anorexia o bulimia principalmente.

Hallazgo similar se encontró en el estudio de Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes realizado en Sevilla, que aplicó el cuestionario SCOFF para determinar la presencia de alteraciones alimentarias, en donde el 21,29% tuvo una puntuación significativa en el cuestionario, por tanto 2 de 10 jóvenes encuestados presenta un riesgo de padecer algún trastorno alimenticio, por otro lado en un estudio realizado en 70 estudiantes de medicina de una Universidad militar de Nueva Granada, en donde se empleó el mismo instrumento reveló que el 48% de los sujetos se encontraban en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, porcentaje superior al encontrado en este estudio.

La presente investigación y sus resultados ponen en evidencia el acelerado incremento de patologías alimentarias en la población universitaria en donde se desconoce datos certeros sobre la incidencia de estas enfermedades en los estudiantes y de aquellos que se encuentran en riesgo de presentar algún trastorno alimenticio.

Behar, 2010 manifiesta que, en un estudio realizado en Estados Unidos los trastornos de conducta alimentaria parecen ser más comunes en los jóvenes hispanos y menos frecuentes en los jóvenes afroamericanos y asiáticos, esto nos da un punto de alerta para manejar este tipo de patologías desde un punto de vista preventivo, a pesar que estos trastornos no representan un problema de salud pública en este país, podrían ser prevenidos de manera inmediata hasta su erradicación y de esta manera evitar un incremento en nuestra población .

GRÁFICO 17



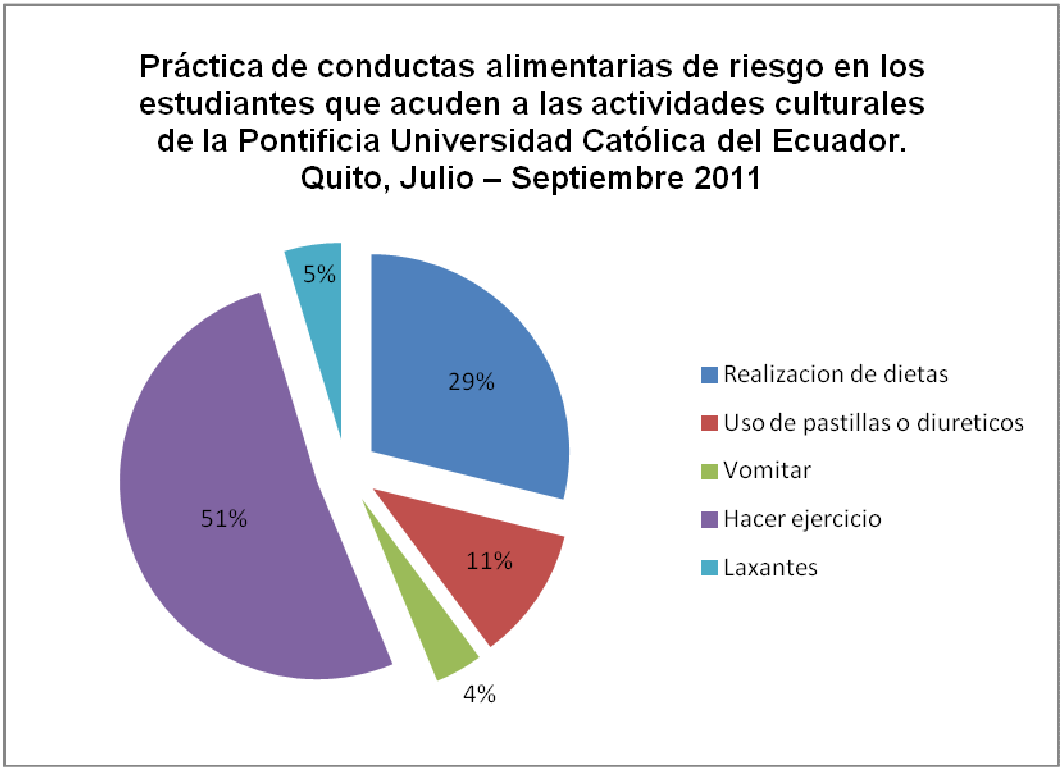
Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

En la gráfica se puede observar que 3,7 de cada 10 mujeres presenta riesgo de padecer algún trastorno alimentico cifra que dobla el porcentaje del género masculino, en donde 1,5 de cada 10 hombres tiene riesgo de presentar algún tipo de trastorno alimenticio; datos similares se obtuvieron en un estudio realizado en Sevilla en 841 estudiantes en el cual se da conocer que el 29,38% de las mujeres respondieron positivamente a más de dos preguntas presente en el cuestionario, mientras que los hombres solo lo hicieron en un 13,93%, asimismo en un estudio Alemán citado en dicha investigación muestra que el 28,9% de mujeres se encuentra en riesgo frente al 15,2% de hombres, lo cual ratifica que el género femenino tiene mayor tendencia a padecer este tipo de desordenes. Prado, 2004.

De acuerdo con los resultados y otros estudios es conocido que las mujeres presentan mayor predisposición a padecer este tipo de trastornos, pero debemos tomar en cuenta que la cifra que engloba al género masculino a pesar de no ser tan elevada tiene un carácter alarmante ya que en tiempos atrás no era muy frecuente que los

hombres presenten riesgo a padecer este tipo de patologías alimentarias, enunciado que concuerda con varios autores (Behar, 2010; López, 2008) que rectifican que las patologías alimentarias últimamente afectan al género masculino en donde los desordenes alimenticios se dan con mayor morbilidad psiquiátrica y psicosocial que las mujeres.

GRÁFICO 18



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

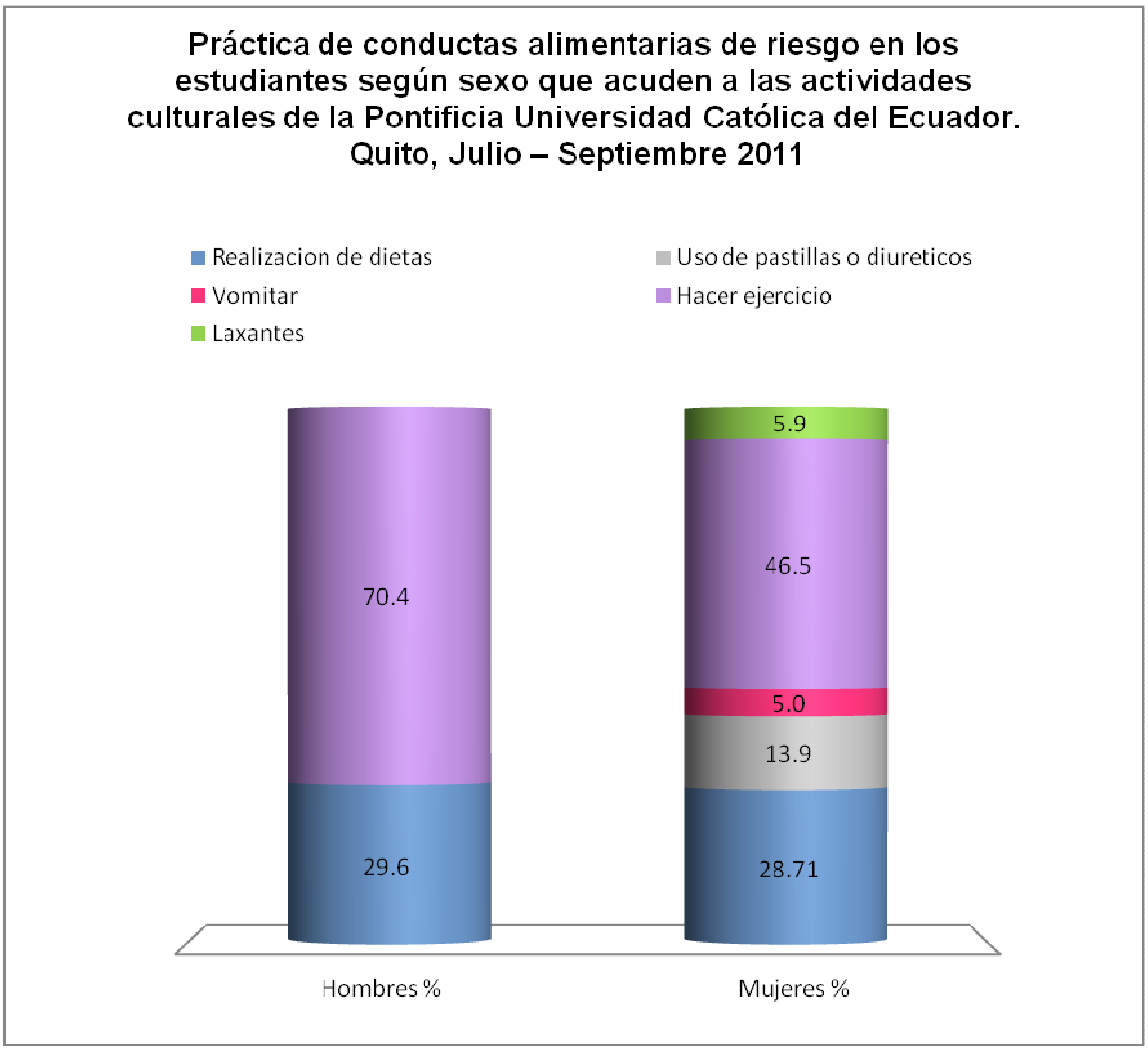
El presente pastel muestra las principales conductas alimentarias de riesgo que muchos de los jóvenes de hoy en día practican para bajar de peso y mantener su figura; los resultados exponen que la mitad de la población señaló realizar ejercicio por más de una hora como método principal para tratar de controlar su peso, en un segundo lugar aludieron realizar dietas, seguida por el uso de pastillas reductoras de peso, medicamentos para perder apetito o diuréticos, en un cuarto puesto se encontró el uso de laxantes y finalmente vomitar después de comer para evitar subir de peso.

Al comparar esta información con un estudio similar realizado en Venezuela denominado Trastornos de la Alimentación y su Relación con la Imagen Corporal, se puede observar datos similares a este estudio en donde una mayor proporción de los encuestados prefieren realizar algún tipo de ejercicio o deporte como método de control de peso para mejorar su imagen corporal, seguido por el uso de la reducción de calorías, incorporación de vegetales a su dieta, tomar medicamentos para perder apetito, vomitar y en último lugar el consumo de laxantes o diuréticos.

La realización de ejercicio por más de una hora y de dietas son las conductas alimentarias de riesgo más practicadas por esta población, lo que permite plantear

algunas preguntas, ¿Será que la actividad física que realizan y las dietas que practican están supervisadas por un profesional?, ¿Los estudiantes tendrán conocimiento de los pros y contras de practicar estos métodos como opciones principales y soluciones inmediatas para tener la figura y el cuerpo que desean?, Probablemente las respuestas a estas preguntas en su mayoría serán negativas, situación que puede desencadenar problemas en la salud de los individuos a futuro, aumentar la morbilidad psiquiátrica y psicosocial de las personas con un potencial riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Behar 2010.

GRÁFICO 19



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

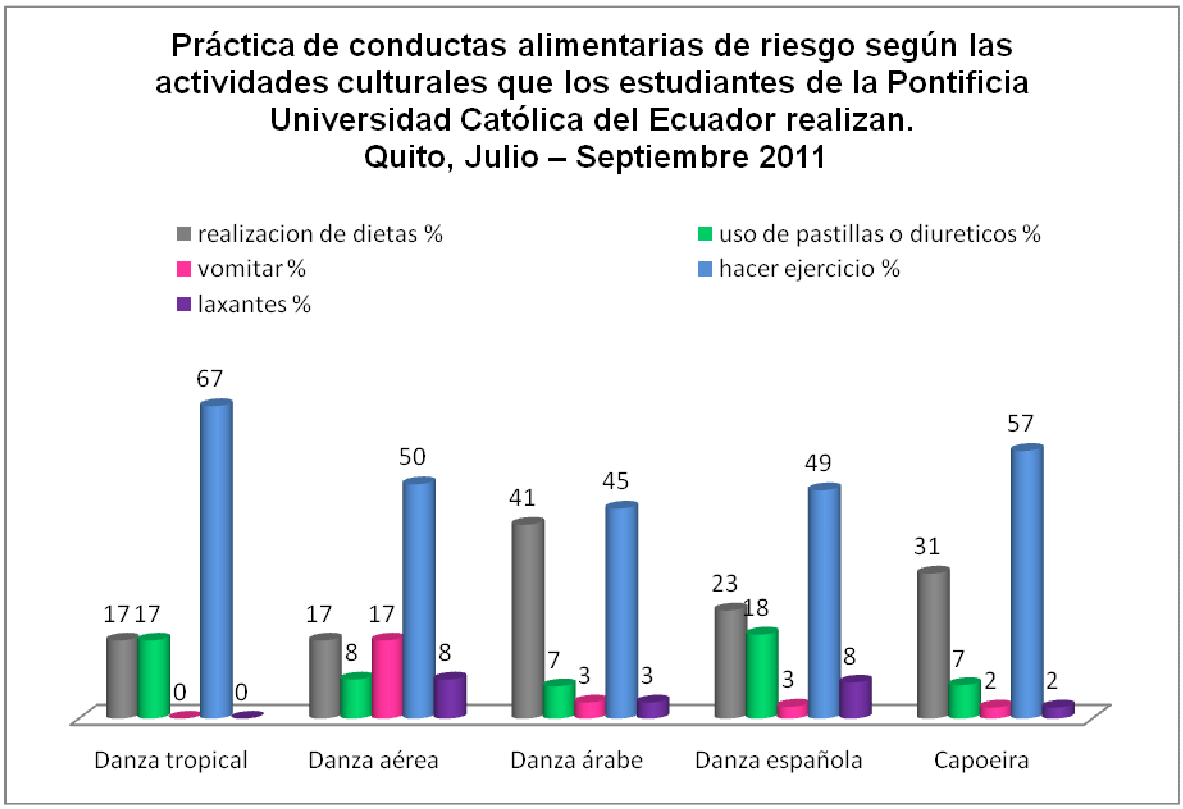
La presente gráfica reporta la práctica de conductas alimentarias de riesgo por sexo en donde se puede establecer que de los 5 métodos de control de peso o conductas alimentarias de riesgo solo dos son practicadas por el género masculino, siendo la de mayor preferencia la realización de ejercicio por más de una hora en donde 7 de cada 10 hombres investigados lo practican.

En cuanto al género femenino, este practica los 5 métodos de control de peso, en donde 4 de cada 10 mujeres investigadas realiza algún tipo de dieta para mantener su peso. Como se conoce las conductas alimentarias de riesgo son el resultado de una alteración en el comportamiento conductual en específico una alteración en el comportamiento con relación a la alimentación y por tanto desencadenante a padecer una patología alimentaria. Gorab, 2005.

La alteración del comportamiento alimentario en las mujeres evidenciado en los resultados obtenidos podría estar relacionado con el impacto de la publicidad, uno de los factores socioculturales, desencadenante de los trastornos alimenticios, la publicidad no solo parte de la realidad, sino que también la crea, por lo que muchas mujeres han sido el grupo objetivo para formar parte de esta nueva realidad creada por los medios publicitarios basándose en los patrones de consumo propuestos por Lorenzo, 2004 en donde las mujeres mantienen un patrón de consumo asociado con la satisfacción de necesidades personales, belleza y del hogar, por lo que mediante el consumo buscan diferenciarse unas de otras, a diferencia de los hombres cuyo patrón de consumo está relacionado con el trabajo y bienes que les den movilidad, concluyendo que la mujer es mucho más susceptible a ser influenciada por la publicidad.

La abrupta intromisión de los nuevos esquemas socioculturales referentes a la mujer en la sociedad actual han hecho que la publicidad dirigida a ellas adopte valores que asocian el cuerpo femenino con belleza, juventud y delgadez y por tanto condicionantes indispensables para el acceso al poder y al éxito y que cualquier mujer puede conseguirlo con esfuerzo, por tanto la mujer acoge métodos como los mencionados en el estudio para alcanzar los estereotipos socialmente aceptados. Santiso, 2001.

GRÁFICO 20



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

Los datos expuestos en el presente gráfico muestran los métodos de control de peso distribuidos porcentualmente según la actividad cultural que los estudiantes realizan, en donde se puede observar que en casi todas las disciplinas se practican los cinco métodos de control de peso a excepción de los estudiantes de danza tropical que solo realizan tres.

La práctica de ejercicio es el método mayormente utilizado en todas las disciplinas seguido por la realización de dietas como ya se comprobó en resultados de anteriores gráficos, cabe recalcar que entre las actividades culturales la que mayor práctica de dietas tiene es la danza árabe en donde existe mayor acogida por parte de estudiantes mujeres, género que tiene mayor predisposición para realizar este método con el fin de mantener su figura.

En cuanto a las conductas alimentarias de mayor riesgo como el uso de laxantes, inducción al vomito y el uso de medicamentos para bajar de peso se puede observar que la danza aérea y la danza española son las disciplinas en donde más se practican este tipo de conductas o métodos de control, siendo que 2 de cada 10 estudiantes que practica danza española usa algún tipo de medicamento para mantener o bajar de peso,

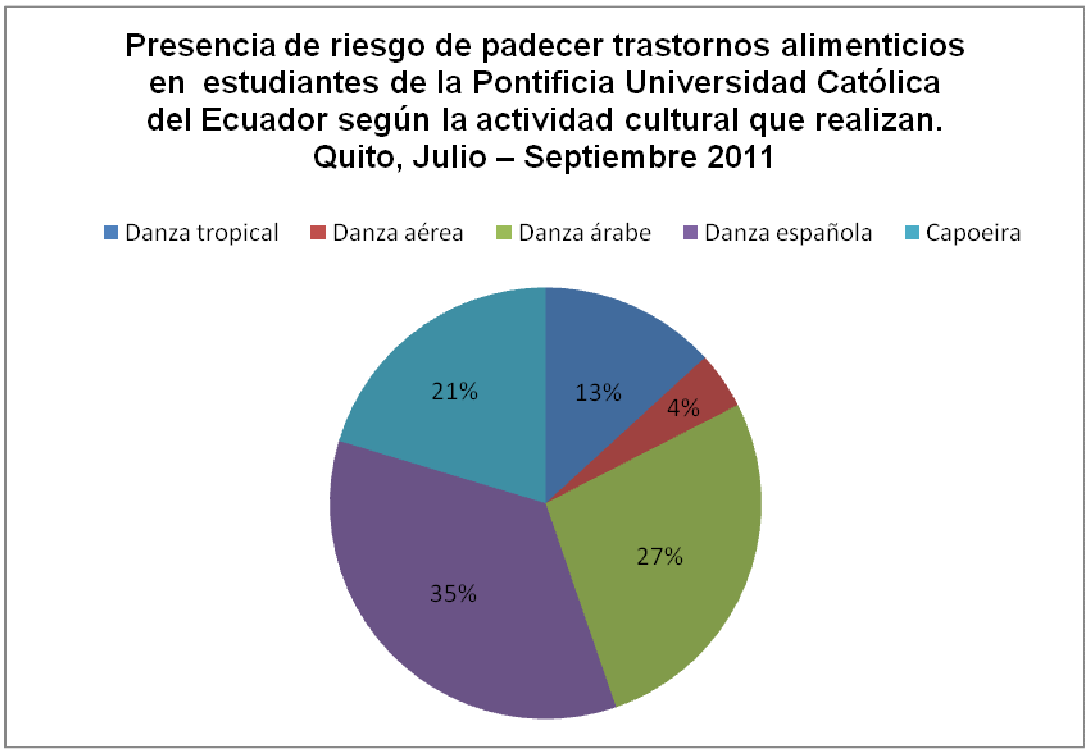
por otro lado 2 de cada 10 estudiantes investigados que practican danza aérea recurre al vomito para mantener su figura. Este tipo de disciplinas tienen relación con la insatisfacción de la imagen corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad que muchos de los jóvenes enfrentan debido a la presión de encajar en un ideal estético, para de esta manera ser aceptados socialmente por un público exageradamente exigente. (Raich et al, 1997 citado en Salaberria 2007).

En un estudio realizado en Zacatecas se concluye que entre los deportistas, las gimnastas rítmicas y artísticas competitivas son más proclives a practicar conductas de riesgo (dieta, atracón, excesiva preocupación por el peso, uso de laxantes, ayuno), del mismo modo a problemas de alteración sobreestimada de la imagen corporal debido a la exposición de la crítica social y la presión del entrenador.

Por otro lado es importante señalar que no solo la presión social y los ideales de delgadez hacen que los jóvenes utilicen estos métodos, en el mismo estudio indica la gran relación que presenta las disciplinas deportivas con las conductas alimentarias de riesgo debido a la ciertas condiciones que jóvenes deportistas deben cumplir, tanto personales como competitivas.

Hernández, 2009 ratifica en su estudio Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte que muchos de los jóvenes atletas, deben acogerse a modelos corporales estandarizados para de esta manera mejorar su desempeño, mejorar su habilidad y competencia, lo cual comúnmente va acompañada de la presión del entrenador, lo incentiva a los jóvenes a acoger este tipo de métodos como solución inmediata a una necesidad impuesta.

GRÁFICO 21



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes que asisten a las actividades culturales de la PUCE
Elaborado por: Mercedes Mejía

La gráfica muestra la relación entre la actividad cultural que los estudiantes practican y el riesgo a padecer algún trastorno de la alimentación, como se puede observar los estudiantes que conforman el grupo de danza española son los que mayor riesgo presentan, en donde 3 de cada 10 estudiantes pueden manifestar alguna patología alimentaria.

Por otro lado la danza aérea con un 4% de riesgo es la disciplina que reporta tener el porcentaje más bajo de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, no obstante este es el grupo que más practica las conductas alimentarias de riesgo catalogadas como las más peligrosas para el control de peso debido a que pueden llegar inclusive a la muerte del individuo por un desequilibrio electrolítico como es en el caso de aquellas personas que vomitan posterior al consumo de alimentos.

Varios estudios apuntan que la gimnasia, la natación, la danza clásica y el ballet son actividades deportivas que más prevalencia de este tipo de patologías tiene, la principal razón es que la mayoría de estas actividades están conformadas por mujeres, grupo más propenso a desarrollar este tipo de enfermedades en un futuro. Hernández, 2009.

Pese a los riesgos de trastornos alimenticios identificados en las diferentes disciplinas varias investigaciones como es el caso del estudio realizado en Zacatecas concluye que comúnmente un grupo de deportistas resultan más protegidas que las no deportistas de padecer desórdenes de la conducta alimentaria (particularmente cuando la actividad gimnástica tiene propósitos recreativos o al menos pre-competitivos), de la misma forma el estudio denominado Trastornos de la Conducta Alimentaria, Práctica Deportiva y Autoconcepto Físico en Adolescentes, llevado a cabo en 740 estudiantes revela que la práctica habitual de un deporte por parte de adolescentes permite la liberación de ciertas sensaciones corporales desagradables que persisten en quienes se ejercitan de modo menos sistemático. Además, la motivación para adelgazar es menor en quienes practican deportes organizados. La práctica deportiva está asociada con menor propensión a los trastornos de la conducta alimentaria y mejor autoconcepto físico.

CONCLUSIONES

- La evaluación nutricional realizada a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica reveló que 84% de los individuos presenta normopeso, 5 % sobrepeso, 9% obesidad grado 1 y finalmente un 2% con obesidad grado 2.

- En cuanto a la percepción de la imagen corporal se determinó que el 71% de los estudiantes se autoperciben de una manera errónea con relación a su IMC real, de estos un 92% menciona tener un mayor peso que el real, mientras que el 8% aduce tener menor peso del real.

- Se pudo determinar el riesgo de trastornos alimenticios en la población mediante la aplicación del cuestionario SCOFF, a través del cual se encontró que un 30% de la población de estudio presenta riesgo de presentar patologías alimentarias. De este porcentaje, de acuerdo al género, cerca del 37% de riesgo lo presenta el género femenino y un 15% el género masculino.

- En cuanto a la práctica de conductas alimentarias de riesgo las mujeres practican los cinco métodos de control de peso (realización de dietas, uso de pastillas y diuréticos, inducción la vómito, hacer ejercicio y uso de laxantes), a diferencia de los hombres que solo practican dos (realización de ejercicio y realización de dietas). Los jóvenes en general prefieren en un 51% realizar ejercicio por más de una hora como principal método de reducción de peso, seguido por la realización de dietas.

- Las actividades culturales con mayor riesgo de presentar trastornos alimenticios son la danza española con un 35%, la danza árabe con un 27% y finalmente la capoeira con un 21%.

- Se pudo determinar que en un 67% de estudiantes de danza tropical prefieren realizar ejercicio como método de control de peso, seguida por la capoeira en donde el 57% de los integrantes de este grupo lo practican.

- De las cinco disciplinas, la danza árabe es la actividad en donde más dietas se practica, seguida por la capoeira.

- Se pudo determinar que el riesgo de presentar un trastorno alimenticio se da más en actividades culturales como la danza árabe y la danza española o clásica, en donde la totalidad de integrantes son del género femenino.

- La práctica de conductas alimentarias de riesgo evidentemente incrementa el riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio a futuro en la población del presente estudio de acuerdo a los resultados obtenidos.

- Se pudo identificar que el género femenino es el más propenso a padecer trastornos alimenticios, ya que a diferencia de los hombres ellas practican más métodos de control de peso y conductas alimentarias de riesgo en mayor proporción, a pesar de que los hombres presentan una mayor autopercepción errónea de su imagen corporal.

- En cuanto a la hipótesis planteada al inicio de la investigación se pudo determinar qué en un gran porcentaje los jóvenes se autoperciben de manera errónea, caso contrario a lo supuesto, del mismo modo se pudo comprobar la práctica de conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes, entre las que sobresale la práctica de dietas restrictivas y el ejercicio por más de una hora con el fin de bajar de peso,

- Debido a la autopercepción errónea que tienen los estudiantes de sí mismos, la práctica de métodos de control de peso y conductas alimentarias de riesgo es indudable, por lo que el riesgo de padecer trastornos alimenticios en un futuro es evidente.

RECOMENDACIONES

- Debido a la elevada prevalencia de autopercepción errónea de la imagen corporal, práctica de conductas alimentarais de riesgo y una presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria significativo, es importante conformar un grupo interdisciplinario de salud conformado por estudiantes practicantes de las carreras de Nutrición Humana, Psicología y Medicina para de esta manera impartir en los estudiantes una cultura de prevención y brindar promoción de salud referente a estos temas para de esta manera hacer frente a estos problemas de salud que cada día van cobrando la vida de más personas.

- Una cultura de prevención de trastornos de la conducta alimentaria se logra mediante la educación nutricional por lo que es de suma importancia facilitar la consejería nutricional para los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica, con la colaboración de los estudiantes de la Carrera de Nutrición Humana y por medio de la creación de espacios destinado a este propósito, los jóvenes podrán acceder a este servicio y de esta manera proteger a los individuos de estas patologías.

- Es recomendable no solo trabajar con el estudiantado y con los jóvenes que practican este tipo de actividades culturales, sino que también la educación tiene que estar dirigida a los entrenadores y profesorado que está a cargo de las diferentes disciplinas para de esta forma garantizar una adecuada y completa prevención de los trastornos alimenticios.

- Crear campañas dentro de la Universidad y sus distintas facultades que busquen promover estilos de vida saludable, incluir actividades para orientar la población universitaria por medio de foros, talleres, charlas educativas, material impreso como folletos, revistas. En esta material se siguiere que contenga información

acerca de los trastornos alimenticios, principales signos y síntomas, como reconocer la enfermedad en sí mismo y en otras personas.

- Es importante realizar un seguimiento a las actividades culturales que mayor práctica de conductas alimentarias presenta como el caso de la Danza clásica y árabe para de esta manera evitar el desarrollo de anorexia y bulimia en los estudiantes los cuales presentan prácticas peligrosas para el control de peso.

- Se sugiere la continuación de este trabajo investigativo en donde se busque conocer la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en otras actividades culturales, actividades deportivas y talleres en general, o a su vez aplicado a toda la población universitaria.

- Es recomendable para nuevos estudios la aplicación de instrumentos que evalúan síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria como el test de la actitud frente a la comida EAT-40 o 26, con el objetivo de diagnosticar casos de anorexia y bulimia en la población de estudio y no solo riesgo como se realizó en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Ayela, M. (2009). ***Adolescente: trastornos de la Alimentación.*** Alicante, España: Editorial Club Universitario.

Behar, R., y Figueroa, G. (2010). ***Trastornos de la Conducta Alimentaria.*** (2da ed.). Santiago, Chile: Mediterráneo.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, (2004), ***Guía de Trastornos Alimenticios***. Guadalajara, México.

Gorab, A. (2005).***Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y Bulimia.*** México, DF.

Kolodny, N. (2000).***Cuando la comida es tu enemiga: como enfrentarse y vencer a los trastornos alimentarios.*** (4ta ed.). México, DF: Granica.

López, J., y Neus, S. (2010). ***Prevención de la anorexia y bulimia: educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario.*** Valencia, España: AU llibres.

Mahan, K., Escott – Stump, S., (2009). ***Krause Dietoterapia.*** (12.a ed.) Barcelona, España: Masson.

Michael, B., Allen F., Pincus H., (2005). ***DSM-IV-TR: guía del uso.*** Barcelona, España: Elsevier Masson.

Mijan, A., (2004). ***Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria.*** Barcelona, España: Glosa.

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2004), ***Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas***. Ginebra, Suiza.

Suverza, A y Haua, K. (2010). ***El ABC de la evaluación del estado Nutricional.*** México, DF: Mc Graw Hill.

Yosifides, A. (2006). ***Bulimia Y Anorexia Clínica de los trastornos alimentarios.*** Córdova, Argentina: Editorial Brujas.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Arroyo, M., Ansotegui L., Pereira E., Lacerda F., Valador N., Serrano L. y Rocandio A. (2008), ***Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco***, Nutrición Hospitalaria, 23(4), 366-372. Recuperado el 25 de mayo, 2011. En: http://www.nutricionhospitalaria.com/mostrarfile.asp?ID=4051.

Baile, J. I., (2003), ***¿Qué es la imagen corporal?***, Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades, 2, 53-70. Recuperado el 12 de junio, 2011. En: http://www.uned.es/ca-tudela/revista2/n002/baile_ayensa.htm.

Beato, L. y Rodríguez., (2000), ***Aspectos patogénicos de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario***, [Versión electrónica], Psiquis, 21(6), 317- 325. Recuperado el 14 de agosto, 2011. En: http://www.psiquis.com/art/00_21_n06_A05.pdf.

Campo, A., Cogollo Z. y Díaz C., (2007, marzo 16), ***Cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria: Consistencia interna en estudiantes de un colegio de Cartagena, Colombia***, Duazary, 15(1), 14-18. Recuperado el 06 de junio, 2011.En: http://arimaca.unimagdalena.edu.co/editorial/revistas/index.php/duazary/article/viewFile/167/177.

Espina, A., Ortego M. A., Ochoa O., Yenes F. y Alemán A., (2001), ***La imagen corporal en los trastornos alimenticios***, [Versión electrónica], Psicothema, 13(4), 533-

538. Recuperado el 24 de julio, 2011. En: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72713401.pdf.

Fandiño, A., Giraldo C. S., Martínez C., Aux C. P. y Espinosa, R., (2007), ***Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia***, Colombia Médica, 38 (4), 344-351. Recuperado el 07 de junio, 2011. En: http://www.bioline.org.br/pdf?rc07057.

García, A., López, V, Pérez, D., López, E., y Monjas, R., (nf), ***La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) desde la educación. Las posibilidades de la educación física,*** Segovia, 455-460. Recuperado el 27 de agosto, 2011. En: http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=173&Itemid=17.

Hernández, A., y Méndez, A., (2009), ***Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte***, Red de investigación sobre "deporte, cultura y sociedad" Zacatecas. (En línea), 24(5), 568-573. Recuperado el 15 de noviembre, 2011. En: http://www.ridcs.org/wp/wp-content/uploads/2011/07/Hern%C3%A1ndez-Alc%C3%A1ntara-Alfredo-y-M%C3%A9ndez-Villa-Adriana-TRANSTORNOS.pdf

Jáuregui, I., Romero, J., Bolaños, P., Montes, C., Díaz, R., Montaña, M., Morales, T., León, P., Martín, L. y Justo, I., (2009), ***Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla***, Nutr. Hosp. (En línea), 24(5), 568-573. Recuperado el 12 de octubre, 2011. En: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n5/original7.pdf.

Lameiras, M., Otero M. C., Rodríguez Y. y Fernández M., (2003), ***Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimenticios***, Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3 (1), 23-33. Recuperado el 29 de mayo, 2011. En: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-58.pdf.

Lenoir, M. y Silber T.J., (2006), ***Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad***, Arch.argen.pediatr (En línea), 104(3), 253-260. Recuperado el 05 de junio, 2011. En:

http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf.

López, P., Molina Z. y Rojas L., (2008, noviembre 28), ***Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescencia de Mérida***, Anales Venezolanos de Nutrición 2008, 21(2), 85-90. Recuperado el 29 de mayo, 2011. En: http://anales.fundacionbengoa.org/anales-nutricion/2008/2/?i=art4.

Maganto, C. y Cruz S., (2000), ***La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género***, Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 30, 45-48. Recuperado el 29 de mayo, 2011. En: http://www.sepypna.com/documentos/articulos/maganto-imagen-corporal-trastornos%20alimenticios.pdf.

Marco, J.H., Perpiña C., Baños R., Botella C., Borra C., Gallego M.J. y Salvador S., (2004, Febrero), ***La importancia de la imagen corporal en los trastornos alimentarios***, 5to Congreso Virtual de Psiquiatría, 1-9. Recuperado el 08 de junio,2011.En:http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3183/1/interpsiquis_2004_15296.pdf.

Martínez, C., Veiga, P., López, A., Cobo, J. y Carvajal, A. (2005), ***Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal***, Nutr. Hosp. (En línea), 10(3), 197-203. Recuperado el 06 de junio, 2011. En: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n3/original5.pdf.

Montero, P., Morales M.E. y Carbajal A., (2004), ***Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos***, Antropo, 8, 107-116. Recuperado el 25 de mayo, 2011. En: http://www.didac.ehu.es/antropo/8/8-8/Montero.pdf.

Oliveras, M., Nieto, P., Agudo, E., Martínez, F. y López, C. (2006), ***Evaluación nutricional de una población universitaria***, Nutr. Hosp. (En línea), 12 (2), 179-83. Recuperado el 22 de noviembre, 2011. En: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n2/original8.pdf.

Prado, J., Arteaga F. y López P., (NF), ***Trastornos de la Alimentación y su Relación con la Imagen Corporal Autopercibida por Adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida-Venezuela***, (pp.1-11). Venezuela: Universidad de Los Andes Mérida Venezuela. Recuperado el 06 de junio, 2011. En: http://www.actividadfisicayciencias.com/Trastornos%20de%20la%20Alimentacion%20%20y%20su%20Relacion%20con%20la%20Imagen%20Corporal.pdf.

Rava, M. y Silber T. J., (2004), ***Bulimina nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones***, Arch.argen.pediatr. (En línea), 102(5), 353-363. Recuperado el 06 de junio, 2011. En: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf.

Ruiz, P. y Sánchez P., (s/f), ***Trastornos del comportamiento alimentario***. Recuperado:07/06/2011,Disponible:http://sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_alimentario.pdf.

Salaberria K., Rodríguez S. y Cruz S., (2007, febrero 02), ***Percepción de la imagen corporal (Perception of corporal image)***, [Versión electrónica], Osasunaz. Cuadernos de Ciencias de la Salud, 8, 171-183. Recuperado el 06 de junio, 2011. En: http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf.

Sepúlveda, A. R., Botella J. y León J.A., (2001), ***La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis***, [Versión electrónica], Psicothema, 13(1), 7-16. Recuperado el 05 de junio, 2011. En: http://www.psicothema.es/pdf/407.pdf.

Staudt, M. A., Rojo, M. y Ojeda, G., (2006, abril), ***Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica***, Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina, 156, 24-30. Recuperado el 05 de junio, 2011. En: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf.

Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S. y Checura, D., (2010, agosto, 20), ***Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia,*** Rev Chil Nutr, (37), 282-292. Recuperado el 05 de junio, 2011. En: http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n3/art03.pdf.

Woerwag-Meth S. y Treasure J., (2009), ***Causas de la anorexia nerviosa***, Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, 16(1), 32-37. Recuperado el 07 de junio, 2011. En: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/46/46v16n01a13135535pdf001.pdf.

Zagalaz, M.L., Romero S .y Contreras O.R., (NF), ***La Anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén*.** Recuperado: 29/05/2011 Disponible: http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf.

LIBROS EN LÍNEA

Bolaños, P., (2009), ***La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria.*** Recuperado: 02/11/2011. Disponible: http://www.tcasevilla.com/archivos/educacion_nutricional_en_trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf.

Buñuel, A., (1996)***. Mujer, machismo y deporte.*** Recuperado: 15/11/2011. Disponible: http://sportaqusarticulos.files.wordpress.com/2008/07/mujermachismoydepporte.pdf.

Enciclopedia Médica en línea., (s/f), ***Bulimia***. Recuperado: 10/07/2011Disponible: http://www.ferato.com/wiki/index.php/Bulimia.

Euraque, M., (2009), ***Estadísticas de trastornos alimenticios.*** Recuperado: 12/06/2011. Disponible: http://vidaextrema.org/estadisticas-de-trastornos-alimenticios/.

Familianova Schola., (s/f), ***Trastornos de la conducta alimentaria***. Recuperado: 07/06/2011Disponible:http://www.familianova-schola.com/files/trastornosconducta-alimentaria-TCA.pdf.

Goñi, A., (2004), ***Trastornos de la conducta alimentaria, Práctica Deportiva y Autoconcepto Físico en Adolescentes***. Recuperado: 23/10/2011 Disponible: http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb224.htm.

Iglesias, C., (NF), ***Trastornos de la conducta alimentaria***. Recuperado: 06/06/2011. Disponible:http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:adistancia-2004-22-3331&dsID=PDF.

López, J. y Del Valle, P., (2008), ***Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentario***, Recuperado: 09/07/2011. Disponible: http://www.telefonica.net/web2/lopezvillalobos/publicaciones/TRASTORNOS%20IMAGEN%20CORPORAL%20MORCHON%20PDF.pdf.

Matzkin, V., (2001), ***Los orígenes de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa.*** Recuperado: 10/06/2011. Disponible: http://www.nutrinfo.com/pagina/info/anorexi2.html

Milagros, E., (2008), ***Influencia de la publicidad en el comportamiento de los jóvenes y adolescentes,*** Recuperado: 10/011/2011 Disponible: http://militak.wordpress.com/influencia-de-la-publicidad-en-el-comportamiento-de-los-jovenes-y-a-dolescentes-2/.

Organización Mundial de la Salud., (1998). ***Promoción de la Salud Glosario.*** [En línea]. Consultado: [09, Noviembre, 2011], Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.

Romo, A.M., (NF), ***La Imagen Corporal***. Recuperado: 12/06/2011 Disponible:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3560/1/PowerPoint%20%20TEMA%201.pdf.

Sánchez, M., (2004), ***Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria.*** Recuperado:20/10/2011.Disponible: http://hdl.handle.net/10481/7255.

Sánchez, M., Megías, I., y Rodriguez, E., (2004), ***Jóvenes y publicidad.*** Recuperado:20/09/2011.Disponible:http://www.fad.es/sala_lectura/jovenesypublicidad.pdf.

Scholten, A., (2010), ***Condiciones En Profundidad: Trastornos Alimenticios.*** Recuperado:19/06/2011.Disponible:http://www.baptistmomsandkids.com/JustForMoms-LaborAndDelivery-labor_resources.aspx?chunkiid=122955.

Sierra, M., (2005), ***La bulimia nerviosa y sus subtipos.*** Recuperado: 11/06/2011. Disponible:http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1794-99982005000100007&script=sci_arttext.

Soldado, M., (2004), ***Prevención primaria en Trastornos de la conducta alimentaria***, Recuperado: 19/11/2011. Disponible: http://guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/resumida/apartado03/intervenciones.html

Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J., (2000), ***Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales CIMEC), en población mexicana.*** Recuperado: 10/06/2011. Disponible: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=14796&id_seccion=1169&id_ejemplar=1501&id_revista=1.

Villoria, O., (2005), ***Trastornos Alimentarios: anorexia y bulimia.*** Recuperado: 10/06/2011. Disponible: http://www.mailxmail.com/curso-trastornos-alimentarios-anorexia-bulimia/trastornos-alimentarios-definiciones-caracteristicas

ARTÍCULOS DE REVISTAS ELECTRÓNICAS

Detección de los TCA. Guía de Práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, sd, Consultado: el 11 de octubre, 2011. En: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/resumida/documentos/apartado04/deteccion.pdf.

Gascón, P., y Migallón., P., (nf), ***Trastornos de la alimentación.***, Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia) Consultado: el 22 de noviembre, 2011. En: http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_3.pdf.

Gómez, M., Ruiz, J y García., E., (2010, enero), ***Actitudes físico-deportivas que demandan los universitarios.*** Revista digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula (Almeria), 3, Consultado: el 13 de noviembre, 2011. En: http://www.cepcuevasolula.es/espiral/articulos/ESPIRAL_VOL_3_N_5_ART_1.pdf.

Iñarrritu, P., (2004, abril- junio), ***Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria.*** RESPYN: Revista de Salud Pública y Nutrición, 5, Consultado: el 9 de septiembre, 2011. En: http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm.

Moreno, J., Galindo, G. y Villodre., N., (2006, abril), ***Actitudes hacia la práctica físico – deportiva según el sexo del practicante de la conducta alimentaria.*** Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 3, Consultado: el 13 de noviembre, 2011. En: http://www.cafyd.com/REVISTA/art2n3a06.pdf.

Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios. Guía de Práctica de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, sd, Consultado: el 11 de octubre, 2011. En: http://www.fhspereclaver.org/userfiles/file/guia_nutricion_saludable.pdf.

DISERTACIONES

Avellanera, S., (2009), ***Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana***, Tesis de grado publicada, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. D.C.

Cifuentes, M., (2004), ***Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género***, Disertación publicada, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala.

Morales, J., (2011), ***Identificación de factores de riesgo para enfermedad crónica en estudiantes de medicina del último año de la Facultad de Medicina en la Universidad Militar Nueva Granada***, Tesis de maestría publicada, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia.

Cifuentes M., (2004), ***Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género***, Disertación publicada, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Conceptualización y Operacionalización	Dimensiones	Definición	Indicador	Escala de medición	Fuente	Técnica	Instrumento
Presencia de Riesgo de trastornos alimenticios	Presentar alteraciones de la conducta alimentaria.			Número de jóvenes que tienen un puntaje igual o mayor a dos en el puntaje final del la etapa 1 del cuestionario	Intervalo	Primaria	Encuesta	Cuestionario SCOOF
Auto Percepción de la imagen corporal	Modo en el que un individuo percibe, se imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.			Distribución porcentual de la autopercepción corporal según modelos anatómicos que tienen los jóvenes	Nominal	Primaria	Encuesta	Modelos anatómicos con valores equivalentes a IMC 16-40
Práctica de conductas alimentarias de riesgo	Métodos que realizan los jóvenes para controlar su peso y mejorar su imagen corporal.	Reducción y control de calorías Uso de medicamentos inhibidores del	Realización de dietas bajas en calorías y ricas en frutas y verduras. Ingesta de pastillas o medicamentos	% de jóvenes que se han sometido a dietas restrictivas en calorías. % de jóvenes que han consumido sustancias	Intervalo	Primaria	Encuesta	Cuestionario de prácticas alimentarias de riesgo.

		apetito	para disminuir el hambre.	inhibidoras del apetito.				
		Vomitar	Acción de devolver la comida ingerida.	% de jóvenes que se inducen el vómito después de comer por al menos dos veces a la semana.				
		Uso de purgantes	Uso de sustancias que promueven la motilidad intestinal, produciendo diarreas.	% de jóvenes que usan sustancias purgantes. .				
		Realizar ejercicio o deportes	Realización de actividad física al menos una hora al día.	% de jóvenes que realizan actividad física intensa por más de una hora al día. .				

Estado nutricional	Situación nutricional en la que se encuentra un individuo en cuanto a peso y talla.			Distribución porcentual del estado nutricional de los jóvenes	Nominal	Primaria	Antropometría	Medición de peso, medición de talla, aplicación de IMC y hoja de recolección de datos.
Actividad cultural	Deporte o actividad recreativa que los estudiantes practican			Distribución porcentual de los encuestados según actividad cultural que practican	Nominal	Primaria	Encuesta	Cuestionario
Sexo				Distribución porcentual de los encuestados según sexo	Nominal	Primaria	Encuesta	Cuestionario

ANEXO 2

GUÍA DE ENCUESTA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA

N° Formulario ☐

Buenas días/tardes. Se está realizando la presente encuesta para conocer datos importantes sobre ustedes, por este motivo solicitamos su colaboración y a la vez agradecemos anticipadamente por la atención que le brinde a la presente.

A continuación se presenta un cuestionario que usted deberá marcar una x o responder según el caso:

Fecha: …… Sexo…….. Edad..…... Disciplina que practica…….

1. Nos gustaría saber tu opinión respecto a estas preguntas. Lee cada pregunta y señala con una X el casillero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		SI	NO
1	¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
2	¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
3	¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg. en un periodo de 3 meses?		
4	¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?		
5	¿Diría que la comida domina su vida?		

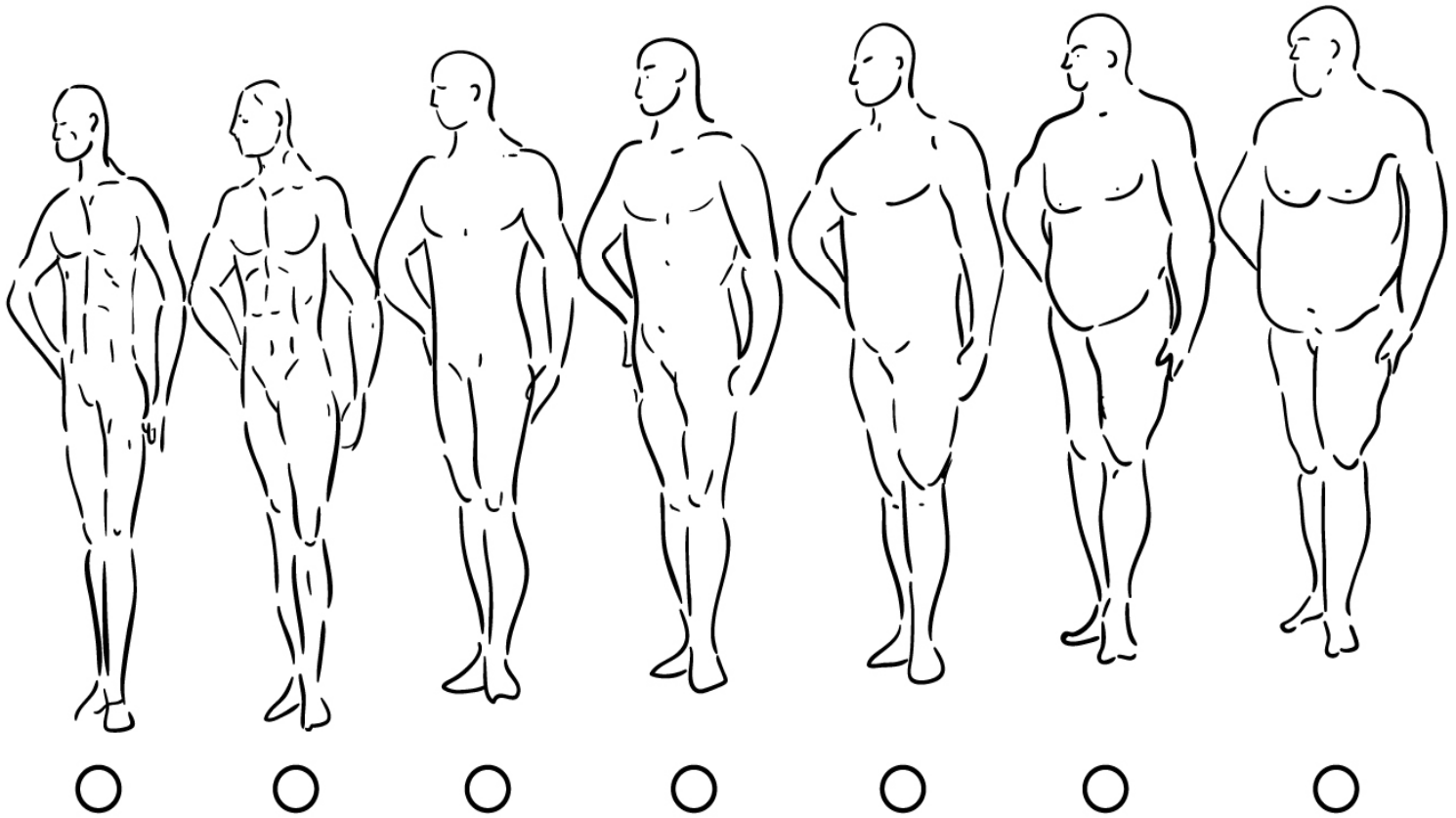
2. Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X en el cajón que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	SI	NO
He hecho dietas para tratar de bajar de peso		
He usado pastillas o diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso.		
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso, por lo menos dos veces a la semana		
He hecho ejercicio por más de una hora a la semana para tratar de bajar de peso		
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.		

Modelos Anatómicos Hombres

- Cuando se mira desnudo al espejo ¿Con cuál de estas imágenes se siente más identificado?

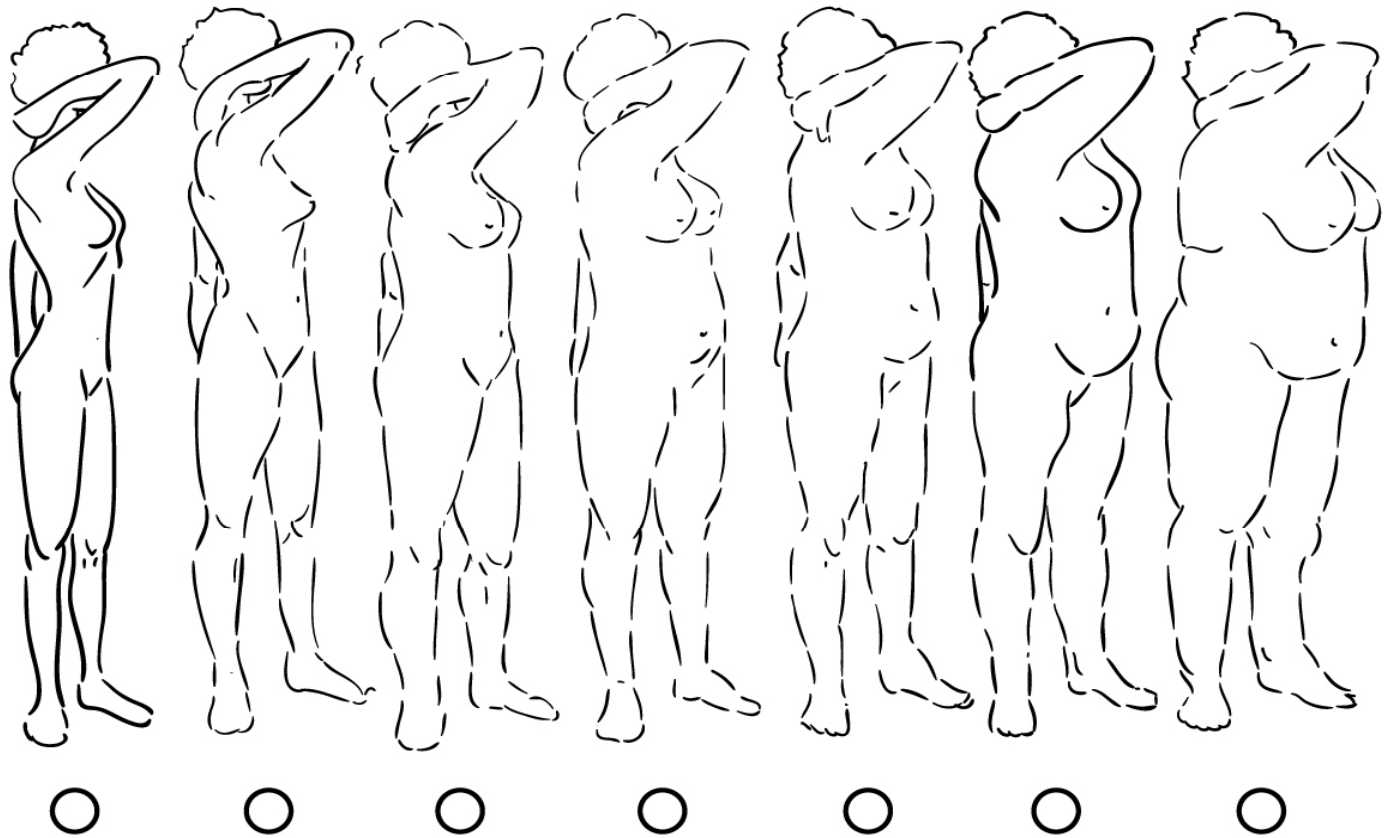
Marque con una x dentro del círculo.



Modelos Anatómicos Mujeres

- Cuando se mira desnuda al espejo ¿Con cuál de estas imágenes se siente más identificada?

Marque con una x dentro del círculo.



ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PESO Y TALLA

N° de formulario	PESO	TALLA	IMC

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Quito, 12 de junio del 2011

Por medio de la presente se quiere dar a conocer que se llevará a cabo una investigación científica realizada por Mercedes Mejía estudiante de la carrera de Nutrición Humana de la Pontificia Universidad Católica el Ecuador, titulada, "Percepción de la imagen corporal y prácticas de conductas alimentarias de riesgo para determinar riesgo de trastornos alimenticios.", en la cual participarán hombres y mujeres entre las edades de 18 a 25 años en el periodo de junio a septiembre del año 2011, con el objetivo de evaluar la percepción de la imagen corporal en relación al estado nutricional real y practicas alimenticias de riesgo en jóvenes adultos que acuden a las actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica de Quito.

La recolección de los datos e información requerida comprenderá dos fases, la primera responder a un cuestionario y la segunda una medición antropométrica en la cual serán tallados y pesado. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente para fines investigativos.

Cabe recalcar que dicha evaluación antropométrica:

1. No es invasiva es decir que no contiene ningún tipo de prueba dolorosa que pueda afectar la integridad física del estudiante.
2. La participación será voluntaria y libre.
3. Se garantizará el derecho a la intimidad, anonimato y libertad de retirarse del estudio si así lo desea.

Después de conocer los preámbulos de dicha investigación yo (nombre del participante) ……. autorizo y me comprometo a participar en el protocolo de la investigación

……. …….

Nombre y firma del participante Nombre y firma del investigador o responsable

ANEXO 5

Cuestionario Eating Attitudes Test (EAT- 26)

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

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca" = 3).
Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado).
Fuente: Ruiz PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Zaragoza: Consejo de la Juventud de Aragón y Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; 1999.

ANEXO 6
Base de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	N°F	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	IMC		od. Anal	RDBI	UPBF	VBF	EBF	TLBF	P. Scoo	P. Scoo	P. Scoo	P. Scoo	P. Scoo	R.C. SCO
4	U	2	23	46	1,54	19,40		3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
7	006	2	20	52,4	1,61	20,22		1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9	008	2	22	55,3	1,58	22,15		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
11	010	2	23	50,2	1,55	20,89	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2
12	011	2	21	61,4	1,67	22,02	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
14	013	2	18	58,2	1,54	24,54	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1
18	017	2	19	52,2	1,59	20,65	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
19	018	2	19	48,9	1,52	21,17	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1
20	019	2	24	55,1	1,6	21,52	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
21	020	2	21	49,3	1,55	20,52	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
23	022	2	19	52,5	1,6	20,51	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1
26	025	2	26	56,05	1,63	21,10	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
27	026	2	22	53,7	1,63	20,21	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
29	028	2	18	50	1,56	20,55	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
34	033	2	19	51,4	1,6	20,08	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
37	036	2	23	73,25	1,62	27,91	4	5	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
38	037	2	18	53,2	1,61	20,52	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2
40	039	2	20	63,95	1,66	23,21	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
41	040	2	19	59,85	1,6	23,38	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
44	043	2	20	58,3	1,62	22,21	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
45	044	2	24	50,2	1,62	19,13	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
47	046	2	18	44,45	1,47	20,57	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
48	047	2	18	57,5	1,54	24,25	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
50	049	2	19	44,8	1,55	18,65	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
51	050	2	20	49	1,59	19,38	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
52	051	2	20	42,7	1,56	17,55	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
55	054	2	26	53,45	1,58	21,41	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
57	056	2	23	47,9	1,58	19,19	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
61	060	2	21	75,4	1,63	28,38	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
62	061	2	26	51,8	1,67	18,57	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
64	063	2	19	53	1,55	22,06	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2
66	065	2	21	56,9	1,67	20,40	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
67	066	2	22	58	1,56	23,83	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2
69	068	2	20	60,9	1,55	25,35	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1
72	071	2	21	67,3	1,63	25,33	3	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2
73	072	2	18	52,6	1,55	21,89	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
74	073	2	22	54,5	1,57	22,11	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1
75	074	2	25	53	1,59	20,96	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

IMC: índice de masa corporal

Hoja1 Hoja2 Hoja3 Hoja4

ANEXO 7

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				
	ANOREXIA		BULIMIA	
	Restrictiva	compulsiva / purgativa	purgativa	No purgativa
Desequilibrio Hidroelectrolítico				
Hipopotasemia		x	x	
Hiponatremia		x	x	
Alcalosis Hipoclóremica		x	x	
Elevación del BUM	X	x	x	x
Incapacidad para concentrar la orina	X	x		
Disminución de la tasa de filtración glomerular	X	x		
Cetonuria	X	x	x	x
Alteraciones cardiovasculares y electrocardiográficas				
Bradicardia	X	x		
Hipotensión ortostática	X	x	x	x
Arritmias	X	x	x	x
Prolongación del intervalo QT	X	x	x	
Anomalías de la onda T	X	x	x	
Alteraciones de la conducción	X	x	x	
Miocardiopatía por ipecacuana		x	x	
Prolapso de la válvula mitral	X	x		
Insuficiencia cardiaca congestiva	X	x		
Derrame pericárdico	X	x		
Gastrointestinales				
Hipertrofia parotídea		x	x	
Perimiólisis y mayor incidencia de caries dental		x	x	
Estreñimiento	X	x	x	
Diarrea con sangre		x	x	
Retraso vaciamiento gástrico	X	x	x	x
Atonía intestinal	X	x	x	x
Esofagitis		x	x	
Desgarros de Mallory-Weiss		x	x	
Rotura esofágica o gástrica		x	x	
Rotura/ perforación del estómago		x	x	
Esófago de Barrett		x	x	
Esteatosis y necrosis focal hepática	X	x		

síndrome de la arteria mesentérica superior	X	x		
Cálculos biliares	X	x	x	x
Esqueléticas				
Osteopenia	X	x	¿?	¿?
Fracturas	X	x	¿?	¿?
Dermatológicas				
Acrocianosis	X	x		
Piel seca y amarilla (hipercarotinemia)	X	x		
Pelos y uñas quebradizos	X	x		
Lanugo	X	x		
Signo de Russell (callos en los nudillos)		x	x	
Edema con fóvea	X	x	x	x
Endocrinológicas				
Retraso en el crecimiento y talla corta	X	x		
Retraso en la pubertad	X	x		
Amenorrea	X	x		
Síndrome de T3 baja	X	x		
Disminución de la capacidad para concentrar la orina secundaria a baja de la secreción de vasopresina	X	x		
Hipertcortisolismo	X	x		
Hematológicas				
Anemia leve	X	x		
Leucopenia	X	x		
Trombocitopenia	X	x		
Velocidad de sedimentación baja	X	x		
Alteración de la inmunidad celular	X	x		
Neurológicas				
Convulsiones	X	x	x	x
Miopatía	X	x	x	
Nefropatía periférica	X	x		
Atrofia cortical	X	x		

Fuente: Mahan, K., Escott – Stump, S., (2009). *Krause Dietoterapia. Capitulo 22: La nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria.*
Modificado por: Mercedes Mejía

ANEXO 8

FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Quito, 23 de Agosto de 2011

Distinguida

Jenny Arroyo

COORDINADORA DE CULTURA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE QUITO

Presente:

Por medio de la presente solicito muy cordialmente se me otorgue la autorización para llevar a cabo la investigación científica titulada "Percepción de la imagen corporal y prácticas de conductas alimentarias de riesgo para determinar trastornos alimenticios" en la cual solicito la participación de hombres y mujeres de entre 18 y 25 años que acuden a los talleres de Danza Española, Danza Folklórica, Danza Contemporánea, Danza Tropical, Danza Árabe, Danza Neoclásica, Danza Aérea, Tango y Capoeria.

Esperando su pronta respuesta, me despido sin antes agradecerle por su amable atención.

Atentamente

Mercedes Mejía

Egresada de la Carrera de Nutrición Humana

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **ROSA MERCEDES MEJÍA YÁNEZ,** C.I. **171864028-5,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"Influencia de la práctica de conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción de la imagen corporal sobre la posibilidad de desarrollar trastornos alimenticios en los estudiantes que acuden a cinco actividades culturales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito durante el periodo de Junio – Diciembre del 2011"**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA** en la Facultad de Enfermería:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 05 de marzo del 2012

Rosa Mercedes Mejía Yánez

C.I. 171864028-5