

ACTITUD ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES 13 A 18 AÑOS DE LA JORNADA
MAÑANA DEL COLEGIO PROMOCION SOCIAL DE LA CIUDAD DE NEIVA
DURANTE EL AÑO 2010.

JOHN JAMER PAZ MONTAÑEZ
ANDRES FERNANDO QUINTERO
ALEJANDRO TOVAR GUTIERREZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2010

ACTITUD ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES 13 A 18 AÑOS DE LA JORNADA
MAÑANA DEL COLEGIO PROMOCION SOCIAL DE LA CIUDAD DE NEIVA
DURANTE EL AÑO 2010.

JOHN JAMER PAZ MONTAÑEZ
ANDRES FERNANDO QUINTERO
ALEJANDRO TOVAR GUTIERREZ

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al titulo de Medico

Asesor
Md. GILBERTO MAURICIO ASTAIZA
Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2010

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Abril de 2011

DEDICATORIA

A DIOS por permitirnos compartir este triunfo. .

A nuestros seres queridos, por ser el motor de este logro, a todos los que colaboraron para que este sueño se hiciera realidad

JONH JAMER
ANDRES FERNANDO
ALEJANDRO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A DIOS todo poderoso por su constante apoyo y ayuda.

A mis profesores de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, por ser nuestros asesores y regalarnos conocimiento y tiempo valioso para sacar adelante este proyecto,

Al Colegio Promoción Social, por facilitarnos el espacio para desarrollar esta investigación.

A todos mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	16
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3 JUSTIFICACION	26
4 OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GENERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
5 MARCO TEORICO	29
5.1 CONDUCTA ALIMENTARIA	29
5.2 ADOLESCENCIA	29
5.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA (TOMADO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEIVA 2008)	29
5.3.1 Clima	29
5.3.2 Límites	30
5.3.3 Servicios públicos	30
5.3.4 Actividades económicas	30
5.3.5 Características de la población	30
5.4 COLEGIOS	30
5.5 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	31
5.5.1 Definición e historia	31
5.6 ETIOPATOGENIA DE LOS TCA	32
5.6.1 Factores biológicos	33
5.6.2 Factores socioculturales	33
5.6.3 Factores psicológicos	34

	Pág.	
5.7	MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS	35
5.7.1	Manifestaciones clínicas específicas de la Anorexia Nerviosa	35
5.7.1.1	Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal	35
5.7.1.2	Otras alteraciones psicopatológicas	35
5.7.1.3	Alteraciones fisiológicas	35
5.7.2	Manifestaciones clínicas específicas de la Bulimia Nerviosa	36
5.7.3	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	36
5.8	COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES	37
5.8.1	Trastornos relacionados con sustancias	37
5.8.2	Trastornos de ansiedad	37
5.8.3	Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC).	38
5.8.4	Trastornos de la personalidad	38
5.8.5	Trastornos del estado de ánimo	38
5.8.6	Trastornos del control de los impulsos	38
5.8.7	Diabetes mellitas	38
5.8.8	Obesidad	39
5.8.9	Síndromes de mala absorción	39
5.8.10	Enfermedades de la tiroides	39
5.9	DIAGNOSTICO	39
5.9.1	Anamnesis	39
5.9.2	Exploración física	40
5.9.3	Exploración psicopatológica y conductual	41
5.9.4	Exploraciones complementarias	41
5.9.5	Pruebas de laboratorio	41
5.9.6	Otras exploraciones	41
5.10	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TCA	42
5.11	TRATAMIENTO EN LOS TCA	44
5.11.1	Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable para el paciente en el caso de la AN	44
5.11.2	Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos	44
5.11.3	Modificar/Mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA	44
5.11.4	Tratar los trastornos asociados	44
5.11.5	Conseguir el apoyo familiar	44
5.11.6	Prevenir las recaídas	45

	Pág.
5.11.7 El tratamiento en los casos de TCA crónicos	45
6 HIPOTESIS	46
7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
8 DISEÑO METODOLOGICO	49
8.1 TIPO DE ESTUDIO	49
8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	49
8.3 POBLACIÓN	49
8.3.1 Criterios de inclusión	50
8.3.2 Criterios de exclusión	50
8.4 TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN	50
8.4.1 Procedimiento de recolección de datos	50
8.4.2 Instrumento de recolección de la información	51
8.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	51
8.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
9 ANALISIS DE RESULTADOS	53
10 DISCUSION	63
11 CONCLUSIONES	67
12 RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra total objeto de estudio por géneros del colegio promoción social de Neiva año 2010	53
Tabla 2. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala dieta, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.	54
Tabla 3. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala bulimia y preocupación por la comida, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.	56
Tabla 4. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala control oral, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.	58
Tabla 5. Distribución de la muestra por edades riesgo según el test eat 26 para el desarrollo de TCA, género femenino del colegio promoción social de Neiva año 2010	61
Tabla 6. Distribución de la muestra por edad de los estudiantes de género masculino del colegio promoción social de Neiva año 2010 con riesgo según el test eat 26 para el desarrollo de TCA	61

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Nivel del riesgo en adolescentes según el cuestionario EAT 26 para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria	59
Grafica 2. Distribución por género de adolescentes de 13 a 18 del colegio promoción social de Neiva jornada mañana con riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria	60
Grafica 3. Comparación entre las estadísticas actuales en nuestro país y a nivel internacional sobre nivel de riesgo y nuestro estudio.	62

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Presupuesto	74
Anexo B. Cuestionario EAT 26	75

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria(TCA) se ha convertido en un problema y riesgo en salud para la población joven y que en unos años serán económicamente activos las personas, por eso debido a la falta de literatura y estudios del mismo en nuestra comunidad hemos decidido investigar al respecto. En este estudio logramos caracterizar sociodemográficamente a la población del colegio promoción social de la ciudad de Neiva jornada mañana y determinar la actitud alimentaria que presenta dicha población, donde hallamos que casi 1 de cada 5 estudiante presenta algún riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria siendo mas susceptible en las mujeres, y que además la mitad de los mismos incluyendo ambos géneros, no perciben dichas distorsión de imagen y problemas de la alimentación pero si son percibidos por su núcleo cercano.

Como conclusión se comprobó que la población del colegio promoción social se encuentran en niveles más alto de riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria comparado con estadísticas nacionales e internacionales que van desde un 2% hasta un 15% y que según los mismos datos la relación mujer hombre es de 9 a 1 y la población del colegio promoción social es de 2 a 1 resulta sorprendente como la balanza se ha ido inclinando hacia el género masculino, así mismo debido a la alta frecuencia encontrada es importante hacer medidas de detección temprana y prevención para evitar que esta población en riesgo presenta complicaciones que acarrea el padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, de no ser si se verá reflejado en unos años el aumento del gasto en salud al tratar las complicaciones que se derivan de esta enfermedad.

Palabras claves. Actitud alimentaria, trastornos de la conducta alimentaria,

ABSTRACT

The eating disorders (ED) has become a problem and health risk for young people and that a few years will be economically active people, so because of the lack of literature and studies of it in our community we decided to investigate. In this study we characterize the population sociodemographically school social advancement of the city of Neiva morning shift and determine the food attitude shows that population, where we find that nearly 1 in 5 student presents a risk for a disorder of eating behavior being more likely in women, and also half of them including both genders perceive no such distortion of image and eating problems but if they are perceived by their nearest core.

In conclusion, we found that the social promotion of the school population are at highest risk levels for present eating disorders compared to national and international statistics ranging from 2% to 15% and the same data as the relationship women men is 9 to 1 and the population of school social promotion is 2 to 1 is amazing how the balance has been tilting towards the male, likewise due to the high frequency found is important to early detection measures and prevention to prevent this complication-risk population that carries the suffering any eating disorder, if not it will be reflected in some years the increase in health spending to treat complications arising from this disease.

Keywords: Food attitudes, eating disorders

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema en alza alrededor del mundo. Se estima que existen más de 200000 personas afectadas alrededor del mundo, con una incidencia aproximada entre el 1 y 17% de la población mundial¹. Los países más afectados, son países desarrollados, especialmente estados unidos, Francia, reino unido. En Colombia desafortunadamente no tenemos datos estadísticos confiables de estas patologías. En algunos estudios realizados en nuestro país se enmarca que estos trastornos se encuentran en el 2.4% de las personas². Por otra parte, el desarrollo global ha hecho que en las diferentes partes del mundo por encima de las culturas de cada localidad se tomen patrones prediseñados o estereotipos que son dictados por la grandes cadenas de la moda y publicitados en masa por los medios audiovisuales los cuales causan la necesidad en los jóvenes de estar dentro de estos parámetros, para ser aceptados socialmente por sus pares lo que induce a otros trastornos en la conducta alimentaria que aunque menos conocidos, no son menos graves y que conllevan a trastornos muy conocidos como son la anorexia y la bulimia catalogados en la actualidad como enfermedades psiquiátricas.

El primer trastorno, la anorexia se define como un trastorno de la conducta de origen psicógeno que afecta las conductas alimentarias y cuya repercusión sitúa al problema en el ámbito de las patologías psicosomáticas. Se caracteriza por una pérdida ponderal de peso inducida y mantenida por el propio paciente que lo conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad). Cursa con síntomas obsesivos constituidos por pensamientos relacionados específicamente con la silueta, el cuerpo, el peso y los alimentos, además de muchas conductas alimentarias extravagantes acompañadas de un exceso de actividad física³.

El segundo trastorno es la bulimia que por definición es La bulimia nerviosa. Es una enfermedad caracterizada por una conducta de comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve período de tiempo, seguida de un intenso sentimiento de culpabilidad y autodesprecio hacia su ser, lo cual con frecuencia

¹ Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana: british journal of psychiatry 2004;185, 312-317.

² Ibid., p.5

³ Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Pag 33. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/documentos/TCA_completa.pdf

implica para la persona que la padece el mantenimiento de conductas purgativas o compensatorias⁴.

Estas conductas solo son las manifestaciones iniciales de un síndrome que en muchas ocasiones pueden llevar al paciente a varias secuelas permanentes o incluso a la muerte si no se detecta y se trata a tiempo.

Los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país, y específicamente de nuestra región, dándonos en la tarea, de aplicar un sencillo instrumento con el fin de medir el nivel de riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, de la población entre los 13 y 18 años de un colegio ubicado en Neiva, capital del departamento del Huila, Colombia. Los resultados fueron similares a los encontrados en otros estudios nacionales pero mucho más alta que en estudios internacionales, con una medición del riesgo probable en 19.5% del total de la población. El grupo etario más afectado fueron las mujeres, lo que demuestra, una vez más, que la presión social, y el ideal de una mujer delgada como símbolo de salud, está irrumpiendo en las conciencias de estos jóvenes, haciendo de estas patologías, una grave amenaza, en un futuro muy cercano, constituyéndose en uno de los problemas más importantes a afrontar en este nuevo siglo.

⁴ Ibid., p.5

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentarias son un grupo de psicopatologías caracterizadas por episodios de pérdida de la ingesta, excesiva ingesta con posterior emesis, y una excesiva preocupación por el peso y figura corporal. Los desordenes de la conducta alimentaria son clasificados actualmente de la siguiente manera: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastornos de la conducta no especificados⁵

En cada uno de los estudios^{6, 7, 8} la característica más importante en la anorexia nerviosa es rehusarse a mantener un mínimo peso corporal, en cambio en la bulimia nerviosa es característico la ingestión compulsiva de alimento, denominado así atracones de comida, seguido de comportamientos anormales como el vomito inducido. Estos dos trastornos están fuertemente relacionados entre sí. La principal población afectada son mujeres jóvenes que empiezan a darle especial importancia a su imagen y peso corporal. Otra característica que los une es que al menos el 50% de los pacientes con bulimia nervosa tienen antecedentes de anorexia nervosa y viceversa. Un síndrome de nueva remembranza en los trastornos de la conducta alimentaria es el de bringe, que consiste en episodios similares a los de la bulimia, con ausencia de comportamientos compensatorios. Para el diagnostico de estas enfermedades el Sistema de clasificación de enfermedades mentales DSM IV, ha compilado los principales síntomas, logrando así un consenso universal sobre como hallar y diagnosticar este tipo de pacientes⁹

Los principales criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa son la sobrevaloración de la figura y el peso, mantener un peso muy bajo (IMC <17.5 kg/m²), y además amenorrea en mujeres fértiles que no usan anticonceptivos, aunque esto

⁵ Ibid., p.3

⁶ Eating disorders and substance abuse in canadian men and women: A national study. Eat Disord. 2007;15:189-20

⁷ Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins PLoS ONE | www.plosone.org February 2009 | Volume 4 | Issue 2 | e4402

⁸ Evidence of diffuse atrophy of the thyroid gland in patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2001;29(2):230-5.

⁹ Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia Colombia Med 2007; 38: 344-351. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a2.pdf>

último no siempre se presenta. En la BN también se cumplen la sobre-valoración de la figura y del peso, además de recurrentes episodios de atracones, extremo control de peso (dietas restrictivas, inducción de vómito frecuente, o el uso de laxantes). Los TCA-NOE se definen por la presencia incompleta de los criterios diagnósticos de AN y BN en sus diferentes combinaciones (ausencia de uno o de los dos). Estos desórdenes alimentarios están definidos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Estas enfermedades ocurren en el 1 a 4% en los adolescentes y mujeres adultas jóvenes, predominante en la raza blanca, y con estratos socioeconómicos de clase media y alta. Este es un dato importante que llama la atención. Además solamente el 5 a 10% involucran hombres. Por supuesto se ha reconocido en la etiología de la enfermedad una carga genética, mas una gran carga ambiental. Además desarrollan un gran riesgo psiquiátrico de suicidio. Los estudios efectuados a través de la historia, muestra que la anorexia nerviosa se presenta entre el 0.1 a 0.9% de la población general y la bulimia entre el 1 al 5%. En los países occidentales industrializados, la frecuencia de los TCA ha sido mayor durante las últimas tres décadas y la edad de inicio se ha hecho más temprana¹⁰

3 a 5% de la población femenina sufre de trastornos de la alimentación no específicos. Por obvias razones estos datos no pueden ser extrapolados a todas partes, ya que las condiciones socioeconómicas de cada país son diferentes. Un ejemplo claro de este fundamenta se halla en nuestro país, en donde el comportamiento de Estas enfermedades es diferente al resto del mundo. En Colombia la población que padece anorexia es del 2.3% mientras que la bulimia solamente es del 0.1%. Aunque estas enfermedades tienen un pico de incidencia más alto en la población secundaria y universitaria, estos trastornos pueden presentarse en la población mayor de hasta 40 años y lo que es más preocupante, su prevalencia infantil está en aumento. El abuso sexual, la historia de cambios súbitos del humor, abuso de sustancias psicoactivas, son los factores de riesgo principalmente involucrados en estas patologías¹¹

La anorexia lleva a un curso crónico, incrementando ampliamente la morbilidad y mortalidad por otras enfermedades. Sin embargo el curso natural de estas entidades es poco entendido. Una tercera parte de los pacientes de los estados unidos de América, no son atendidos en las unidades mentales¹² Cifra que definitivamente contrastaría notoriamente con los casos en Colombia.

¹⁰ Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community Am J Psychiatry 2007; 164:1259–1265 <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/164/8/1259>

¹¹ Ibid ., p. 7

¹² Ibid ., p.8

Aun conociendo todos estas estadísticas se torna obligatoria la pregunta de si los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en hombres. Esa pregunta ha sido respondida en algunos pocos estudios a nivel mundial. A partir de estas se infiere que para que un individuo sexo masculino desarrolle trastornos de la conducta alimentaria, se necesita una carga génica mucho más alta que en los individuos del género femenino, además de condiciones socio ambientales más adversas que las registradas en el género femenino¹³

Las estadísticas señalan que los trastornos de la conducta alimentaria, se encuentran en una relación mujer-hombre de 9 a 1, abriéndose una gran brecha entre ambos géneros, cifra que se espera tener en Colombia. La Mayoría de esta población pertenece a los países del primer mundo, en donde las condiciones de estrés son mucho más altas que en los países del tercer mundo¹⁴

Por otro lado se han realizado estudios similares a los realizados en otros países como Ghana que muestra que aunque pequeña, existen trastornos de la conducta alimentaria, algo impensado hace muy poco tiempo. Lo que demuestra aun más que para llegar a enfermar por este cuadro, juega un papel muy importante las condiciones medioambientales adversas¹⁵

Cambiando de latitudes para hablar sobre el tema específicamente estudios colombianos, en un trabajo desarrollado por la universidad de Antioquia en Medellín, encontró que las niñas entre las edades de 12 a 21 años padecían al menos un factor de riesgo, cifra alarmante, ya que el inicio temprano de estas patologías, predispone a innumerables complicaciones orgánicas¹⁶ Una de las probables implicaciones ha sido una proyección de belleza inefectiva, dañina, proporcionada por fines estéticos y mercantilistas, que lo único que quieren es hacer rendir sus negocios, acostada de vender una imagen errónea de salubridad y éxito.

Con este esbozo se intenta colocar a esta enfermedad, como una dolencia que afecta a un indeterminado número de personas en nuestro país, y que por culpa

¹³ Ibid ., p.8

¹⁴ Ibid ., p.5

¹⁵ Ibid., p.5

¹⁶ Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo: Revista CES Odontología Vol. 21 - No. 2 2008 Disponible en http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas/Pag33_38V21N2ODO.pdf

de no tener unas estadísticas fiables acerca del tema, nos tenemos que basar en pequeños estudios realizados en distintas regiones del país. Siendo así, los trastornos de la conducta alimentaria se deben considerar como un problema de salud pública, que de no contenersele dará a conocer infinidad de problemas en la edad adulta¹⁷

Con el fin de desarrollar estrategias por las cuales se puedan recoger los datos proporcionado por las enfermedades, muchos estudios surgen día a día, con el fin de comprender mejor, los factores de riesgo y precipitantes de este problema. En el mundo se realizan incansables encuestas epidemiológicas con diferentes modelos de investigación. Uno de los tantos fue realizado por la universidad de santa catalina en Brasil, en donde se escogieron más de 24000 niñas entre los 10 y 19 años que asistieran a colegios públicos de esa ciudad. Con posterioridad fueron seleccionadas al azar, formando grupos a los cuales se les era administrada la encuesta, para dar con su diagnostico¹⁸. Con este estudio se dan algunas pautas de cómo aleatorizar la muestra a estudio.

Otros estudios han ido mucho más lejos, intentando probar tablas con un puntaje determinado con el fin de asignar algún grado de correlación entre la prueba y las patologías a describir. Tal es el caso del estudio español llevado a cabo en Tarragona España¹⁹ en donde además de encontrar la prevalencia de los trastornos alimentarios, desarrollaron test que los estudiantes desarrollaban en su cuestionario, con lo cual podían predecir, cuáles eran los individuos que estaban en peligro de desarrollar trastornos alimentarios. Todos estos estudios se desarrollaron en el lapso de un año y máximo 2 años.

Un estudio similar fue el que se realizo en Ghana²⁰ en el cual se escogieron a los integrantes del grupo, de escuelas estatales, por medio de medidas antropométricas las cuales dieran una mejor idea de cuales niñas estaban con algún factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, y si se clasificaba como individuo en riesgo de trastornos, se le asignaba un test llamado test de Edimburgo, el cual costa de parámetros diagnósticos tanto de

¹⁷ Ibid., p.8

¹⁸ Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):503-512, mar, 2008. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/04.pdf>

¹⁹ Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus: An Pediatr (Barc). 2008;68(1):18-23 Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13114466>

²⁰ Ibid., p. 5

bulimia, como de anorexia. Este tipo de estudios presentan algunas falencias, ya que el diagnóstico lo da sin saberlo el individuo y no el personal de la salud calificado para hacerlo, lo que promueve subjetivamente sesgos de selección al estudio.

Un estudio similar al anterior se realizó en la universidad del valle, en el cual los estudiantes llenaban por medio de una encuesta, sus hábitos alimenticios de una manera muy subjetiva²¹

En contraste hay cantidades de estudios que se han dedicado además de describir la prevalencia también los factores protectores para no desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Tal es el caso del estudio publicado en el 2004 del acta española de psiquiatría, en el cual se manifiesta abiertamente, que los individuos que practicaban un deporte, estaban menos afectados por los trastornos de la conducta alimentaria que la población general²²

Como nos damos cuenta, la mayoría de los estudios realizados, el instrumento se basa en una encuesta en la cual es el paciente quien llena los formularios, dándole un poco de subjetivismo a estos. Por lo demás, vemos que la muestra empleada en todos los estudios anteriores varía entre doscientos, trescientas, mil, dos mil, dándole un importante poder estadístico, el cual va a llevar las ideas a los hechos.

Como hecho importante para nuestro trabajo, nada más se encontró un solo artículo en el cual relatan, cual es el riesgo real de estos trastornos en el género masculino²³

De hecho no es raro encontrarnos esto, en las revisiones sistemáticas que se hacen sobre el tema^{24, 25}, Se cree que para que un hombre manifieste padecer un trastorno de la conducta alimentaria se necesitan ciertas cualidades genéticas y medioambientales, que conduzcan a un ambiente propicio para ello. Mas sin embargo, los factores predisponentes aun no son dilucidados. En este estudio se

²¹ Ibid., p.8

²² Eating disorders, sport practice, physical self concept in adolescent: atlas esp psiquiar 2004;32,1 29-36

²³ Ibid., p.7

²⁴ Ibid., p. 5

²⁵ Ibid., p. 5

propuso testear a una población estudiantil masculino, para quitarnos el interrogante de una buena vez, si es que estos trastornos, pertenecen única y exclusivamente a las mujeres, o a los hombres como lo ha demostrado algunos pocos estudios a nivel internacional.

Los participantes de los estudios antes mencionados son en su inmensa mayoría los que oscilan entre los 10 a 23 años, intervalo de edad que corresponde con las estadísticas habituales de personas afectadas con trastornos alimentarios. Además es una población que es fácil de concentrar en sitios tales como escuelas, colegios, centros de recreación y universidades.

En los antecedentes que se refieren al departamento del Huila, sobre estos problemas de alimentación, no se encuentra evidencia alguna de estudio, o datos epidemiológicos que nos proporcionen cifras confiables y reales sobre los trastornos de la conducta alimentaria en nuestra región, que se evidencia en no estar nombradas en el perfil epidemiológico del Huila ni de Neiva. Esto se convierte en un blanco potencial de investigación, ya que da inicio a responder el interrogante de cuales es la incidencia de dichas patologías y el impacto de las mismas en nuestro departamento.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. Los TCA no son una patología moderna ni un problema nuevo, ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, en cambio, es la gran cantidad de casos que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas y en la no industrializadas y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético. El incremento en los últimos años ha conducido a que durante la última década se haya producido una gran proliferación de investigaciones a nivel nacional e internacional a fin de poder determinar, por una parte, los principales factores implicados en la adquisición y mantenimiento de estos TCA y, de otra, desarrollar instrumentos de evaluación y procedimientos terapéuticos potentes para poder tratar dichos trastornos y potenciar las vías para su prevención²⁶

Estas alteraciones de etiopatogenia multideterminada intervienen Factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que Afectan mayoritariamente niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que no sólo implican a la persona afectada sino también a su familia y entorno más Próximo, donde los profesionales de la salud y de la educación, se ven directa o indirectamente involucrados²⁷

Ampliando un poco el margen histórico, vemos que en la civilización romana era habitual en banquetes y fiestas la ingesta masiva de alimentos, seguida de conducta purgante. Posteriormente en la edad media y hasta nuestros tiempos, diversos autores, describen y definen la anorexia y la bulimia nerviosas²⁸. Por tanto, puede concluirse que los TCA han existido siempre, pero la historia nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la medicina y otras disciplinas, ya que, siendo una enfermedad de clínica y sintomatología constante y clara, tanto su etiopatogenia, como su verdadera prevalencia a nivel nacional y regional, dispone de pocos datos, que ciernen un manto de duda con respecto al panorama real de estas enfermedades en la sociedad colombiana, específicamente en el departamento del Huila.

²⁶ Ibid., p.8

²⁷ Ibid., p.4

²⁸ Ibid., p.9

Desde el inicio de la humanidad, el hecho de comer ha tenido una connotación social. La comida es el momento de encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, lo que propicia la relación y la empatía. Por otra parte, el hombre ve determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos; entre estos últimos deben reseñarse los instintos o impulsos primarios, entre los que hay que mencionar el hambre, es decir la necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida y la homeostasis y también para obtener placer y la sexualidad (promovida por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción). El ajuste de estas necesidades básicas a los requerimientos que supone la existencia en una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o estéticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos y a veces la frontera es estrecha entre lo que puede ser patológico o normal en lo que concierne a la alimentación.

Los TCA están en auge en parte por la masificación de los medios de comunicación que influye principalmente en las personas muy jóvenes, llevando a elevada mortalidad, que un número elevado de casos se convierta en formas crónicas, las frecuentes hospitalizaciones, la necesidad de tratamientos especializados, el incremento de las formas purgativas mucho más agresivas, formas atípicas de TCA, con presentaciones clínicas a veces muy aparatosas en niñas muy jóvenes como: rápida instauración del vómito, gravedad de la desnutrición, comorbilidad con patologías como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, o trastornos de personalidad, que en muchos casos no cumplen todos los criterios diagnósticos de DSM IV o CIE 10 para poder ser diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) purgativa o bulimia nerviosa (BN). La gran divulgación de estas patologías en los medios de comunicación ha tenido diversas consecuencias, entre ellas, la de contribuir a que la población conozca diversos aspectos de estas patologías, lo que puede influir en un aumento de la detección de casos; pero también ha contribuido a un incremento de la demanda asistencial en los servicios sanitarios de personas que se pueden considerar normales. Por lo tanto, consideramos, que si realizamos un estudio, serio, con datos confiables, podríamos disminuir en parte, esa gran demanda por casos innecesarios.

Por otra parte, los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la divulgación de los factores socioculturales que tanta importancia tienen como causa de los TCA. La sobrevaloración del aspecto físico con paralela pérdida de otros valores, la modificación de los hábitos alimentarios, la pérdida de la entidad de la familia como elemento contenedor y favorecedor de la comunicación, la acción nociva de los medios de comunicación por la excesiva y mal hecha divulgación de este problema, han favorecido una situación social de moda de la anorexia, bulimia y otros trastornos no clasificados, lo que ha llevado a que el

trastorno alimentario sea utilizado por muchas adolescentes como forma de autoafirmación y rebeldía frente a los padres u otro tipo de autoridad. Otro factor ha sido el fenómeno de contagio entre jóvenes basado en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar que se lleva a cabo en grupos de adolescentes, ya que disponen de gran información acerca de dietas, formas de purgas. La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión, una manía que gobierna la vida personal y social: ejercicio, dietas, masajes, purgaciones, conversaciones monótonas. Pero además participamos de una sociedad consumista, despilfarradora y superficial en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido.

En la actualidad con el cambio a un estereotipo donde se brinda culto a la figura corporal y donde se muestra la delgadez en mujeres y hombres como sinónimo de éxito, la población colombiana en general se enfrenta a la aparición de nuevas patologías que antes eran propias de países industrializados y han fomentado el incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades como las alteraciones de la conducta alimentaria(anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no especificados), que muestran una tasas de prevalencia para la población general de 2.3% para la anorexia nerviosa, mientras que la bulimia presenta una prevalencia del 0.1%. La población femenina es la más afectada con una relación hombre-mujer de 1:9. Según la resolución número 2358 del 1998²⁹

Si los anteriores datos los extrapolamos hacia el contexto regional veremos en Neiva que tiene una población de 370.585 habitantes según estadísticas de DANE, nos daría una población afectada de más o menos 7000 personas, cifra bastante preocupante, si bien no varían mucho de las estadísticas norteamericanas y europeas^{30,31} que muestran un valor en general de de 4.1% para la anorexia nerviosa y 6.4% para la bulimia, Como dato curioso, y saliéndose de este conjunto, datos de estudios de la universidad de Antioquia Colombia, muestra una prevalencia de 17%, un porcentaje tres veces superior, al porcentaje promedio a nivel internacional³² Dejando en el ambiente aun mas desconcierto.

²⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución No. 2358 DE 1998 del. Pag 13. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo284211.pdf>

³⁰ Proyecto de Prevención de Anorexiabulimia en Medellín Metropolitana. Disponible en http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/N_admon/obj/pdf/anorexiabulimia.pdf

³¹ Ibid., p. 8

³² Ibid., p. 14

Como es de suponerse la población más vulnerable a presentar los trastornos de la conducta alimentaria son los adolescentes jóvenes en especial los que se encuentran entre los rangos desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la edad adulta, argumento justificado con la información dada anteriormente, siguiendo los patrones de medios de comunicación, consumismo, la llegada de internet a los hogares, y las demás pruebas expuestas. Debido a que no se cuenta con una financiación económica amplia para el estudio, la factibilidad de encontrar casos probables se limitara a un sitio, que seria del área urbana debido a que las estadísticas revelan que la población urbana es la que casi en su totalidad demuestra la influencia sobre estos adolescentes. Aun como lo demuestran los registros que son 9 veces más frecuentes en mujeres³³ la población a estudio será equitativa entre hombres y mujeres, para que revele una incidencia más acorde con la realidad. Por lo anterior se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuál es la actitud alimentaria en los adolescentes de 13 a 18 años del Colegio Promoción Social de la ciudad de Neiva, jornada mañana año 2010?

³³ Ibid., p.5

3. JUSTIFICACION

Definitivamente es novedoso porque no se han realizado estudios que identifiquen a la población de Neiva y el Huila en riesgo por trastornos de la conducta alimentaria, y que permitan conocer los factores que están determinando la aparición de dicha problemática. Demostrado por el hecho que estas patologías no se reportan en el perfil epidemiológico del Huila ni de Neiva

Es útil ya que proporcionara indicadores que permitan un panorama del comportamiento de los estas patologías que afecta el bienestar y la salud de los habitantes de la Ciudad de Neiva y que se ha visto agudizado en los últimos años por los cambios que se han presentado en el estilo de vida de las personas y las condiciones del entorno.

Además responde a las prioridades incluidas en el Plan Nacional de salud Pública Decreto 3039/2007³⁴ específicamente al cuarto objetivo en el que se establece mejorar la salud mental y disminuir las lesiones violentas evitables, donde la salud mental es parte primordial de salud y buena calidad de vida, puesto que la salud no es solo ausencia de enfermedad sino el completo estado de bienestar físico, psicológico y social del ser humano tal como lo define la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS). Además reconoce el cumplimiento de la Resolución número 2358 de 1998³⁵ en la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental en la que se enmarca la función del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con relación al cumplimiento de la disposiciones constitucionales que consagran el derecho a la vida, la salud integral y la seguridad social de los individuos, los cuales encuentran su expresión en los fundamentos y principios establecidos por la Ley 100 de 1993 de Colombia. Además que Se encuentra el componente de Salud Mental en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA.

Indudablemente es factible porque se cuenta con el tiempo y los recursos necesario para el desarrollo de este, al mismo tiempo es una investigación sin riesgos según lo establecido en la resolución 8430 de 1993 al no pretender modificar variables biológicas, psicológicas o sociales de las personas que

³⁴ PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Decreto 3039 de 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16573DocumentNo5032.PDF>

³⁵ Ibid., p. 11

participen en el estudio, por lo cual no se dificultara conseguir el consentimiento de las autoridades éticas y de los sujetos que participaran en el desarrollo del estudio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud alimentaria en los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de la jornada mañana, Neiva 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas de los adolescentes.

Identificar las prácticas alimentarias de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de la ciudad de Neiva jornada mañana año 2010; mediante la aplicación del test eat 26.

Cuantificar el riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria de los adolescentes, y su relación con las características sociodemográficas

5. MARCO TEORICO

5.1 CONDUCTA ALIMENTARIA

Actitudes Alimentarias Organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra del acto de comer, que predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho acto. Como toda actitud, se caracteriza por la presencia de tres componentes: Cognoscitivo, Afectivo y De tendencia a la Acción o Conducta. (Corada y Montedónico, 2007)

5.2 ADOLESCENCIA

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años ,considerándose dos fases ,la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años"(OMS-2000) Se estima que en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes(OMS)³⁶

5.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA (TOMADO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEIVA 2008)

El municipio de Neiva es la capital del Departamento del Huila desde el año de 1905, se ubica a orillas de la margen derecha del río Magdalena, entre los picos de las Cordilleras Oriental y Central. Políticamente el municipio de Neiva está dividido en 10 comunas urbanas, 8 corregimientos y 79 veredas.

5.3.1 Clima

- Altura de 442 msnm (metros sobre el nivel del mar).
- Temperatura promedio de 30 °C.

³⁶ A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. 2003;108(3):175-82.

- Extensión de 1.553 Km² (7.8% de la superficie del Huila).

5.3.2 Límites

- Norte con los Municipios de Aipe y Tello
- Noroeste con el Departamento del Tolima
- Suroccidente con el municipio de Palermo
- Sur con el Municipio de Rivera.
- Oriente con el Departamento del Caquetá.

5.3.3 Servicios públicos. El porcentaje de cobertura de E. eléctrica es de 97%, el porcentaje cobertura en acueducto: 95 cobertura Gas es del: 84.99% y de cobertura Telefónica es del 73%, aspecto importante en el mejoramiento de las comunicaciones y la difusión de información.

5.3.4 Actividades económicas. Las principales actividades económicas son la agricultura, la ganadería, el comercio y la minería: explotación de petróleo y gas natural, minas de oro, plata, caliza, mármol y cobre... El comercio es muy activo, ya que Neiva se ha convertido en la principal ciudad del sur occidente colombiano y en el eje de la economía de los departamentos del Huila, Caquetá, y Putumayo.

5.3.5 Características de la población. La división de la población por cabecera Municipal es de 304.807 (93,80%); y la zona rural es de 20.098 (6,2%)

Según el perfil epidemiológico de Neiva 2008, los adolescentes población objeto del presente trabajo, están conformados por 61000 habitantes que es cerca de la quinta parte de la población total de la ciudad de Neiva, con una relación hombre: mujer cerca a 1.

5.4 COLEGIOS

Según la secretaria de educación municipal de Neiva, el total de Centros Educativos es de 172, de los cuales el 22.6% (39) lo conforman instituciones de

orden Públicos/Oficial distribuidos en la zona urbana (29 centros educativos con 79 sedes) y rural (10 centros educativos con 56 sedes); y el restante 77.4% (133) corresponden al total de Centros Educativos Privados. (Tomado del perfil epidemiológico de Neiva 2008.

5.5 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

5.5.1 Definición e historia. A mediados del siglo XX empezó a describirse un aumento en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque no es claro si es debido a un aumento en el conocimiento de esta patología y por ende a una mayor tasa de casos diagnosticados, o en realidad es por un aumento en su prevalencia³⁷

El médico inglés Richard Morton es tal vez el primero que describió los primeros casos de anorexia en su tratado sobre fisiología, a la que llamo consunción nerviosa³⁸

Hacia el año 1873 el doctor William Gull describió un trastorno que padecían algunas mujeres jóvenes al que denominó anorexia histérica. Al año siguiente le dio el nombre de anorexia nerviosa³⁹ que es como la conocemos hoy en día.

En la psiquiatría de inicios de los años 1900 se dieron grandes aportes en el tema donde según Pierre Janet describía una forma obsesiva con conservación del apetito, junto con una forma histérica, menos frecuente, con supresión del hambre. Así mismo Freud en su obra describió la anorexia nerviosa como una forma de melancolía en el que la sexualidad no tiene un adecuado desarrollo, describiéndola como neurosis nutricional.

La percepción actual sobre los trastorno de la conducta alimentaria se le debe a Hilde Bruch (1978) quien definió la anorexia primaria como Una distorsión de la imagen corporal, incapacidad para reconocer estados internos y sensación general de ineficacia.

³⁷ Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity. Lisse:Swets and Zeitlinger,1994

³⁸ Trastornos del comportamiento alimentario. En: Tratado de Psiquiatría. Editado por Vallejo J, Leal C. Barcelona: Ars Médica, 2005, pág. 1522-1536

³⁹ Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Trans Clin Soc London 1874;7:22-28

En cuanto a la bulimia nerviosa fue Rusell quien en 1979 la describió como un síndrome, porque anteriormente se consideraba tal patología como un síntoma de otros trastornos principalmente de tipo depresivo⁴⁰

Los TCA (trastornos de la conducta alimentaria) agrupa diversos trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso, Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento biopsicosocial del individuo y que por proximidad afecta a sus familiares más cercanos. Para organizar correctamente las ideas, a lo largo de los años se han realizado abundantes estudios con el fin de clasificarlas dentro de un grupo de enfermedades específicas. La actual clasificación de los TCA incluye la Anorexia nerviosa AN, la bulimia nerviosa BN y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE (trastornos de la conducta alimentaria no especificados).

Las primeras descripciones de la AN datan del siglo XVII, cuando se estableció que el origen de este trastorno, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones. En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo.

La historia de la BN es mucho más reciente, aumentando considerablemente el número de personas afectadas en los últimos años. Entre las razones, posiblemente su evolución menos dramática y la facilidad de las personas afectadas para pasar desapercibidas hace de la bulimia una patología sub diagnosticada en el medio medico.

5.6 ETIOPATOGENIA DE LOS TCA

Como muchos trastornos mentales, los TCA su origen es multifactorial. Según algunos estudios, se describen diversos factores biológico-genéticos, como antecedentes familiares, características psicológicas, socioculturales, aunque el riesgo relativo para cada variable no está bien conocido

⁴⁰ Bulimia: a historical perspective. Int J Eat Disord 1988; 7: 201-210

Los TCA tienen una mayor incidencia en la adolescencia, aunque últimamente la curva se está desplazando hacia los extremos de la vida. En cuanto al género afecta principalmente a la población femenina en una proporción de 9 a 1.

Dentro de los factores de riesgo más descritos Hasta el momento están:

5.6.1 Factores biológicos. Centrados principalmente en los factores genéticos y las alteraciones en la neurotransmisión, se ha encontrado que hay una mayor incidencia de casos en poblaciones donde hay antecedentes de TCA, lo que evidencia una vulnerabilidad genética.

Estudios mediante biología molecular han asociado determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico con el receptor 5-HT que regula el apetito, el estrés, la conducta sexual, y otras emociones en el ser humano. También se ha relacionado disfunción del sistema dopaminérgico⁴¹

La herencia parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad a presentar AN⁴²

5.6.2 Factores socioculturales. Se encuentran como factores de riesgo, modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos⁴³ familias desestructuradas, antecedentes familiares de trastornos afectivos especialmente en las madres, dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia, obesidad en las madres, alcoholismo, hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia⁴⁴

⁴¹ Blood levels of brain-derived neurotrophic factor correlate with several psychopathological symptoms in anorexia nervosa patients. *Neuropsychobiology*. 2008;56(4):185-90

⁴² Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004

⁴³ *Ibid.*, p. 2

⁴⁴ Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(5):468-76

5.6.3 Factores psicológicos. Factores psicológicos tales como trastornos afectivos⁴⁵ trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima.

Los factores estresantes asociados con los TCA, se encuentran: abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital familiar⁴⁶

Existen algunos modelos etiopatogénicos de la enfermedad, de los cuales el de Gardner (1993)⁴⁷ en el cual los TCA son el resultado de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los primeros confieren susceptibilidad a la AN Especialmente la vulnerabilidad genética, Los precipitantes, como la insatisfacción con el peso corporal y la silueta, interaccionan con los predisponentes que condicionan a la persona lo suficiente para decidir que debe perder peso y restringir la ingesta alimentaria. Una vez iniciada la AN, progresando la pérdida de peso empiezan las complicaciones derivadas de la malnutrición. Las consecuencias multidimensionales del trastorno tanto físicas, psicológicas y sociales son a la vez factores perpetuantes del trastorno y potenciadores de los factores predisponentes y precipitantes.

Sin embargo todos estos factores no explican el 100% de los casos de anorexia y cabe señalar que algunos estudios describen como complemento el factor ambiental, donde gemelos con antecedentes de TCA, que viven en lugares diferentes, solo uno de ellos manifiestan alguno de los

⁴⁵ Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. Acta Psychiatr Scand. 1997;96(2):101-7

⁴⁶ Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch Argent Pediatr. 2005;103(4):305-16.

⁴⁷ Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet. 1993;341(8861):1631-5.

5.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS

5.7.1 Manifestaciones clínicas específicas de la Anorexia Nerviosa

5.7.1.1 Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal. Se evidencia principalmente por centrarse en su peso corporal, en el temor a engordar y al sobrepeso dicho temor se intensifica a medida que pierden mayor peso. El trastorno de la vivencia corporal es un factor importante en el concepto de TCA especialmente si se asocia con baja autoestima. Se trata de un temor fóbico a engordar y a perder el control sobre la comida y trae Como consecuencia conductas dirigidas a conseguir una pérdida ponderal.

5.7.1.2 Otras alteraciones psicopatológicas. Generalmente hay síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido.

5.7.1.3 Alteraciones fisiológicas. Como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas⁴⁸

– Amenorrea (primaria o secundaria): es el síntoma característico de la enfermedad y presente hasta en el 70% de los casos cuando ya se encuentra con una pérdida ponderal significativa. Se puede presenta en un 20% de los pacientes amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La etiología de este síntoma es por un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso⁴⁹

– Hiperactividad física: se aprecia desde etapas iniciales. Evidenciado por estos dos tipos de hiperactividad: la primera es el ejercicio físico deliberado con el fin de quemar calorías y perder peso, suele practicarse en solitario, y tiene características obsesivas, este tipo de personalidad se da en una minoría de pacientes, la segunda es hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición,

⁴⁸ Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2003;1(1):46-54

⁴⁹ *Ibid.*, P.18

manifestada como una respuesta automática similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica.

5.7.2 Manifestaciones clínicas específicas de la Bulimia Nerviosa. Se enmarca en episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). En el cual, las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. La duración puede ser variable (alrededor de dos horas) y en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como son los helados o pasteles; la cantidad puede variar dependiendo de la progresión de la enfermedad. Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día pero son más frecuentes a partir de media tarde, los factores desencadenantes son varios tales como los estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas. Se encuentra luego una mejoría transitoria, del estado anímico pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, auto desprecio o humor depresivo minutos a horas después.

– los mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso como el vomito, se presenta hasta en el 80% al 90% de los casos, posterior a los atracones. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y del sentimiento de culpa. La manera más frecuente para la inducción de emesis es por introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, va resultando más fácil la provocación de vómitos, llegando incluso a realizarlos comprimiendo el abdomen. Otros mecanismos utilizados el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos (que reducen el apetito), la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Los laxantes como los diuréticos provocan pérdida hídrica que conlleva a sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, lo que hace se vuelva crónico su uso⁵⁰

5.7.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

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

⁵⁰ The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(7):659-65.

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

5.8 COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES

Las comorbilidades pueden ser de causa mental o de causa orgánica.

5.8.1 Trastornos relacionados con sustancias. La relación con el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas se presenta especialmente en la BN. Inicialmente con el uso de estimulantes como anfetaminas y cocaína con el fin de reducir el apetito, después esta conducta se hace cada vez más impulsiva. Hasta el 40% de las personas diagnosticadas con AN o BN reconocen que abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales⁵¹

5.8.2 Trastornos de ansiedad. Tiene una alta prevalencia en los TCA y tan constante que es difícil identificar si hace parte de la clínica de estos trastornos o si es una patología comórbida. Las prevalencias de ansiedad son muy variadas que pueden oscilar entre el 10% y el 40%, dependiendo de los instrumentos de medida y los criterios de inclusión⁵²

⁵¹ Ibid., p. 7

⁵² The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. Eur Eat Disord Rev. 2007;15(4):253-74.

5.8.3 Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Hasta en un 40% de los casos de TCA presentan un cuadro florido de trastorno obsesivo compulsivo, lo que trae una mayor morbilidad. Aunque la mayoría de los casos se acompaña solo de trastornos de la personalidad como ser personas rígidas, estrictas, ordenadas, responsables, constantes, intransigentes y poco tolerantes⁵³

5.8.4 Trastornos de la personalidad. Las personas que cumplen criterios de BN presentan asociado un trastorno de la personalidad, especialmente el límite y el histriónico, con una alta prevalencia.

5.8.5 Trastornos del estado de ánimo. La depresión está íntimamente relacionada con los TCA, tanto que es casi constante ver depresión en anorexia o bulimia igualmente ocurre con la ansiedad, que puede o ser una comorbilidad o también puede predisponer a presentar un TCA. La prevalencia de la depresión oscila entre el 40% y el 80% con mayor presencia en la BN⁵⁴

5.8.6 Trastornos del control de los impulsos. Se han asociado otros trastornos del control de los impulsos como puede ser la cleptomanía o la tricotilomanía aunque en una minoría de casos

5.8.7 Diabetes mellitas. La DM tiene importancia en la etiopatogenia, curso, evolución y pronóstico de los TCA y también en el manejo terapéutico. Los estudios muestran cifras de prevalencia muy variables. Entre el 0,5% y el 7% de los casos de AN y BN presentan una DM tipo 2. Este porcentaje llega hasta el 20% en los TCA. Hasta el 9% de los diabéticos obesos presentan un TCA⁵⁵

La DM tipo 1 aumenta la probabilidad de presentar un TCA hasta 3 veces, además el presentar DM 1 y un TCA aumenta la probabilidad de presentar complicaciones de la DM y empeorar el pronóstico⁵⁶

⁵³ Obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. Eur Eat Disorders Rev. 2006;14:404-13.

⁵⁴ Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity. Can J Psychiatry. 2001;46 Suppl 1:77S-90S.

⁵⁵ Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. Int J Eat Disord. 2000;28:68-77.

⁵⁶ Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. Eur Eat Disord Rev. 2002;10(4):241-54.

5.8.8 Obesidad. La obesidad está vinculada a la AN y a la BN y una participación directa con el diagnóstico y tratamiento. Hasta el 6% de los niños obesos presentan TCA.

5.8.9 Síndromes de mala absorción. Las patologías como la enfermedad celiaca se presentan con mayor porcentaje en los TCA aunque su prevalencia, no está bien definida.

5.8.10 Enfermedades de la tiroides. El hipertiroidismo como el hipotiroidismo, tienen una importante participación en la aparición, curso, pronóstico y tratamiento en los TCA⁵⁷

5.9 DIAGNOSTICO

5.9.1 Anamnesis. Ante un paciente en quien se sospecha un TCA, se debe diligenciar una historia clínica completa. Por epidemiología se sabe que son en su gran mayoría son personas jóvenes o adolescentes y, por consiguiente, se debe tener precaución al indagar sobre la presencia de algún síntoma, es por ello que, la empatía, apoyo y compromiso es un requisito crucial para conseguir la información de manera más exacta y veraz. Cuando se considere oportuno, deberá corroborarse por al menos uno de los padres u otro familiar.

El paciente sea mayor o menor de edad lo ideal es que la entrevista se haga a solas, con la compañía de otro personal de salud para no generar malos entendidos, esto es importante para que el paciente exponga claramente sus ideas al generarle un ambiente de confianza.

Cada caso se debe manejar con su respectiva confidencialidad incluso al solicitar análisis paraclínicos se debe tener consentimiento de la persona. Durante la anamnesis, se preguntará sobre trastornos físicos (peso, piel y mucosa, menstruación), sobre trastornos emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, desencadenantes del TCA, trastornos del sueño), sobre trastornos conductuales (dietas, ejercicio, atracones, extravagancias con la comida, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas purgantes, hiperactividad física) y sobre trastornos cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de enfermedad).

⁵⁷ Ibid ., p. 3

Existen entrevistas semiestructuradas utilizadas para el diagnóstico de los TCA como Entrevista diagnóstica desarrollada por Composite International Diagnostic Interview (CID-I) de la OMS, 1990 y Eating Disorders Examinations (EDE) desarrollada por Cooper y Fairburn, 1987. Que se han adaptado con los criterios del DSM-IV-TR y la CIE-10⁵⁸

5.9.2 Exploración física. Aunque es menos útil que la anamnesis para el diagnóstico de los TCA, una exploración física completa es crucial para valorar el estado nutricional del paciente y a detectar posibles complicaciones físicas.

Se analizarán las constantes vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura axilar y frecuencia respiratoria); que es posible se encuentren en límites bajos. Con el uso del peso y la talla, se determinará el IMC ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$). Si el IMC es >25 se considera sobrepeso; si está entre 25-18,5 se considera normal, y si es $<18,5$ se considera desnutrición (bajo peso). La CIE-10 establece como pauta diagnóstica para un AN un $IMC < 17,5$. Para las personas con BN se puede encontrar un peso normal o incluso un sobrepeso ligero. En los menores de 18 años, se debe calcular el IMC y comparar con los percentiles para estas edades⁵⁹

Se debe realizar una exploración general sistemática por aparatos en especial prestar atención a los signos de malnutrición y a la detección del crecimiento o del desarrollo sexual:

– Exploración de piel y mucosas y exploración dentaria. Estado de hidratación, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas sospechosas de autoagresión como cortes, arañazos, quemaduras, presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, duricias o heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (**signo de Russell**), lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.

⁵⁸ The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In: Fairburn BG, Wilson GT, editors. Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York, NY (US): Guildford Press; 1993. p. 317-60

⁵⁹ Curvas de crecimiento. Estudio longitudinal de crecimiento. Instituto de investigación sobre crecimiento y desarrollo. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 1988.

– Exploración cardiovascular. El electrocardiograma se debe realizar por la posibilidad de arritmias debido a las alteraciones hidroelectrolíticas. Se puede encontrar bradicardia. La hipopotasemia puede causar onda U, Aplanamiento/inversión de la onda T, extrasístoles y arritmias ventriculares, y la hipomagnesemia también puede ocasionar arritmias.

– Exploración respiratoria. Es Posible la presencia infecciones oportunistas. O incluso En personas vomitadoras, posible neumotórax o, neumonía por aspiración.

– Exploración neurológica. Investigar posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, o alteración hidroelectrolítica.

5.9.3 Exploración psicopatológica y conductual. Se pueden utilizar diferentes instrumentos con el objetivo de evaluar la conducta alimentaria y la situación psicopatológica previa de la persona como impulsividad, ansiedad, depresión, personalidad y obsesividad

5.9.4 Exploraciones complementarias. Se deben analizar las diversas exploraciones en el contexto de cada paciente para no llegar a hacer falsos positivos o falsos negativos en el diagnóstico de TCA.

5.9.5 Pruebas de laboratorio. Los para clínicos como: hemograma, glucemia, colesterol total, triglicéridos, enzimas hepáticos (AST, ALT y GGT), iones (K, Na, Cl, Ca, P y Mg), proteínas totales y albúmina, Creatinina y urea, TSH, T3 y T4 libre, coagulación (TP, TTP), orina (sedimento y osmolaridad) y perfil hormonal femenino.

Permite evaluar la condición funcional actual de paciente y además de ayudar a descartar los diagnósticos diferenciales.

Tener en cuenta que un paraclínico normal nunca descarta un TCA.

5.9.6 Otras exploraciones. Para evidenciar las lesiones broncoaspirativas es útil la radiografía de tórax. También cuando se sospeche de otras patologías como la tuberculosis. La radiografía ósea y la densitometría ósea permitirán valorar la edad ósea para las personas en desarrollo y la presencia de osteoporosis u osteopenia. La electrocardiografía, cuando se sospeche de abuso de laxantes, por la

alteración hidroelectrolítica. Cuando se presenten comorbilidades como diabetes mellitus, obesidad, síndrome de mala absorción y enfermedades del tiroides de origen orgánico y abuso y dependencia de sustancias, trastornos afectivos, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la personalidad, así como trastornos del control de impulsos se deberá individualizar el estudio para cada paciente pensando en el uso efectivo de los exámenes para clínicos que se soliciten.

5.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TCA

Los TCA a pesar de tener criterios clínicos establecidos su diagnóstico en muchos casos son difíciles en especial cuando no se tiene un cuadro florido o cuando hay poca colaboración por parte del paciente.

En relación con la AN, el diagnóstico diferencial se basa principalmente con aquellas patologías que puedan cursar con pérdida del apetito y pérdida de peso importante como:

- **Trastornos mentales:**

- Depresión, ansiedad, trastornos psicóticos y consumo de tóxicos
- Diabetes mellitas
- Tuberculosis
- Hipertiroidismo
- Neoplasias del sistema nervioso central

- **Otras menos frecuentes:**

- Linfomas,
- Sarcoidosis,
- Enfermedad de Addison,

- Enfermedad celíaca,
- Síndrome de la arteria mesentérica
- SIDA,
- Intolerancia a la lactosa,
- Panhipopituitarismo.

En la BN, el diagnóstico diferencial es más limitado que el de la AN e incluye patologías que cursan con hiperfagia y aumento de peso:

- Diabetes mellitus
- Hipotiroidismo
- Síndrome de Kleine-Levin
- Lesiones hipotalámicas
- Tumores inductores de hiperfagia
- Depresión mayor, depresión atípica, trastorno límite de la personalidad (TLP).

El diagnóstico diferencial de los TCANE se debe hacer con aquellas patologías en las que pueda existir una pérdida o ganancia de peso y/o una pérdida o aumento del apetito.

El rasgo diferencial de los TCANE está en la existencia de una alteración en el esquema corporal y la focalización excesiva e irracional sobre el peso y la dieta.

En el TA (trastorno por atracones), el diagnóstico diferencial se debe realizar con las mismas patologías descritas para la BN y con cuadros de alteración en el control de los impulsos que pueden cursar con atracones.

5.11 TRATAMIENTO EN LOS TCA

El tratamiento en los TCA exige el trabajo por parte de un equipo multidisciplinario así dependiendo de la severidad debe ser manejado en su respectivo nivel de complejidad de atención en salud.

Los objetivos del tratamiento en los TCA son los siguientes:

5.11.1 Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable para el paciente en el caso de la AN. El soporte nutricional podrá ir desde una dieta basal, en las personal que no presentan desnutrición importante hasta soporte nutricional para las que están gravemente comprometidas.

5.11.2 Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos. Dar recomendaciones generales sobre los principios de la dieta equilibrada, en proporción, variedad y frecuencia de alimentos o más específicas según el tipo de TCA. Con la educación nutricional lo que se busca es incrementar la motivación del paciente para que coopere y participe en el tratamiento.

5.11.3 Modificar/Mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA. El manejo de Las alteraciones mentales previas, ayuda a reducir/eliminar los atracones y purgas, depresión, y Para ello se puede utilizar:

- Terapias psicológicas
- Tratamientos farmacológicos
- Combinación de intervenciones

5.11.4 Tratar los trastornos asociados. Comorbilidades psiquiátricas incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima, la conducta. Así también las orgánicas como diabetes mellitus

5.11.5 Conseguir el apoyo familiar. De la persona afectada del TCA y proporcionarle asesoramiento y terapia cuando sea necesario.

5.11.6 Prevenir las recaídas. Se deben diseñar estrategias tanto educativas como terapéuticas siempre con la ayuda de un equipo multidisciplinario, cuando se requiera para cada caso específico, además de hacer controles seriado para vigilar la evolución. Por otro lado se debe incluir a la familia en el proceso de mejoramiento para una mejor adaptación por parte del paciente

5.11.7 El tratamiento en los casos de TCA crónicos. Así como la atención de los TCA ante situaciones especiales como el embarazo y el parto.

6. HIPOTESIS

En adolescentes del Colegio Promoción Social, existe una frecuencia 2 veces más alta de trastornos de la conducta alimentaria que el reportado a nivel nacional e internacional.

En las mujeres, el nivel de riesgo es 2 veces más alto de presentar trastornos de la conducta alimentaria que los hombres.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
SOCIO DEMOGRÁFICA	Agrupación de características históricas, sociales, económicas y personales de cada uno de los participantes del estudio	EDAD	Distribución en grupo etario con edades que oscilan entre 2 a 14 años.	Variable discreta
		SEXO	Masculino	Variable nominal
			Femenino	
		ESTRATO SOCIO ECONÓMICO	· UNO (1)	Variable discreta
			· DOS (2)	
· TRES (3)				
· CUANTRO (4)				
EDUCACIÓN	6,7,8,9,10,11.	Variable discreta		

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
CONDUCTAS DE EVITACIÓN DE ALIMENTOS	Características donde se evitan la ingestión de alimentos y se encuentra preocupación por la imagen corporal cuadro que es compatible con anorexia nerviosa	DIETA: -gordura -consumo de calorías - consumo de carbohidratos - culpabilidad - delgadez	nunca raramente a veces a menudo muy a menudo siempre	variable ordinal
CONDUCTAS DE ATRACONES Y VÓMITOS	Características que se evidencian por comer vorazmente y luego vomitar, para compensar su culpabilidad al ingerir alimentos, además de la preocupación de estar pensando en comer, cuadro que es compatible con bulimia nerviosa	BULIMIA Y PREOCCUPACIÓN POR LA COMIDA: -preocupación -crisis de atracones -vomitar -comida eje central -pensar en comida -necesidad de vomitar	nunca raramente a veces a menudo muy a menudo siempre	variable ordinal
CONDUCTA DE AUTOCONTROL EN LA INGESTA Y PRESIÓN SOCIAL	características en donde controlen la su alimentación, donde gran parte de esta es generado por el control social cuadro compatible con trastorno de conducta alimentaria no específico	CONTROL ORAL: -hambre -comida en trozos pequeños -control social en la ingesta -control social en la imagen -comer despacio -autocontrol -presión social en la ingesta	nunca raramente a veces a menudo muy a menudo siempre	variable ordinal

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de serie de casos, transversal. Se escoge este tipo de estudio para tratar de describir características y cualidades de las personas sujetas a estudio y análisis. En un estudio descriptivo de corte transversal se selecciona una serie de cuestiones en un momento determinado del tiempo y se recolecta la información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga.

En este tipo de estudio, se utilizaron instrumentos de medida consistentes en cuestionarios autodiligenciado, por lo tanto la seguridad, precisión y eficacia del instrumento toma un valor crucial el momento de determinar un grupo de características afines de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El colegio promoción social hace parte de la instituciones de carácter público. Se encuentra ubicado en la comuna 10 de Neiva en la región noroccidente, Calle 48 No1 B 55 y abarca un área de aproximadamente 3200 metros cuadrados. Tiene una cobertura del estudiantes de 2500, 65% se encuentran en la jornada mañana

8.3 POBLACIÓN

La población esta compuesta por adolescentes entre 13 y 18 años del colegio Promoción Social de Neiva, jornada mañana que se encuentran con matrícula activa la cual fue de 399 estudiantes.

Para este estudio se tomo la totalidad de dichos adolescentes.

8.3.1 Criterios de inclusión

- Individuos de ambos géneros entre los 13 y 18 años
- Estudiantes activos del colegio promoción social de la ciudad de Neiva jornada mañana.
- Que acepten responder el cuestionario cuando sean seleccionados

8.3.2 Criterios de exclusión

- Antecedentes de patologías del aparato digestivo que modifiquen el régimen alimentario
- Edades por fuera del rango establecido
- Negativa a participar en el estudio

8.4 TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó como técnica de investigación el cuestionario, que se define como una forma de encuesta caracterizada por la ausencia del encuestador, lo que obliga a este a manifestar explicaciones que orientan la forma de encuestar.

Es una técnica de recogida de información que supone un interrogatorio en el que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos, con el objetivo de que un segundo investigador pueda repetirlo siguiendo los mismos pasos, es decir, tiene un carácter sistemático

8.4.1 Procedimiento de recolección de datos. Se inició con un reconocimiento del lugar de estudio, previo consentimiento del director solicitado por medio escrito en donde explicamos nuestro interés en su institución para lograr nuestro objetivo que era estudiar su población luego de conocer las instalaciones, nos presentamos con los estudiantes del colegio para relacionarnos, y generar un mejor ambiente de confianza, y empatía, posteriormente solicitamos información sobre los datos socio demográfico de la institución, y los servicios que ofrece, ya con esto y con la población ubicada, previa autorización del director entregamos cuestionario a los estudiantes previa explicación del mismo, para que iniciaran el

autodiligenciamiento. Por cada salón se situaron 3 encuestadores, los cuales esperaron durante 30 minutos a cada estudiante para que este diligencie su cuestionario.

8.4.2 Instrumento de recolección de la información. El eat 26 es un cuestionario Diseñado por garnel y colaboradores, en 1982, partir del análisis multifactorial de la versión original eat 40 por el mismo garnel en 1979 que inicialmente fue creada en idioma francés pero que posteriormente fue validado al idioma español por Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz en el 2003. El eat 26 contiene 26 ítems con 6 posibilidades de respuestas según la escala likert y se le confiere una puntuación de 0 a 3, las tres últimas con valor de 1,2,3 respectivamente(con un puntaje total de 0 a 78), igualmente, este instrumento se subdivide en 3 escalas que se denominan (dieta, bulimia y preocupación por la comida, control oral), dicho instrumento se utiliza para evaluar quienes presentan riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria, evidenciado por los individuos que opten un puntaje mayor a 20.

El EAT 26 ha sido seleccionado por diferentes estudios de trastornos de la conducta alimentaria, tanto a nivel nacional como internacional, por lo tanto, nos dará un nivel de seguridad y confiabilidad mucho más grande, que si en cambio, tuviéramos que crear un instrumento de nuestra autoría.

8.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el ingreso de los datos al sistema, se diseñó una plantilla en el programa epi info versión 2008, en la cual, se hizo el ingreso de cada formulario por medio de su respectivo número. Luego de ingresar la totalidad de formularios, se dio inicio al análisis descriptivo, univariado, calculando frecuencias. Luego se inició el análisis de cada uno de los formularios por el sistema, el cual clasifica a los individuos que tengan un puntaje mayor o igual a 20 según el instrumento eat 26. El software, nos obtiene los individuos con riesgo, para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria.

8.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando como referencia la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y de acuerdo con su artículo 5 del Capítulo 1 sobre Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, nuestra investigación preserva el criterio de

respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los estudiantes, ya que su participación depende de la autonomía y el consentimiento que estos manifiesten.

La presente investigación no tiene implicaciones éticas de consideración de acuerdo a lo estipulado en el artículo 11 de dicha resolución, al estar clasificada dentro de la categoría de Investigación sin Riesgo definida por esta de la siguiente forma: "Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

9. ANALISIS DE RESULTADOS

Una vez obtenido los resultados que arrojo el software cuando seleccionamos análisis de las variables, se obtuvo datos organizado por tablas y gráficos los cuales utilizamos para dar inicio al análisis de lo encontrado en el estudio de la actitud alimentaria de los adolescentes, que se muestra a continuación.

Tabla 1. Distribución de la muestra total objeto de estudio por géneros del colegio promoción social de Neiva año 2010

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
F	244	61,2%
M	155	38,8%
Total	399	100,0%

El número total de adolescentes del género femenino fu 1.5 veces mayor que el de hombres dato que hay que tener en cuenta puesto que las mujeres presentan un nivel de riesgo más alto que los hombre de padecer TCA

Tabla 2. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala dieta, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.

#	PREGUNTA	RESPUESTA						TOTAL
		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE	
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a	31.8%	10%	14.5%	3%	9%	31.6%	100%
2	Conozco la cantidad de calorías en los alimentos que consumo	25.1%	19.5%	40.4%	3%	5%	7%	100%
3	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	35.3%	20.1%	22.8%	11.5%	5.3%	5%	100%
4	Me siento culpable después de comer	64.7%	13.5%	11%	2%	1.8%	7%	100%
5	Me obsesiona el deseo de estar más delgado	42.6%	15.5%	17%	3%	6%	15.8%	100%
6	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	15%	13.8%	25.1%	6%	9%	31.1%	100%

7	Me preocupa la idea de tener zonas gordas y/o celulitis	19.8%	9.3%	12%	7%	10%	40.9%	100%
8	Procuro no comer alimentos que contengan azúcar	41.1%	12.8%	24.6%	9.8%	7%	4.8%	100%
9	Tomo alimentos dietéticos	43.9%	16%	24.3%	7.8%	4%	4%	100%
10	No me siento bien después de haber tomado dulces	43.6%	21.6%	16.5%	3%	7%	8.3%	100%
11	Estoy haciendo régimen	54.4%	15.8%	16%	3%	7.8%	3%	100%
12	Me gusta tener el estomago vacío	68.7%	12%	7.8%	6.5%	2%	3%	100%
13	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos ricos en calorías	3.8%	5%	21.3%	14.8%	12%	43.1%	100%

Vemos que el 85% de los adolescentes no tuvieron puntuación la pregunta relacionada con las calorías en la dieta, lo que pensaríamos que fuese porque no se investiga sobre la cantidad de calorías que tiene los alimentos, porque en el apartado donde se pregunta si realizan deporte solo para quemar calorías uno de cada dos respondió desde a menudo hasta siempre, aunque no se correlacionan estos datos, es importante conocer porque no buscan mejorar su salud cardiovascular si no su imagen corporal. Pero de ese 15% de estudiante que si conocen las calorías en la dieta, si están practicando en régimen dietario.

Pero con la respuesta de la pregunta le preocupa el hecho de verse realmente gordo en la cual el 43.7% obtuvo alguna puntuación puede sugerir esta población en realidad tiene algo de obesidad, lo vemos reflejado en que el 57% de los encuestados les preocupa constantemente la idea de tener zonas gordas o celulitis, por lo que se aclararía con el hecho de evaluarse a cada estudiante el índice de masa corporal (IMC), y el índice de panículo adiposo.

Es interesante que el 86.2% de los encuestados refiere no están haciendo en la actualidad ningún tipo de dieta dato que nos parece curioso debido a que en esta edad se han visto con referencia la literatura mundial que la frecuencia es mucho más alta, pero es curioso como casi 3 de cada 4 estudiante no le obsesiona estar delgado.

Y si nos referimos al apartado de sensación de placer con el estomago vacío de uno de cada diez encuestados refiere con relativa frecuencia sentirlo está muy relacionado con el hecho que el 10% de los encuestados sienten culpabilidad después de comer la relación de estos datos muy característicos de anorexia nerviosa puede sugerir que este 10% de estudiante tiene un riesgo muy alto de padecer anorexia nerviosa.

Tabla 3. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala bulimia y preocupación por la comida, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.

#	PREGUNTA	RESPUESTA						TOTAL
		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE	
1	La comida es para mí una preocupación habitual	36.8%	12.3%	14%	10%	4%	22.8%	100%
2	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	63.9%	13.5%	10.8%	5%	2%	4.8%	100%

3	Vomito después de comer	73.2%	11.8%	9%	12%	4%	2%	100%
4	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	65.2%	19.8%	8%	2%	2%	3%	100%
5	Paso demasiado tiempo pensando en la comida	57.1%	22.1%	10.8%	4%	2%	4%	100%
6	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	80%	8%	2%	4%	4%	2%	100%

Es muy importante resaltar que ocho adolescentes del total de encuesta relata que siempre vomita después de comer, y estos ocho igualmente respondieron que tenían el impulso de vomitar después de comer conducta; A esto le adicionamos que 8.11% de encuestados refiere tener algún tipo de atracones, estos 3 apartados son conductas muy característico de la bulimia lo que alerta que prácticamente en el colegio hay una incidencia de 20 por mil estudiante con riesgo muy alto para bulimia nerviosa, cabe resaltar que esto además lo soporta el hecho que uno de cada diez refiere pasar mucho tiempo del día pensando en la comida. Y el otro 90% se respondió que su vida no gira en torno a la comida, así mismo que no es una preocupación habitual, individuos que no se encuentran en riesgo de padecer bulimia nerviosa.

Tabla 4. Distribución de la respuestas en la población total con respecto a la preguntas del cuestionario eat 26 escala control oral, de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio promoción social de Neiva año 2010 jornada mañana.

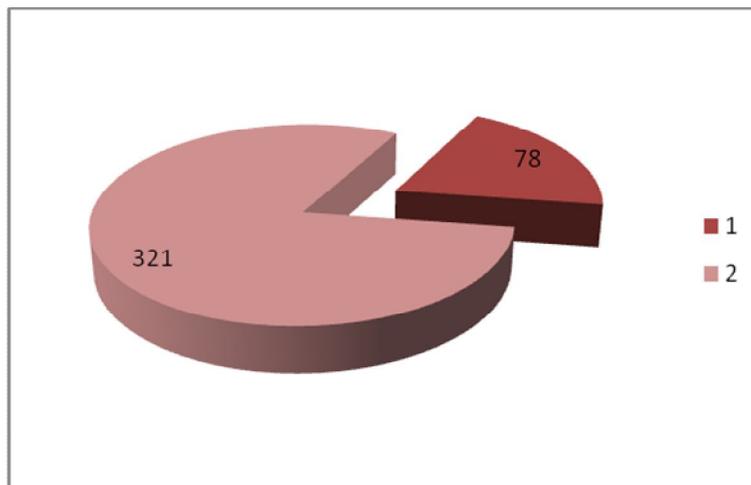
#	PREGUNTA	RESPUESTA						TOTAL
		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE	
1	Procuro no comer cuando tengo hambre	50.6%	20.8%	15.8%	3%	5%	4.8%	100%
2	Corto mis alimentos en trozos pequeños	30.6%	13.8%	28.6%	8%	9%	10%	100%
3	Tengo la impresión de que a los demás les gusta verme comer mas	57.6%	13.5%	12%	1.8%	5%	8%	100%
4	Los demás piensan que estoy demasiado delgado	38.8%	20.6%	24.8%	2%	3%	10.8%	100%
5	Tardo más tiempo que los demás en comer	30.3%	21.1%	19%	6.8%	1%	21.8%	100%
6	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	18.5%	17.3%	17.8%	12.3%	8%	26.1%	100%

7	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma mas	70.2%	8%	9.5%	4%	3.8%	4%	100%
---	--	-------	----	------	----	------	----	------

El 25.6% de los adolescentes tienen alguna puntuación al responder la pregunta si corta sus alimentos en trozos pequeños así mismo estos respondieron que demoran más tiempo que los demás en consumir los alimentos. Además que casi 1 de cada 4 de los encuestados refiere no comer cuando tienen hambre pregunta en estrecha relación con la de si siente placer de tener el estomago vacío en la escala de dieta en el cuestionario es preocupante como hay ese autocontrol con la comida

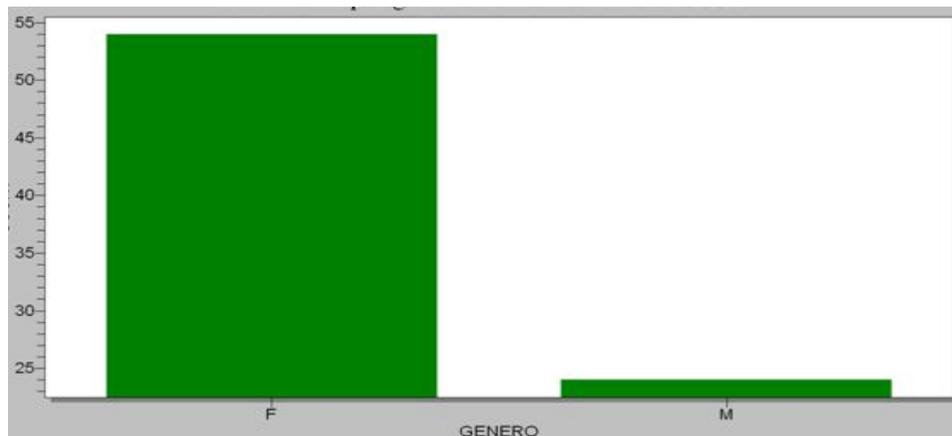
El 10% de los encuestados tiene la impresión de que a los demás les gustaría verlo comer más y además refieren tener la impresión de que a los individuos que lo rodean lo presionan para que coma mas, y un 15.6% de encuestados respondieron que con relativa frecuencia su círculo de contactos más cercanos les refieren que están muy delgados lo que se puede correlacionar con inicios de una distorsión de la imagen corporal y problemas con su alimentación que no son percibidas por él, pero si por su núcleo.

Gráfico 1. Nivel del riesgo en adolescentes según el cuestionario EAT 26 para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria



Se obtuvo como resultado que el 19,54% (n=78) de los adolescentes escolarizados tuvo nivel de riesgo alto para desarrollar trastorno de la conducta alimentaria mediante la aplicación del instrumento EAT- 26, con puntaje >20.

Grafica 2. Distribución por género de adolescentes de 13 a 18 del colegio promoción social de Neiva jornada mañana con riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria



Aunque el número de adolescentes con nivel de riesgo alto es mucho mayor para el género femenino que el masculino hay que tener en cuenta que también en la población objeto de estudio fue mucho mayor la proporción de mujeres, pero al realizar los cálculos se obtuvo que el porcentaje de individuos del género femenino con nivel de riesgo alto es de 22.13% y de 15.4 % en los del género masculino.

Tabla 5. Distribución de la muestra por edades riesgo según el test eat 26 para el desarrollo de TCA, género femenino del colegio promoción social de Neiva año 2010

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	12	22,2%
15	15	27,8%
16	20	37,0%
17	7	13,0%
TOTAL	54	100,0%

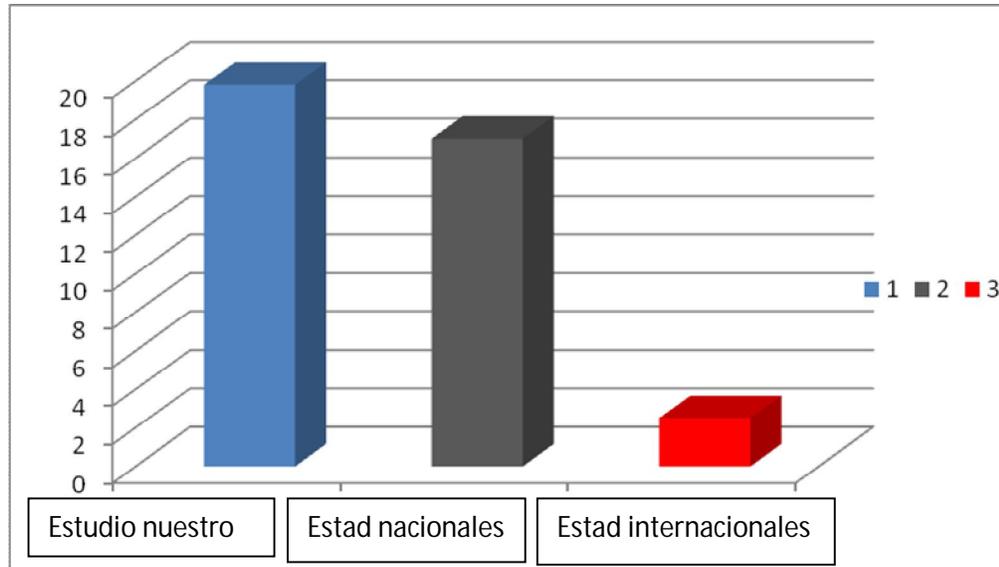
No se encontraron adolescentes femeninas con edad menor a 14 años con niveles de riesgo alto para desarrollar TCA lo que nos indica que una intervención temprana con una prueba de tamizaje podría ser útil para que no se desarrollen estos trastornos en edades mayores.

Tabla 6. Distribución de la muestra por edad de los estudiantes de género masculino del colegio promoción social de Neiva año 2010 con riesgo según el test eat 26 para el desarrollo de TCA,

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	4	16,7%
15	8	33,3%
16	12	50,0%
17	0	0,0%
TOTAL	24	100,0%

Al igual que en las mujeres solo de los 14 años en adelante se encuentran niveles de riesgo altos para desarrollar TCA lo que también justificara utilizar pruebas de tamizaje de fácil aplicación y de bajos costos para determinar el nivel de riesgo y evitar la aparición de conductas alimentarias inadecuadas.

Grafica 3. Comparación entre las estadísticas actuales en nuestro país y a nivel internacional sobre nivel de riesgo y nuestro estudio.



El nivel de riesgo de estos trastornos fue un poco más alto en el estudio realizado comparado con la prevalencia de nivel de riesgo alto en estudios similares realizados en nuestro país⁶⁰ y casi 10 veces más alta a las estadísticas internacionales⁶¹

⁶⁰ Ibid., p.14.

⁶¹ Ibid., p. 5

10. DISCUSION

En este estudio realizado en una pequeña muestra de 399 alumnos del colegio promoción social de Neiva, se encuentra un nivel de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en un 19.54%. Este dato contrasta notablemente con otros estudios internacionales en los cuales el nivel de riesgo de presentar TCA es de un 8 a 9%⁶².

Si bien, este trabajo no tuvo en cuenta la población de más de 18 años, creemos que debido a este alto porcentaje en jóvenes, y en los años venideros se presentara un aumento de consultas al médico general y al psicólogo por parte de esta misma población, ya que en algunos trabajos, se encuentra una alta afinidad entre los TCA y la adultez media⁶³

Debido al diseño del estudio, no es posible especificar cuáles serían los factores de riesgo íntimamente implicados en estas patologías, por lo cual, sería importante conocer en un posterior estudio, aquellas variables sembradas en la incógnita. No obstante, suponemos que, debido a los constantes e insaciables avisos publicitarios en televisión e internet y las redes sociales, presionan al joven a mantener una estructura física fina y esbelta, sin importar los costos biológicos y fisiológicos a los que deba ser sometido. Sin embargo, este porcentaje deja a entrever la educación recibida a lo largo de su primera infancia en donde los valores atenúan la posibilidad de TCA, además se vislumbra un grave problema de salud pública en Colombia, en donde, según nuestro trabajo, la población juvenil, en hasta un 19%, tiene la probabilidad de desarrollar TCA.

La edad a la cual el eat 26 puntuó más de 20, estaba representada en un 19.54% del total de la población la media para la edad fue de 15.5 años, rango en el cual se acercan la mayoría de los estudios de prevalencia de los TCA.

Por otro lado, vemos como el comportamiento y la participación de las mujeres en la probabilidad de desarrollar TCA, es más alta que en los hombres, hecho resaltado en las diferentes fuentes consultadas^{64, 65}.

⁶² Ibid., p. 8

⁶³ Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet. 1993;341(8861):1631-5.

⁶⁴ Ibid., p. 11

El porcentaje de hombres con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue del 30.4%, del 19.4% del total positivo para el eat 26 y un riesgo del 15,48% si se tiene en cuenta la población general. Este dato se sale de los parámetros vistos en los diferentes trabajos para tamizaje de TCA, en los hombres, en donde el riesgo para la hombres comparado con la población general era de solo 0.8%⁶⁶. Conociendo este dato se pueden inferir dos cosas: en primer lugar, un mal diligenciamiento del formulario por parte de los hombres, que a nuestro concepto, fue el género donde más encontramos falencias para comprender los términos allí consignados. Quizás la mayoría de ellos, contesto el formulario teniendo en cuenta, la cantidad de información de los medios sobre trastornos de la conducta alimentaria, influyendo de manera negativa en la interpretación de los resultados, falseando buena parte de estos.

La segunda posibilidad es que los datos recogidos sean ciertos, y los jóvenes del género masculino en Neiva Huila, estén generando un patrón similar al de las mujeres en cuanto a estereotipos de cuerpo saludable, lo cual es grave, si confiamos en que estos trastornos solo atacan a las mujeres en la etapa de la adolescencia⁶⁷. Siendo así, se tendrá que preparar para los próximos años una estrategia para disminuir la probabilidad de desordenes alimentarios en hombres, que aunque están escritos en la literatura, se menosprecian, y vemos aquí con nuestro trabajo, que es más importante de lo que parece.

Teniendo en cuenta la evidencia, el eat 26 tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69%⁶⁸, es decir, que de los 75 estudiantes con este punto de corte, alrededor de 63 tiene la mayor probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria, cifra bastante elevada para un país en desarrollo como Colombia.

Las evidencias aquí plasmadas muestran que el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, no son tan lejanos para la población pobre y vulnerable del país. Vemos con sorpresa que jóvenes de estrato bajos integrantes de este colegio de carácter público, coexisten con este tipo de trastornos aun sin

⁶⁵ Trastornos de alimentación: su prevalencia y factores de riesgo; revista CES medica volumen 17 1.enero – julio de 2003. Disponible en http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Vol17_1%5CTrastornos_de_la_alimentacion.pdf

⁶⁶ Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*. 2007;49(2):476-85

⁶⁷ *Ibid.*, p.9

⁶⁸ *Ibid.*, p.3

identificar, y desbanca totalmente la idea, de que los TCA, son de gente pudiente y de estratos altos⁶⁹.

Los hábitos alimenticios llaman la atención ya que, según nuestros resultados, uno de cada dos adolescentes hace ejercicio por quemar calorías. Estamos seguros que esta práctica, conforma un modelo seguido en los últimos años, para extremar la delgadez como sinónimo de salubridad. Si bien hacen ejercicio para quemar calorías, no conocen cuantas calorías consumen, ni siquiera el concepto de caloría. Otro hallazgo importante es que el 82.5% de los adolescentes consultados, no está haciendo dieta en este momento, un porcentaje mucho más alto comparado con otros trabajos a nivel mundial, en donde al menos el 40% alguna vez en la vida habían hecho alguna dieta en especial⁷⁰. Es importante resaltar que el 8.2% de los jóvenes refiere episodios de atracones, característica fundamental de bulimia. Sin lugar a dudas todas estas cifras refleja, que el tamizase para determinar el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, debe ser una política de salud pública, que ayude a identificar a todas estas personas, que necesitan una consulta médica especializada por personal entrenado en el diagnóstico de estas patologías. Esto demuestra que la población de Neiva, específicamente la población joven, está en un alto riesgo de TCA, no solo representado en bulimia y anorexia, sino también en trastornos no especificados, que es lo más común en estas poblaciones jóvenes.

Nuestro estudio tuvo varias limitaciones:

- Limitaciones económicas: A pesar de los grandes esfuerzos para sobrellevar esta barrera, el sustento económico en algunos aspectos no fue el suficiente, trayéndonos problemas en cuanto a la movilización al sitio de estudio, además de los costos de impresión de formularios. Sin lugar a dudas, una mejor financiación hubiera podido extender el número de estudiantes escogidos, además de poder llevar a cabo una entrevista estructurada por el médico psiquiatra para confirmar o descartar el diagnóstico.
- Limitaciones de muestra: Debido a los pocos alumnos que tiene esta institución, no se logro una muestra representativa que tuviera un poder estadístico significativo, que ayudara a controlar sesgos de selección. Además de la limitación de no ser un estudio multicéntrico.

⁶⁹ Ibid., p. 5

⁷⁰ Ibid., p. 8

- Limitaciones de interpretación: Es una realidad, que el instrumento presenta un elevado contenido de subjetivismo, que puede probablemente, falsear los resultados finales en pos de una pésima interpretación. Esto aunado a la inmadurez psicológica propia de la pre y la adolescencia, conforman un detalle para tener en cuenta, si llegase en un futuro, a continuarse con este tipo de estrategia para instaurar un instrumento. Estos resultados no muestran realmente lo que pasa en el departamento del Huila, o en Colombia, ya que se careció de poder estadístico necesario para llevar a evidencia concreta toda esta información, sin embargo, es un pequeño intento, que aunque pequeño, es valiosísimo para los futuros investigadores que quieran afrontar el reto de estudiar y diagnosticar trastornos de la conducta alimentaria.
- Limitaciones de tiempo: El tiempo necesario para la elaboración y posterior presentación, fue insuficiente, dado que solo dos horas a la semana fue dada para correcciones y trabajo independiente, razón por la cual, se considera un bajo porcentaje investigación y de análisis para estudiar las posibles falencias en el diseño de este estudio.
- Limitaciones logísticas: Si bien, se contó con el apoyo total del colegio y de su rector, en algunas ocasiones, el manejo de los estudiantes en sus respectivas áreas de clase, era una tarea titánica, debido al mal comportamiento que estos presentaban cuando se les hacía llegar el formulario de actitudes de ingesta. Se debió contar con apoyo extra de personal en los salones, a los cuales se les aplico el cuestionario, con el fin de mejorar la comprensión del cuestionario, y así evitar la gran cantidad de tachones y espacios sin marcar que se presentaron en la prueba piloto, y que nuevamente reaparecieron en la prueba final.

11. CONCLUSIONES

El nivel del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, es bastante alto si es comparado con cifras a nivel nacional e internacional

Las mujeres presentan una mayor frecuencia de riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria que los hombres

Los hombres del presente estudio, muestran un nivel de riesgo alto, relativamente mayor al de estudios internacionales.

El nivel de riesgo alto encontrado en el Colegio Promoción Social, con el instrumento con EAT-26 test puede servir para edificar estudiantes en riesgo quienes en una segunda fase podrían beneficiarse de un diagnóstico temprano, y de esta manera evitar el desarrollo de enfermedades crónicas y problemas con el control del peso.

Este instrumento de medida del riesgo es de muy bajo costo y reducir tanto el riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria como los costos para el sistema de salud.

12. RECOMENDACIONES

Es imprescindible que las autoridades competentes como la alcaldía municipal, la gobernación del Huila y demás entidades gubernamentales, tengan en cuenta estos resultados, con el fin de alertar sobre el peligro que representan este tipo de trastornos.

Consideramos importante, que en los colegios y universidades se implemente programas dirigidos a jóvenes con el fin de prevenir la ocurrencia de trastornos de la conducta alimentaria.

Se necesita urgentemente capacitación de personal sanitario, que afronte el surgimiento de este tipo de trastornos en la comunidad juvenil, con el fin de minimizar el impacto que estos tengan en la salud pública.

La salud mental, es un tema olvidado para el sistema de salud colombiano, por eso, es necesario replantear la política de salud mental del país, con el fin de disminuir los índices de riesgo trastornos de la conducta alimentaria.

Es pertinente, aplicar el instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, con el fin de hacer diagnóstico en masa, como método de tamizaje para toda la población en riesgo, siendo este método ampliamente discutido y avalado alrededor del mundo. Además Este instrumento de medida del riesgo que es de muy bajo costo, es una herramienta muy importante para reducir tanto el riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria como los costos para el sistema de salud.

Para darle consistencia al estudio deberían incluirse factores como el estrato socioeconómico, y otros factores de riesgo nombrados en la literatura, además de hacerlo multicéntrico, incluyendo varios colegios de la zona urbana, la zona rural, públicos y privados del municipio de Neiva

Cabe aclarar que este estudio y el cuestionario no son diagnóstico si no que mide el nivel de riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria y que es necesario realizar una entrevista clínica estructurada para confirmar el caso en riesgo

BIBLIOGRAFIA

A CRITICAL EXAMINATION OF THE AMENORRHEA AND WEIGHT CRITERIA FOR DIAGNOSING ANOREXIA NERVOSA. Acta Psychiatr Scand. 2003;108(3):175-82.

ALTERACIONES ALIMENTARIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ARGENTINOS QUE CONCURREN AL CONSULTORIO DEL PEDIATRA. Arch Argent Pediatr. 2005;103(4):305-16.

ANOREXIA NERVOSA (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Trans Clin Soc London 1874;7:22-28

ANOREXIA NERVOSA AMONG FEMALE SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN GHANA: british journal of psychiatry 2004;185, 312-317.

ANOREXIA NERVOSA: the historical and cultural specificity. Lisse:Swets and Zeitlinger,1994.

ATENCIÓN PRIMARIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: nuestra actitud frente a ellos (I). Aten Primaria. 2003;31(3):178-80.

BLOOD LEVELS OF BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC factor correlate with several psychopathological symptoms in anorexia nervosa patients. Neuropsychobiology. 2008;56(4):185-90.

BULIMIA: a historical perspective. Int J Eat Disord 1988; 7: 201-210.

CLINICAL GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS. VII. Comorbidity. Can J Psychiatry. 2001;46 Suppl 1:77S-90S.

CURVAS DE CRECIMIENTO. Estudio longitudinal de crecimiento. Instituto de investigación sobre crecimiento y desarrollo. Fundación Faustino Orbeago Eizaguirre; 1988.

DETECCIÓN DE ADOLESCENTES EN RIESGO DE PRESENTAR TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: Aten Primaria. 2007;39(4):189-94
EATING DISORDERS AND ANTECEDENT ANXIETY DISORDERS: a controlled study. Acta Psychiatr Scand. 1997;96(2):101-7.

EATING DISORDERS AND SUBSTANCE ABUSE IN CANADIAN MEN AND WOMEN: A national study. Eat Disord. 2007;15:189-203

EATING DISORDERS IN FEMALES WITH TYPE 1 DIABETES: an update of a meta-analysis. Eur Eat Disord Rev. 2002;10(4):241-54.

EATING DISORDERS, SPORT PRACTICE, PHYSICAL SELF CONCEPT IN ADOLESCENT: atlas esp psiquiar 2004;32,1 29-36

ENDOCRINE ABNORMALITIES IN ANOREXIA NERVOSA. Pediatr Endocrinol Rev. 2003;1(1):46-54.

Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community Am J Psychiatry 2007; 164:1259–1265

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/164/8/1259>

EPIDEMIOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA IN MEN: A Nationwide Study of Finnish Twins PLoS ONE | www.plosone.org February 2009 | Volume 4 | Issue 2 | e4402

EVIDENCE OF DIFFUSE ATROPHY OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA. Int J Eat Disord. 2001;29(2):230-5.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Pag 33. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/documentos/TCA_completa.pdf

IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN CALI, Colombia Colombia Med 2007; 38: 344-351. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a2.pdf>

INDIVIDUAL AND FAMILY EATING PATTERNS DURING CHILDHOOD AND EARLY ADOLESCENCE: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*. 2007;49(2):476-85.

MANIFESTACIONES DENTALES EN PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA TIPO COMPULSIVO PURGATIVO: *Revista CES Odontología* Vol. 21 - No. 2 2008
Disponible en http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas/Pag33_38V21N2ODO.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Numero 2358 DE 1998 del. Pag 13. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo284211.pdf>

_____. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo284211.pdf>

OBSESSIVE–COMPULSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA. *Eur Eat Disorders Rev*. 2006;14:404-13.

PATHOGENESIS OF ANOREXIA NERVOSA. *Lancet*. 1993;341(8861):1631-5.

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Decreto 3039 de 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16573DocumentNo5032.PDF>

PREVALENCE OF SYMPTOMS OF ANOREXIA NERVOSA AND DISSATISFACTION with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazi: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):503-512, mar, 2008. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/04.pdf>

PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA Y OTROS TCA en adolescentes femeninas de Reus: *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(1):18-23
Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13114466>

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE ANOREXIBULIMIA EN MEDELLÍN
Metropolitana. Disponible en
http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/N_admon/obj/pdf/anorexiabulimia.pdf

Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *Int J Eat Disord.* 2000;28:68-77.

RIESGO Y CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA. Barcelona: Ariel; 2004

RISK FACTORS FOR ANOREXIA NERVOSA: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(5):468-76.

SCREENING HIGH SCHOOL STUDENTS FOR EATING DISORDERS: Results of a National Initiative. Centers for Disease Control and Prevention •
www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/07_0164.htm

THE CO-MORBIDITY OF EATING DISORDERS AND ANXIETY DISORDERS: a review. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(4):253-74.

THE EATING DISORDER EXAMINATION (twelfth edition). In: Fairburn BG, Wilson GT, editors. *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment.* New York, NY (US): Guildford Press; 1993. p. 317-60.

THE NATURAL COURSE OF BULIMIA NERVOSA AND BINGE EATING DISORDER IN YOUNG WOMEN. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(7):659-65.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: su prevalencia y factores de riesgo; revista CES medica volumen 17 1.enero –julio de 2003. Disponible en
http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Vol17_1%5CTrastornos_de_la_alimentacion.pdf

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. En: *Tratado de Psiquiatría.* Editado por Vallejo J, Leal C. Barcelona: Ars Médica, 2005, pág. 1522-1536

ANEXOS

Anexo A. Presupuesto

Recursos Materiales	Cantidad	Valor unitario	Total
Impresiones	30	300	9000
Fotocopias	1000	50	50000
Memorias USB 4GB	1	40.000	40000
CD-R	6	1.200	7200
Carpetas	10	500	5000
Block de notas	5	2.500	12500
Lapiceros	5	1.400	7000
Viajes	30	3500	105000
Alimentación y mantenimiento durante el trabajo de campo			50000
<i>SUBTOTAL</i>			285.700

Anexo B. Cuestionario EAT 26.

Preguntas del cuestionario EAT-26 ordenadas por factores

Respuestas: Siempre, Muy a menudo, A menudo, A veces, Raramente, Nunca

1º DIETA

- 1.- Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
- 2.- Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
- 3.- Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.
- 4.- Me siento muy culpable después de comer.
- 5.- Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
- 6.- Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
- 7.- Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
- 8.- Procuero no comer alimentos que tengan azúcar.
- 9.- Tomo alimentos dietéticos.
- 10.- No me siento bien después de haber tomado dulces.
- 11.- Estoy haciendo régimen.
- 12.- Me gusta tener el estómago vacío.

- 4.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
- 5.- Tardo más tiempo que los demás en comer.

- 13.- Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías

2º BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA

- 1.- La comida es para mí una preocupación habitual.
- 2.- He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
- 3.- Vomito después de comer.
- 4.- Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
- 5.- Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
- 6.- Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

3º CONTROL ORAL

- 1.- Procuero no comer cuando tengo hambre.
- 2.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 3.- Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.

- 6.- Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
- 7.- Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.