



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA
ESCUELA DE NUTRIOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
TERCER NIVEL DE NUTRIOLOGÍA

Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador en el período académico Marzo-Julio 2013.

LUISA CAROLINA VIVERO PALACIOS

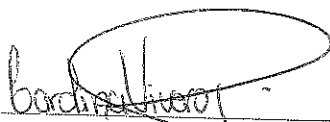
TUTORA: MSc. María Soledad de la Torre.

Quito, 2014.

DECLARACIÓN

Yo, Luisa Carolina Vivero Palacios, con C.I. No. 1803315843, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

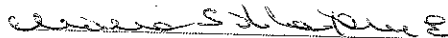
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.



Carolina Vivero P.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, María Soledad de la Torre, en calidad de Directora de Tesis, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él el responsable exclusivo tanto en su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



MSc. María Soledad de la Torre.

Director de Tesis

ÍNDICE

DECLARACIÓN	ii
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	ii
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	7
MARCO TEÓRICO	7
1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	7
1.1.1 Anorexia Nerviosa y sus tipos.....	8
1.1.1.1 Causas de la Anorexia Nerviosa	9
1.1.2 Bulimia Nerviosa y sus tipos.....	10
1.1.2.1 Causas de la Bulimia Nerviosa.....	11
1.1.3 Binge eating o comer sin control.	13
1.1.4 Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados.	14
1.2 Prácticas no saludables para el control de peso, el hacer dieta y su relación con la Obesidad.....	15
1.3 Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal relacionado con el riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.	21
1.4 Actividad Física y riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.	22
1.5 Hábito de fumar y riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.	24
CAPÍTULO II.....	26
METODOLOGÍA.....	26
2.1. Localización y temporalización	26
2.2. Tipo de diseño de la investigación	26
2.3. Población, muestra o grupo de estudio.	26
2.3.1. Población participante.....	27
2.3.2 Criterios de inclusión.	28
2.3.3. Criterios de exclusión.....	29
2.4 Herramientas utilizadas.....	29
2.5. Plan de Análisis.....	33

2.5.1. Operacionalización de Variables.....	33
2.5.2 Cruce de Variables	36
2.5.3 Análisis estadístico.....	37
CAPÍTULO III.....	40
RESULTADOS.....	40
CAPITULO IV	79
DISCUSIÓN.....	79
CAPÍTULO V	88
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1. FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. UIDE MARZO-JULIO 2013.	40
TABLA 2. FRECUENCIA INSATISFACCIÓN CON EL PESO ACTUAL, INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, BURLA ACERCA DEL PESO Y HACER DIETA. UIDE MARZO-JULIO 2013.	43
TABLA 3. FRECUENCIA DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.....	45
TABLA 4. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	47
TABLA 5. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y DISTINTAS VARIABLES.....	51
TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON EL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO.....	54
TABLA 7. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	56
TABLA 8. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF ON VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y DISTINTAS VARIABLES.....	59
TABLA 9. ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF CON EL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO.....	63
TABLA 10. ASOCIACIÓN DEL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO CON DISTINTAS VARIABLES.....	66

TABLA 11. ASOCIACIÓN ENTRE EL HACER DIETA CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OTRAS VARIABLES. 69

TABLA 12. ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON DISTINTAS VARIABLES 72

TABLA 13. DESEO DE PÉRDIDA DE PESO SEGÚN EL ESTADO DE PESO (IMC). 74

TABLA 14. ASOCIACIÓN ENTRE EL IMC CON EL TIPO DE DISTORSIÓN CORPORAL. 75

TABLA 15. ASOCIACIÓN ENTRE EL SOBREPESO Y OBESIDAD CON EL RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA, PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO Y EL HACER DIETA. 75

TABLA 16. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TEST SCOFF EN RELACIÓN AL TEST EAT 26(ESTÁNDAR DE ORO) EN LA MEDICIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA. 77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. FRECUENCIA INDICE DE MASA CORPORAL UIDE MARZO-JULIO 2013.....	42
GRÁFICO 2. RIESGO DE TCA SEGÚN TEST EAT 26, POR SEXO. UIDE MARZO-JULIO 2013.....	46
GRÁFICO 3. ASOCICACIÓN DEL RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 SEGÚN EL IMC. UIDE MARZO-JULIO 2013.	49
GRÁFICO 4. RIESGO DE TCA SEGÚN TEST EAT 26 POR USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.	50
GRÁFICO 5. RIESGO DE TCA SEGÚN EL TEST SCOFF POR USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.....	59
GRÁFICO 6. ASOCIACIÓN DEL USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.	65

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	9
FIGURA 2. CAUSAS DE LA BULIMIA NERVIOSA.	11

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de riesgo de desarrollar un TCA en los estudiantes de la UIDE y la asociación con variables socio demográficas, el uso de prácticas no saludables para el control de peso, IMC, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, satisfacción con el peso, hacer dieta, burla acerca del peso, práctica de actividad física y ejercicios de fortalecimiento y tonificación. Determinar la sensibilidad y especificidad del cuestionario SCOFF.

Metodología: Se realizó un estudio tipo transversal analítico, cuantitativo, donde se evaluó a 228 estudiantes de la UIDE; se tomó en cuenta las evaluaciones de 193 estudiantes que pertenecen a la Facultad de Medicina y Ciencias de la Administración.

Se utilizó tests para evaluar riesgo de un TCA (EAT 26 y SCOFF), evaluación de prácticas no saludables para perder o controlar el peso (saltar comidas, comer muy poco, usar pastillas, usar algún sustituto de alimento, tomar laxantes y diuréticos, vomitar, fumar más cigarrillos) hacer dieta, evaluación de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal mediante imágenes de cuerpos reales de Harris, determinación de la satisfacción del peso, toma de peso y talla (IMC), evaluación de práctica de actividad física y ejercicios de fortalecimiento y tonificación.

Resultados: El 18.65% de estudiantes cumplieron con el criterio para determinar riesgo con el test EAT 26, y el 39.9% con el test SCOFF. Existe asociación significativa entre el riesgo de desarrollar un TCA con el uso alguna práctica no saludable para el control de peso, insatisfacción de la imagen corporal, satisfacción con el peso, hacer dieta. Las mujeres presentan más riesgo de un TCA que los hombres. Existe asociación significativa entre el IMC con hacer dieta (X^2 17,480 y $p=0.002$). El hacer dieta se asocia según el sexo, es así como más mujeres 55.75%(63/113) que hombres han hecho dieta durante el último año 32.5%(26/80). Aquellos que presentan sobrepeso u obesidad tiene más riesgo de tener un TCA 22.85%(8/35) comparado con aquellos que no tienen sobrepeso u obesidad 17.08% (27/158). Se determinó que la sensibilidad del test SCOFF es del 91.67% y especificidad del 71.97% con un valor predictivo positivo del 42.85% y valor predictivo negativo del 97,41%.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de estudiantes están en riesgo de desarrollar un TCA y usan prácticas no saludables para el control del peso, lo cual puede incrementar el riesgo de desarrollar un TCA y otros problemas relacionados al peso, como son sobrepeso u obesidad. Se puede aplicar el cuestionario SCOFF como tamizaje para TCA debido a su alta sensibilidad. Se deben desarrollar programas educativos nutricionales donde se traten al mismo tiempo prevención de TCA y obesidad.

Palabras Clave: TCA, IMC, sobrepeso/obesidad, dieta, prácticas no saludables para controlar el peso.

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of risk for developing eating disorders in UIDE students and association with socio demographic variables, the use of unhealthy weight control behaviors, BMI, dissatisfaction and distortion of body image, satisfaction with weight, dieting, teasing about weight, physical activity, strengthening and toning exercises. To determine the sensitivity and specificity of the questionnaire SCOFF.

Methodology: An analytical, quantitative cross-sectional type study was conducted, where 228 students of the UIDE were evaluated. It took into account the evaluations of 193 students belonging to the Faculty of Medicine and Management Sciences.

The tests used to assess risk of ED were the EAT 26 and SCOFF. Evaluation of unhealthy weight control practices was made by asking the following questions: did you skip meals, eat very little, used diet pills, used a meal replacement, took laxatives, took diuretics, vomited, smoked more cigarettes during the past year with the purpose of losing weight?. Also dieting frequency was evaluated; dissatisfaction and body image distortion was assessed through images of real bodies of Harris; questions regarding weight satisfaction were included, BMI was calculated, and assessment of physical activity, strengthening and toning exercises was performed.

Results: 18.65% of students met the diagnostic criteria for determining risk with the EAT 26 test, and 39.9% with the SCOFF test. There is significant association between the risk of developing an eating disorder using some unhealthy weight control practice, body image dissatisfaction, satisfaction with weight, and dieting. Women are at increased risk of an eating disorder than men. There is significant association between BMI and dieting ($X^2 17,480$ $p = 0.002$). Being in a diet is associated with sex, more women 55.75% (63/113) have dieted in the past year, whereas 32.5% (26/80) of men did. Those who are overweight or obese have a higher risk of having an ED 22.85% (8/35) compared with those who are not overweight or obese 17.08% (27/158). It was determined that the sensitivity of the test SCOFF is 91.67% and specificity of 71.97% with a positive predictive value of 42.85% and negative predictive value of 97.41%.

Conclusions: A high percentage of students are at risk of developing eating disorders and use unhealthy weight control practices, which can increase the risk of developing an eating disorder and other weight-related problems, such as overweight or obesity. The questionnaire SCOFF can be applied as an ED screening because of its high sensitivity. It is of paramount importance to develop nutrition interventions that simultaneously prevent eating disorders and obesity.

Keywords: ED, BMI, overweight / obesity, dieting, unhealthy weight control practices.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la influencia sociocultural acerca de la “figura ideal”, o vivir dentro de una cultura donde se glorifica el ser delgado, ha llevado a la sociedad, especialmente a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, a tener hábitos desordenados en la alimentación. Estos incluyen prácticas de control de peso no saludables, donde el saltar comidas como no desayunar o cenar para perder peso, la restricción calórica excesiva, el usar laxantes, el provocarse el vómito, el utilizar suplementos bajos en calorías, el fumar para apaciguar el hambre, o el realizar ejercicio excesivo, son hábitos que han llegado a dominar la conducta alimentaria en hombres y mujeres poniendo en riesgo su estado de salud física y mental.

Una revisión epidemiológica de los trastornos de la conducta alimentaria(TCA), mostró que cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes en Estados Unidos presentan síntomas de trastornos alimenticios, recalcando que más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes en general. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa afecta casi alrededor de 1.2 millones de mujeres en este país. (Guerra Prado, et al., 2001).

Datos sobre la prevalencia de trastornos alimentarios en América Latina son deficientes lo que hace pensar en la necesidad de investigaciones para detectar a tiempo y poder iniciar un tratamiento precoz de trastornos de la conducta alimentaria y así lograr un mejor pronóstico en la recuperación de estas personas.(Rueda G. Eduardo, et al., 2005).

Un estudio realizado en colegios públicos y privados de la ciudad de Quito-Ecuador, mostró que existe mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en mujeres

especialmente de grupos de bajo nivel socioeconómico. Para detectar el riesgo de TCA, se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias, sus siglas en inglés EAT, “Eating Attitudes Test”, EAT 40 e EAT 26. Estos evalúan conductas alimentarias patológicas asociadas a la Anorexia y a la Bulimia. El 13% (94/723) de estudiantes cumplieron con el criterio para el test EAT 40 y el 14,4% (104/723) de estudiantes cumplieron con el criterio para el test EAT 26. Los resultados del test EAT 26 mostraron buena correlación con los del EAT 40, por lo que el EAT 26 puede considerarse válido como una herramienta primaria de tamizaje. (Power Yuri, et al., 2008). En este estudio el nivel socioeconómico bajo y el mirar televisión fueron los predictores de altos puntajes. Hoy en día la información publicitaria acerca de los estereotipos de belleza, estética y moda, tanto en televisión como en revistas ha llegado a influir en las pautas para llegar a un determinado estilo o figura corporal. Los adolescentes son propensos a desarrollar un TCA, debido a que se encuentran en una etapa de desarrollo de la personalidad, cambios físicos y fisiológicos, lo que puede conducir a la distorsión corporal por ende a hábitos desordenados en la alimentación.

Hoy en día el sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes es muy común. Se conoce que su prevalencia ha aumentado alarmantemente en los últimos años. En Estados Unidos de América el sobrepeso en niños se ha triplicado entre el año 1980 y el año 2000. (Daniels SR, et al., 2005).

En salud pública, la obesidad es un problema grave ya que puede acarrear complejidades como es la diabetes tipo 2, hipertensión, apnea obstructiva del sueño, dislipidemia y síndrome metabólico; además aquellos que presentan obesidad pueden mostrar deficiencias en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales. Un estudio en

Ecuador situó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes de la región Costa y Sierra, señalando que el 21,2% de los adolescentes está afectado con exceso de peso (13,7% con sobrepeso y el 7,5% con obesidad). (Yepez Rodrigo, et al., 2008).

Existe el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en personas que realizan prácticas no saludables para perder peso o mantenerlo. Estudios indican que someterse a dietas restrictivas para perder peso o para controlarlo no es la manera eficaz para lograr resultados deseados. Estudios longitudinales han demostrado que tener restricciones dietarias excesivas no ayudan a perder peso, sin embargo muestran todo lo contrario permitiendo una ganancia de peso y hasta llegar a tener sobrepeso con el tiempo. (Neumark S. Dianne, et al.,2007).

Neumark (2009), encontró que los factores de riesgo para un desorden alimentario fueron exponerse a artículos de revista de pérdida de peso, alta importancia del peso, y tener conductas no saludables para el control de peso, mientras que factores protectores fueron la conectividad con la familia, la satisfacción con el cuerpo y tener comidas regulares, esto se evaluó en hombres y mujeres con sobrepeso.

Programas de pérdida de peso que prometen adelgazar cierto número de kilos en un período corto de tiempo, con medidas restrictivas; artículos con ejemplos de plan alimentario para perder peso, los cuales no son personalizados, es muy común que los individuos se interesen por estos. Debido a que muchos planes alimentarios son prohibitivos, muchas veces conducen a la ganancia de peso y al uso de medidas poco saludables. Los hábitos alimentarios, en la familia pueden ser desencadenantes para un TCA, pues de aquí se aprenden conductas desde la niñez.

Tener baja satisfacción corporal conduce al uso de conductas no saludables para el control de peso, a comer de forma compulsiva y a tener menos conductas saludables como practicar actividad física, lo cual puede contribuir con el tiempo a la ganancia de peso y a empeorar la salud en general. (Neumark S. Dianne, et al., 2005). El sobrepeso y/o obesidad tienen consecuencias como el riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, el perfil lipídico puede verse alterado lo cual puede acarrear a un riesgo cardiovascular, el cáncer es una de las consecuencias de mantener un peso elevado, la depresión y trastornos mentales pueden aparecer, al igual que ciertas conductas pueden verse alteradas.

La insatisfacción corporal durante la adolescencia puede producir baja autoestima y síntomas de depresión. Un estudio donde se examinó si el comer emocional, el trastorno por atracón, tener actitudes anormales con la alimentación y el peso, baja autoestima, el estrés y la depresión están asociados con la restricción dietética o la insatisfacción corporal en adolescentes mujeres, demostró que la restricción dietaria puede ser la causa principal de los síntomas bulímicos, del comer emocional, y malestar psicológico vista en individuos que están tratando de controlar su peso y que tal vez la insatisfacción corporal sea la explicación de la restricción dietética. (Johnson Fiona, et al., 2005).

Se cree que la burla acerca del peso influye en el riesgo para desarrollar un TCA. Un estudio que incluyó 4746 adolescentes de escuelas públicas de Saint Paul/ Minneapolis (Minnesota), evaluó la prevalencia de percepción de burla hacia el peso y las asociaciones con las conductas no saludables para controlar el peso y los atracones en adolescentes. Se dio mayor importancia a los jóvenes con sobrepeso. Se encontró que si existe asociaciones estadísticamente significativas entre la percepción de burla del peso y el estado de peso. Adolescentes que indicaron que si se les han burlado acerca de su peso, especialmente

mujeres con sobrepeso, reportaron que esto les molestaba. Entre los adolescentes con sobrepeso, el 29% de las mujeres y el 18% de los hombres que experimentaron con frecuencia la burla acerca de su peso reportaron presentar atracones comparado con el 16% de mujeres y 7% de hombres que no experimentaron burla.(Neumark S. Dianne, et al., 2002).

El hecho de que se nombre la palabra “gordura” causa incomodidad en muchas personas, debido a que es un término que se utiliza con frecuencia para definir o juzgar a un individuo. El establecimiento del estado de peso por parte de individuos que desconocen temas de salud lo hacen de manera subjetiva, lo que puede llevar a una sobreestimación del mismo. Hombres y mujeres dan mucha importancia al peso debido a que es parte de su apariencia, por lo que un comentario acerca de este puede influir en su estado emocional, su autoestima puede verse alterada y como se ha leído, investigaciones demuestran que no solamente comentarios sino bromas acerca del estado de peso puede desatar en un desorden alimentario.

Los Trastornos de la conducta alimentaria es un tema que se está abordando en la investigación en los últimos años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad esta aumentado, el deseo de verse delgado es muy aparente en adolescentes y adultos jóvenes. El hacer dieta es común entre adolescentes; de acuerdo al Sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo juvenil de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2003), más del 59% de adolescentes mujeres y el 29% de adolescentes hombres entre 9^{no} y 12^{vo} grado estaban intentando perder peso durante los 30 días anteriores a la encuesta y el 18% de mujeres y el 8% de hombres dejó de comer por más de 24 horas para perder peso. El hacer dieta puede comprometer el desarrollo de los

adolescentes y causar una deficiencia en nutrientes. Está demostrado que el hacer dietas restrictivas a largo plazo lleva al sobrepeso y obesidad. (Bonnie A.Spear. 2006)

El presente estudio permitirá sacar tendencias bioestadísticas, relaciones o correlaciones entre variables que lleven a evaluar si existe riesgo de desarrollar un desorden alimentario en los estudiantes. Además, al conocer si las personas con sobrepeso están en riesgo de tener un TCA, nos permitirá desarrollar programas adecuados para el control del peso.

Es importante que el Nutriólogo/a tenga conocimiento no solo de la etimología de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) si no del tratamiento adecuado ya que la intervención es interdisciplinaria he incluye terapia psicológica, nutricional, médica y psiquiátrica. Ciertos pacientes no revelan los síntomas asociados a un TCA a los profesionales en salud, al igual que, dentro de la familia estos pasan desapercibidos hasta que la enfermedad haya avanzado, por lo tanto creo conveniente utilizar herramientas que evalúen problemas relacionados a la alimentación, pues si se diagnostica a tiempo se puede prevenir las consecuencias graves que estos traen.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

A los Trastornos de la Conducta Alimentaria se los considera como enfermedades mentales graves con importantes complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida. Estos desordenes han sido comúnmente desarrollados en mujeres adolescentes y adultas, pero estos también pueden afectar a hombres adolescentes y adultos, niños/as, personas de cualquier grupo étnico y nivel socioeconómico; y a personas con diferentes formas corporales, peso y talla. (AED Report, 2011).

Se conocen como desórdenes alimentarios a: la Anorexia Nerviosa restrictiva y purgativa, Bulimia Nerviosa purgativa y no purgativa y a los Trastornos Alimentarios no especificados (TANES) que incluyen a los pacientes que no cumplen con el criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia Nerviosa y al trastorno por atracones o también conocido como “binge eating”. (AED Report, 2011). En el quinto Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, con sus siglas en inglés DSM-V, se realizaron varios cambios, y uno de ellos fue la inclusión como trastorno alimentario al trastorno por atracón, donde en el DSM- IV no lo fue. Esto permitirá conocer las diferencias entre el trastorno por atracón y el problema más común que es el comer en exceso.

Se ha mantenido la creencia de que los trastornos alimentarios, los más conocidos como Anorexia y Bulimia Nerviosa afectan solo a mujeres, sin embargo hoy en día se conoce que tanto los TCA como los TANES afectan a hombres y mujeres debido a la presión cultural para ser delgado.(Meyer E.S., 1999).

1.1.1 ANOREXIA NERVIOSA Y SUS TIPOS.

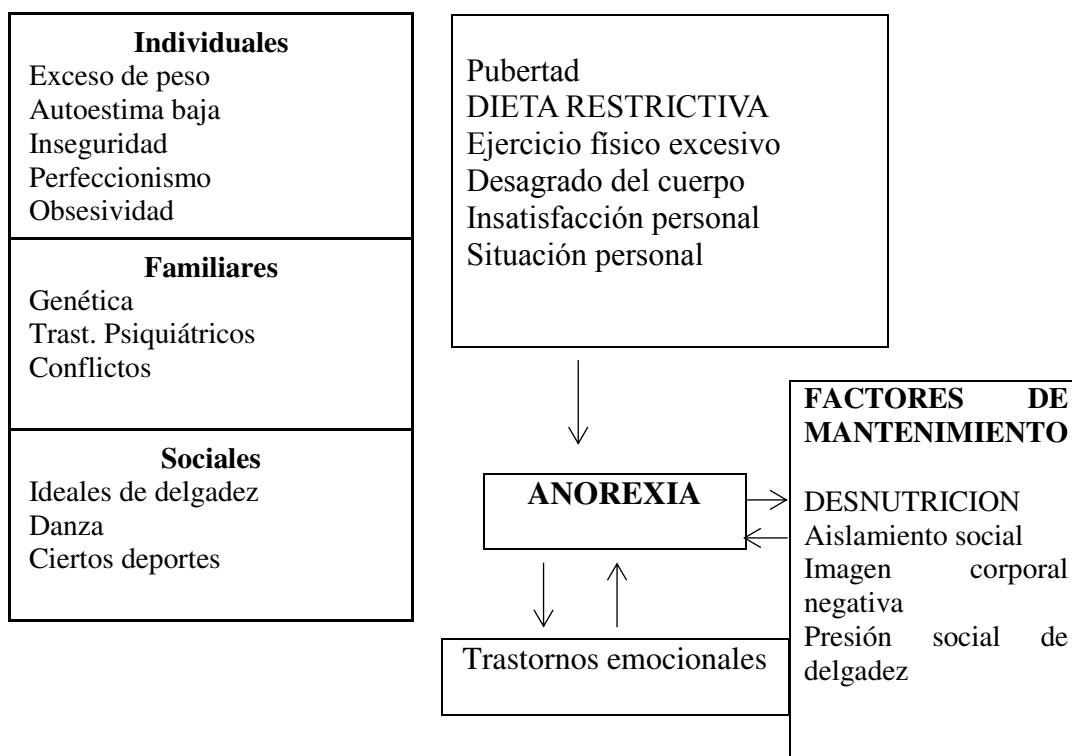
El criterio para diagnosticar a una persona con Anorexia Nerviosa según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) debe presentar una restricción calórica (energética) persistente llevando a un peso significativamente bajo dentro de lo mínimo que se espera según la edad, sexo, trayectoria de desarrollo y la salud física, presentar miedo intenso a ganar peso o a engordar, o tener comportamientos persistentes que interfieran con la ganancia de peso. También mostrar alteración de la percepción del peso y forma corporal, influencia negativa en la autoevaluación debido a la percepción indebida de la forma del cuerpo y el peso, o falta de reconocimiento persistente de la gravedad del peso actual bajo. (EDV, 2013).

Existen dos tipos de Anorexia Nerviosa, la de tipo restrictiva, que es común que las personas que padezcan este trastorno realicen dietas estrictas o ejercicio excesivo, generalmente no presentan atracones o conductas purgativas como inducción del vómito, mal uso de laxantes, diuréticos o enemas. La Anorexia Nerviosa de tipo purgativa se caracteriza por tener conductas purgativas y atracones. (Meyer E.S., 1999). Una persona que padece de anorexia rechaza mantener el peso corporal normal propio de su sexo, edad y estatura. Reduce la cantidad de alimento diariamente. Inicialmente elimina los alimentos que supone ser altos en calorías y gradualmente va reduciendo hasta llegar a consumir unos pocos alimentos. Por el miedo a ganar peso evita situaciones donde puede exponerse a consumir alimentos, como comidas con amigos, celebraciones festivas, etc. (Cervera M., 2005).

1.1.1.1 CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

FIGURA 1. CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

FACTORES PREDISPONENTES → FACTORES DESENCADENANTES



Fuente: Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la Bulimia. 2005.

Varias son las causas para el desarrollo de la Anorexia Nerviosa, pero hay factores desencadenantes que son importantes nombrarlos como ejemplo en la etapa de pubertad, donde aparecen cambios físicos corporales, el hecho de que el cuerpo crezca, ya es motivo de preocupación para muchos adolescentes, apareciendo una insatisfacción no solamente con el cuerpo si no en general, debido a una baja autoestima, muchos no gustan de sí mismos en ningún aspecto. La obsesión, el deseo de que cualquier situación sea perfecta, también existirá el anhelo por un cuerpo perfecto. La insatisfacción corporal puede dar inicio a una dieta restrictiva. Factores de carácter individual como un cuerpo con sobrepeso, haber tenido un aspecto grueso en la infancia conduce a la preocupación o interés por la alimentación, lo cual da origen a la selección y clasificación de ciertos

alimentos como buenos o malos, a la práctica de ejercicio excesivo. La influencia cultural actual del dar más valor al cuerpo y apariencia, lo que antes se daba valor a la inteligencia, a la cultura, a los conocimientos, ha convertido un ambiente de presión donde la mayoría se rige a cumplir esas ideas y gustos por la belleza y estética. Como se observa en la figura N°1. se ha nombrado varios de los factores predisponentes y desencadenantes pero existen también factores que mantienen el trastorno, la desnutrición que permite que el trastorno persista y al mismo tiempo la percepción negativa sobre la imagen corporal, los trastornos emocionales debidos también a la desnutrición, como las variaciones en el estado de ánimo, la ansiedad, la depresión intensifican la anorexia. El ambiente que le rodea a la persona que sufre de este trastorno sigue poniendo énfasis en la delgadez, los conflictos en la familia, el aislamiento social, la patología se potenciara. (Cervera M, 2005).

1.1.2 BULIMIA NERVIOSA Y SUS TIPOS.

De acuerdo al DSM – V, para diagnosticar a una persona con Bulimia Nerviosa debe presentar recurrentes episodios de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida significativamente mayor a la cantidad que la mayoría de personas comería durante un tiempo y circunstancias similares. Presentar una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio, por ejemplo tener una sensación de no poder dejar de comer o controlar qué o cuánto se está comiendo. Tener conductas compensatorias inapropiadas recurrentes con el fin de prevenir el aumento de peso como el vómito auto inducido, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, el ayuno y realizar actividad física excesiva. Los atracones y las conductas compensatorias pueden producirse en promedio de al menos una vez a la semana durante tres meses. La autoevaluación se ve influenciada por la forma

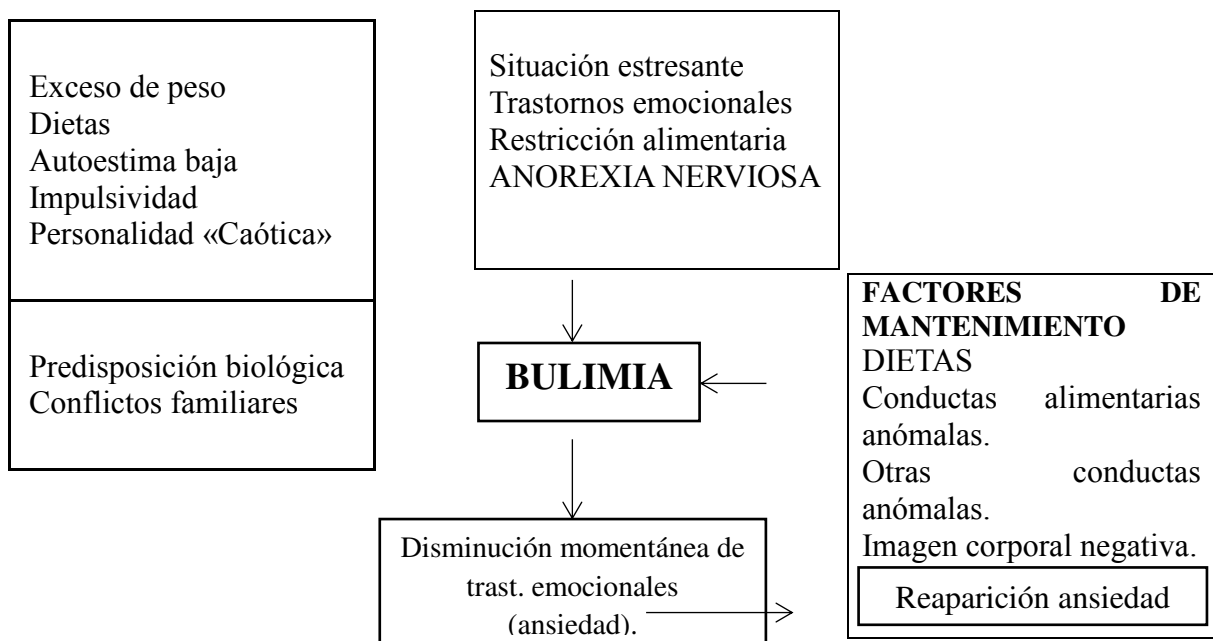
y el peso corporal. La alteración no ocurre exclusivamente durante los episodios de Anorexia Nerviosa. (EDV, 2013).

Es más común que la Bulimia Nerviosa se manifieste en personas con peso normal o sobrepeso. Existen dos tipos de Bulimia Nerviosa, la de tipo purgativo, que se caracteriza por la inducción del vómito o el mal uso de laxantes y diuréticos; y el de tipo no purgativo, la persona tiene comportamientos compensatorios inapropiados como ayunar, hacer actividad física excesiva, pero no se induce el vómito o pretende utilizar sustancias. (Meyer E.S. 1999)

1.1.2.1 CAUSAS DE LA BULIMIA NERVIOSA.

FIGURA 2. CAUSAS DE LA BULIMIA NERVIOSA.

FACTORES PREDISPONENTES → FACTORES DESENCADENANTES



Fuente: Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la Bulimia.2005.

Al igual que la Anorexia nerviosa, la Bulimia puede desencadenarse por varios factores, ninguna patología tiene una causa única. Un factor desencadenante es el exceso de peso, a veces acompañado de burlas o comentarios incómodos. El ayuno o las dietas restrictivas en cualquier etapa de la vida, por cualquier razón puede predisponer a la Bulimia. Lo que refiere a factores de la personalidad, están las conductas caóticas y desorganizadas, la ausencia de hábitos bien desarrollados, la impulsividad, el apresurarse a actuar sin reflexión previa. La baja autoestima e inseguridad. Características familiares como por ejemplo, un padre que presente cierto tipo de fobia, depresión o cualquier otro trastorno emocional puede incrementar el riesgo de que el hijo inicie una Bulimia. Se debe considerar la posibilidad de una predisposición biológica, se ha comprobado en la familia de los bulímicos hay con mayor frecuencia de lo normal otra persona con TCA, o con cualquier problema psicológico.

Los factores que desencadenan la bulimia no se diferencian demasiado de los que dan lugar a la anorexia. El bulímico es una persona que en el momento de iniciar su trastorno tiene autoestima baja, esta característica puede estar presente en el grupo de factores predisponentes y también ser un poderoso desencadenante del trastorno. Una persona con bulimia se siente incitada por la presión social que pone mucho énfasis en el cuerpo perfecto, el fracaso en lograrlo le produce ansiedad. Situaciones estrés son otros precipitantes, aquellos que presentan bulimia suelen ser personas con dificultad para afrontar problemas cotidianos, antes esto reaccionan con ansiedad. Los trastornos emocionales sean o no causados por situaciones reales de estrés, facilitan el desorden de los hábitos alimentarios. La restricción alimentaria también es otro de los factores precipitantes de la bulimia, pues muchos bulímicos inician su trastorno después de haber pasado por un periodo de reducción de la ingesta. Las dietas restrictivas y la desnutrición favorecen la aparición de atracones. En consecuencia, la anorexia predispone

significativamente al trastorno bulímico. Todos estos factores pueden desembocar en un atracón, después, puede haber vomito o no. El vómito es una complicación que hace más difícil la recuperación y aumenta la gravedad del trastorno. Los factores que mantienen la bulimia son las conductas no saludables como el vómito y el uso de laxantes, ya que son dañinos, y conllevan a un atracón, lo mismo sucede con las dietas restrictivas y el ayuno, de esta manera se establece un ciclo vicioso difícil de destruir. Al igual que, si no se modifican características de la personalidad y pensamientos incorrectos acerca del cuerpo, su permanencia contribuirá a mantener la enfermedad. (Cervera M, 2005).

La recuperación tanto de la anorexia y bulimia nerviosa es posible, mejorando o regulando la alimentación, cambiando comportamientos, pensamientos, emociones que se han alterado durante el trastorno. (Cervera M., 2005).

1.1.3 BINGE EATING O COMER SIN CONTROL.

Según el DSM – V, para diagnosticar a una persona con el trastorno por atracón debe presentar recurrentes episodios de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida significativamente mayor a la cantidad que la mayoría de personas comería durante un tiempo y circunstancias similares. Presentar una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio, por ejemplo tener una sensación de no poder dejar de comer o controlar qué o cuánto se está comiendo. Los episodios de atracones están asociados con tres o más de las siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal; comer hasta sentirse incómodamente lleno; comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre física; comer a solas por sentir vergüenza de la cantidad que se ingiere, sensación de disgusto con uno mismo, deprimido o culpable. Aflicción o angustia muy marcada con respecto a los atracones. Los episodios de atracones ocurren en promedio de una vez a la

semana durante tres meses. El trastorno por atracón no se asocia con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas, como en la bulimia nerviosa y no ocurre exclusivamente durante el curso de la bulimia nerviosa, o métodos de la anorexia para compensar el exceso de comida, como el vómito auto inducido. (EAV, 2013).

Una persona que sufre del trastorno por atracón, puede ingerir alrededor de 5000 a 15000 kilocalorías en una sola comida o episodio, comparado con la ingesta recomendada para adolescentes y adultos que oscila entre 1600 a 3000 kilocalorías diarias aproximadamente.

Los episodios de atracones en personas con sobrepeso parecen ser diferentes en relación a las personas que presentan bulimia nerviosa. Individuos con el trastorno por atracón suelen comer menos calorías a comparación con los atracones de una persona que padece de bulimia nerviosa. Casi la mitad de los pacientes con binge eating inician los atracones en ausencia de la dieta. Parece que la desinhibición en vez de la restricción dietética es la causa que desencadena los atracones en pacientes obesos. (Zwaan de M., 2001).

1.1.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS.

La categoría de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados según el DSM – V, aplica para los comportamientos que causan malestar o deterioro significativo del funcionamiento clínico, pero no cumplen con todos los criterios de los antes nombrados como trastornos alimentarios. (EAV, 2013).

Una persona puede tener algunas, pero no todas, las características de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Pueden tener pensamientos irracionales, una obsesión con el peso y una preocupación por la comida. Estos trastornos suelen ocurrir de forma continua.

El bienestar físico y emocional puede estar comprometido por sus comportamientos y pensamientos. Esta forma de desórdenes también se caracteriza por la presencia de atracones sin purgación. (Meyer E.S., 1999).

La ganancia rápida de peso o fluctuaciones de peso pueden ser marcadores importantes para un desorden alimenticio. Todos los casos de pérdida de peso de forma precipitada en individuos por lo demás sanos deben ser investigados ante una posibilidad de un desorden alimentario. (AED Report, 2011).

Individuos con un peso por encima del rango normal de su peso tal vez no estén recibiendo una nutrición adecuada y pacientes con un peso normal pueden estar involucrándose en prácticas poco saludables para el control de peso. (AED Report, 2011.)

Las consecuencias médicas de los desórdenes alimentarios pueden pasar desapercibidas incluso hasta por médicos experimentados. (AED Report, 2011).

Los desórdenes alimentarios incluyendo el comer sin control pueden asociarse con complicaciones médicas como: comprometer el sistema cardiovascular, gastrointestinal, endocrino, dermatológico, hematológico, esquelético y el sistema nervioso central. (AED Report, 2011).

1.2 PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO, EL HACER DIETA Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD.

Las prácticas no saludables para el control de peso son aquellas que no son beneficiosas para el organismo cuando se desea perder peso, como saltar comidas, comer muy poco, realizar dietas estrictas, auto inducción del vómito, tomar pastillas para

adelgazar, mal uso de laxantes o diuréticos, sustituir comidas por preparados artificiales promocionados para perder peso, realizar actividad física excesiva.

El saltar comidas está asociado con estar en periodos de ayuno, lo cual puede ocasionar hipotensión (presión baja), dolor de cabeza, irregularidades hormonales que puede conducir a una hipoglicemia. Cuando se agotan las reservas de glucosa, el organismo empieza a usar los depósitos de grasa y luego la proteína como fuente de energía. El ayuno puede también causar deshidratación, deficiencias de nutrientes, estreñimiento. Cuando se está en periodos largos de ayuno, suele suceder que se llega a consumir más cantidad de alimento en una comida debido a que se siente más hambre, lo cual puede ser una causa del aumento de peso.

Los laxantes es recomendable usar bajo prescripción médica, ya que el abuso puede ocasionar diarreas difíciles de detener, lo cual puede conducir a un desbalance hidroelectrolítico, alterándose los niveles de sodio, a la disminución de potasio. El uso constante de laxantes puede crear dependencia causando daño en la flora intestinal hasta puede llegar a la perforación del intestino. El mal uso de diuréticos y el vómito de igual manera dan lugar a los trastornos electrolíticos por la pérdida de minerales, especialmente de sodio y potasio. Esto puede ocasionar fatiga crónica, debilidad muscular, dificultad para concentrarse, vértigo y dolor de cabeza. En casos extremos puede producirse arritmias e incluso paros cardíacos. En pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa que vomitan con frecuencia, lo que suele afectarse son los dientes debido al ácido del vómito, se produce pérdida del esmalte dental y aumento de la sensibilidad a la ingestión de alimentos fríos o calientes. Muchas veces puede haber pérdida de piezas dentales debido al vómito habitual. (Cervera M., 2005).

El uso de pastillas promocionadas para adelgazar, si bien es cierto, muchas podrán disminuir el apetito, inhibir la ansiedad, pero esto es temporal, produciendo un rebote excesivo en el peso, también deshidratación, y afectan el metabolismo. Poco se conoce sobre las consecuencias de los componentes de estas pastillas, algunas contienen anfetaminas, benzodiazepinas, antidepresivos, diuréticos y laxantes. Una mujer de 26 años, que tomo pastillas importadas promocionadas para perder peso, presentó un historial de dolores intermitentes en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza e insomnio durante 2 años. (Cohen A. Pieter, 2008). En estas pastillas también se encontró fenproporex que es un anorexígeno, provocando la liberación neuronal de noradrenalina, dopamina y serotonina, induciendo un estado de saciedad y una reducción del consumo de alimentos. La liberación de noradrenalina y dopamina tiene efectos neuroexcitadores e hipertensivos. (Salud.es, 2009). Personas acostumbradas a este método para perder peso, terminan perjudicando su salud no solamente con el aumento de peso sino se condenan a tomar antidepresivos, diuréticos y otros medicamentos.

Polvos o batidos promocionados para perder peso, que se recomiendan para suplir una comida, también tienen consecuencias en el aumento de peso y en el riesgo de desarrollar un TCA. El hecho de que se sustituya una comida por un batido, sin que sea necesario, puede provocar un desorden debido a que no se va a consumir siempre y además se debe educar de que la manera adecuada para perder peso, es teniendo comidas regulares con alimentos naturales, así el individuo no se acostumbra a productos artificiales teniendo la posibilidad de ingerir alimentos normales.

El hacer dieta y usar prácticas no saludables para el control de peso se relacionan con la obesidad y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Un estudio longitudinal de 5 años demostró que tanto mujeres y hombres que usaban prácticas no saludables para el control de peso tenían más riesgo de tener un trastorno de comer sin control y usar

prácticas extremas para el control de peso comparado con adolescentes que no usaban prácticas para el control de peso.(Neumark S. Dianne, et al, 2006).

Un estudio longitudinal de 10 años, realizado en estudiantes de escuelas primarias y secundarias de Minneapolis/St. Paul, área metropolitana de Minnesota, desde 1999 al 2009, examinó las asociaciones entre el hacer dieta con prácticas no saludables para el control de peso y cambios en el IMC desde la adolescencia hasta la adultez temprana. El IMC aumentó en hombres y mujeres. Mujeres que realizaban prácticas no saludables para el control de peso aumentaron su IMC en 4.63 unidades en comparación con 2.29 unidades en mujeres que no usaban este tipo de prácticas. Estas asociaciones se encontraron tanto en personas con y sin sobrepeso. Al igual que, mujeres que hacían dieta constantemente mostraron un aumento del IMC (4.33 unidades) en comparación con aquellas que no hacían dieta (2.48 unidades) durante el período de 10 años de estudio. En hombres, el hacer dieta de manera persistente, aumentó el IMC en 6.96 unidades comparado con 3.45 unidades en aquellos que no hacían dieta. De igual forma, el uso constante de prácticas no saludables para el control de peso mostró un incremento del IMC en 5.42 unidades comparado con 3.65 unidades en aquellos que no usaban estas prácticas. Las principales prácticas para el control de peso que se identificaron que incrementaban el IMC fueron el saltar comidas y comer muy poco, esto en hombres y mujeres; el uso de sustitutos de un alimento en hombres y tomar pastillas para adelgazar en mujeres. (Neumark S. Dianne, et al., 2012).

Un estudio longitudinal de cinco años, realizado en 31 escuelas de Minnesota durante 1999 al 2004, demostró que los adolescentes que usaban prácticas no saludables para el control del peso aumentaron su IMC alrededor de una unidad más en comparación con aquellos que no usaban este tipo de prácticas y tenían 3 veces mayor riesgo de tener

sobrepeso, al igual que el comer sin control y usar prácticas extremas no saludables para el control de peso. (Neumark-S. Dianne, et al., 2006).

Un estudio realizado en 31 escuelas públicas primarias y secundarias de Minnesota, demostró que alrededor del 57% de mujeres adolescentes y el 33% de hombres adolescentes presentaban preocupación por el peso y el uso de prácticas no saludables para su control. El 12% de mujeres adolescentes y el 5% de hombres adolescentes practicaban conductas extremas para el control de peso. La mayoría de jóvenes con sobrepeso se percibían a ellos mismos con sobrepeso y reportaban disminución de la ingesta de grasas saturadas e incremento de la actividad física para controlar el peso. Sin embargo, el uso de prácticas extremas no saludables y el comer excesivamente fue alarmantemente alto entre jóvenes con sobrepeso, generalmente entre mujeres. El 18% de mujeres con sobrepeso demostró usar prácticas extremas para el control de peso comparado con el 6% de hombres con sobrepeso.(Neumark-S. Dianne, et al., 2002).

La obesidad en la niñez se ha convertido en un problema pediátrico nutricional, el más prevalente en Estados Unidos. La prevalencia de sobrepeso en este país continúa en aumento. El incremento es preocupante ya que la obesidad presente a temprana edad y persistente durante la niñez es difícil de tratar. Evidencias científicas manifiestan que el sobrepeso y la obesidad resultan de la interacción de varios factores, incluyendo a conductas individuales, problemas biológicos relacionados con la regulación de peso, la predisposición genética, consumo excesivo de grasas, realizar poca actividad física e influencias socioculturales y ambientales.(Bonnie A. Spear, 2006).

Como ya se sabe el deseo de estar delgado es muy común en adolescentes. El hacer dieta es más común en preadolescentes y adolescentes mujeres que en hombres. Se ha observado una fuerte asociación entre el hacer dieta y el sobrepeso.

La restricción voluntaria de ingesta de alimentos involucra la negación de las señales de hambre lo que significa dejar de comer cuando en verdad se siente hambre y saltar comidas principales. Dichas negaciones implica comer en exceso debido a que disminuyen las señales de saciedad y hambre, conduciendo a un aumento de la ingesta de los alimentos condicionados. (Bonnie A. Spear, 2006)

Stice E. et al., (1999), examinó las posibles relaciones de las formas naturales para perder peso con el aumento de peso relativo y la aparición de la obesidad en mujeres adolescentes. El uso de laxantes y supresores del apetito, ejercicio incidental, vómito con el fin de controlar el peso y los atracones predijeron un aumento de peso en un período de 4 años; así también, la restricción dietética, la práctica de ejercicio para controlar el peso, y el uso de laxantes y supresores del apetito predijo un mayor riesgo de aparición de la obesidad. Resulta que los esfuerzos para reducción de peso reportados por los adolescentes tienen más probabilidades de llegar a un aumento de peso más que a la pérdida de peso y se insinúa la necesidad de educar a los jóvenes sobre las prácticas más seguras de control de peso.

Field y colegas encontraron 3 posibles mecanismos a través del cual la dieta podría conducir al sobrepeso. La dieta puede resultar en un aumento de la eficiencia metabólica. Esto puede llevar a las personas que hacen dieta a requerir menos calorías para mantener el peso; en muchos de los casos la ganancia de peso ocurre cuando aquellos que han hecho dieta vuelven a sus hábitos normales, como casi siempre sucede porque las dietas restrictivas rara vez se mantienen por tiempos prolongados.

El hacer dieta puede llevar a un ciclo de restricción calórica seguida de atracones. Stice y colegas sugiere que el hacer dieta resulta en una entrega irregular de nutrientes para

la utilización del cuerpo. Esto desregula el sistema de apetito normal y se cree que promueve el aumento de peso. Las personas que hacen dieta por lo general obtienen mayor energía de los hidratos de carbono. Esta respuesta fisiológica a la glucosa oral sugiere un posible mecanismo ligado al alto consumo de carbohidratos para ganar peso. (Bonnie A. Spear, 2006).

1.3 INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL RELACIONADO CON EL RIESGO PARA DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

La insatisfacción de la imagen corporal es la falta de satisfacción por el propio cuerpo.

La distorsión de la imagen corporal es la representación subestimada o sobrestimada del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

El peso es un componente importante que influye en la imagen corporal. La noción emocional que las personas tienen hacia sus cuerpos afectará a sus comportamientos. Existe asociación significativa entre la imagen corporal y las conductas para el control de peso. Más de 80% de mujeres entre 40 y 60 años están a dieta para perder o mantener el peso. Un estudio en Estados Unidos, un 38.8% de mujeres con peso normal pensaban que tenían sobrepeso. La mayor parte de mujeres están en regímenes no saludables con el fin de lograr un peso ideal y se sienten con sobrepeso aun teniendo una figura normal. (Firoozeh Mostafavi-Darani, et al., 2012).

La insatisfacción y distorsión de la imagen corporal son factores importantes para desarrollar conductas alimentarias no saludables. En un estudio longitudinal, de 5 años, donde se hicieron evaluaciones desde 1999 al 2044 en 4746 estudiantes de escuelas

primarias y secundarias de Minnesota, se encontró que tanto en hombres como en mujeres, una satisfacción corporal baja se asocia con comportamientos que comprometen la salud, como realizar dieta constantemente y comer en exceso debido a la consecuencia de la restricción excesiva. Estos comportamientos hacen que las personas que tienen este tipo de conductas ganen más peso que las que no tienen estos comportamientos. Además se encuentra que la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con menos comportamientos que promueven la salud como la actividad física y comer frutas y verduras. Existe una alta prevalencia de adolescentes que manifiestan su insatisfacción corporal y es un determinante de preocupación para el desarrollo de un desorden alimentario. Este estudio también demostró que existe una asociación estadística significativa entre la satisfacción corporal y el IMC. (Neumark S. Dianne, et al., 2005).

1.4 ACTIVIDAD FÍSICA Y RIESGO DE DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Pocos estudios han demostrado una asociación entre el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario con la práctica de actividad física.

La participación especialmente de mujeres en organizaciones deportivas, demuestran tener menor auto objetivación y preocupación corporal, asociada con prácticas no saludables para el control de peso. Entre mujeres adolescentes con sobrepeso, el realizar más horas de actividad física moderada a vigorosa predice una mayor prevalencia e incidencia de un trastorno alimentario. (Wang L. Mónica, et al., 2012).

La práctica extrema de actividad física o participar en ciertos tipos de actividad física puede aumentar el riesgo de conductas no saludables para el control de peso. El

ejercicio es un método que ayuda a la pérdida de peso, cuando esto se logra puede volverse obsesiva la práctica de actividad física debido a sus efectos.

Disciplinas como el ballet, gimnasia rítmica, patinaje artístico requieren o exigen una determinada forma y un peso corporal bajo, lo cual implica llevar una alimentación estricta.

En 1994, Sundgot-Borgan aplicó el inventario de desórdenes alimentarios (EDI) a 522 atletas de élite de 35 diferentes deportes. La aplicación del cuestionario y entrevistas de seguimiento afirmaron que el 18% cumplía con los criterios de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, o un trastorno subclínico y la prevalencia fue mayor en deportes que demandan delgadez para el rendimiento o apariencia. Sin embargo, dentro de esta muestra sólo 15 eran corredores de media o larga distancia, cuatro de los cuales cumplieron con el criterio de un desorden alimentario. (Hulley J. Angela, et al., 2001).

La triada atlética femenina, una consecuencia de mantener un peso bajo se refiere a la interrelación entre el consumo o disponibilidad de energía, la función menstrual y la densidad mineral ósea, esto puede tener manifestaciones clínicas como trastornos de la alimentación, amenorrea hipotalámica funcional y la aparición de osteoporosis. Una baja disponibilidad de energía parece ser la causa que deteriora la salud reproductiva y del esqueleto, el bajo consumo puede ser accidental, intencional o psicopatológico. Estos efectos suelen aparecer cuando el consumo es por debajo de 30 kcal/kg de peso de la masa libre de grasa por día. (Nattiv A. et al., 2007).

La participación en ciertos tipos de deporte puede ser perjudicial para ciertos de personas, Brownell et al., en 1992 listó algunas características de la personalidad como el perfeccionismo, la competitividad, la preocupación por el rendimiento y la preocupación compulsiva por la forma corporal que se asocian con problemas de la alimentación, si es

así, esta es la razón por la cual las mujeres tienen mayor riesgo de tener un TCA. (Smolak Linda et al., 2000).

1.5 HÁBITO DE FUMAR Y RIESGO DE DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Asociaciones entre el hábito de fumar y el control de peso entre adolescentes, como el vínculo biológico entre dejar de fumar y el aumento de peso, ha hecho que estudiantes universitarios intenten fumar como una estrategia dietética. En un estudio en la Universidad de Kansas, se examinó si el hábito de fumar en universitarios estaba asociado con el intento de pérdida de peso y otras conductas relacionadas con el peso, mostrando como conclusión que el hábito de fumar entre estudiantes universitarios tenía relación con la intención de pérdida de peso. A pesar de querer perder peso, el hábito de fumar fue concomitante con comportamientos promotores de la obesidad como comer alimentos altos en calorías y comer frente al televisor. El 49% de estudiantes se identificaron como “nunca fuma”, mientras el 17.3% como “fumar habitualmente”. Aquellos que nunca han fumado no se relacionaron con la intención de pérdida de peso, pero si hubo una asociación con la presión para mantener un peso saludable y haber practicado ejercicio leve durante más días el año anterior. Comparando con los no fumadores, aquellos que fuman habitualmente comían más en restaurantes que sirven comida alta en calorías y comían con frecuencia frente al televisor. La cantidad en que se fuma se relacionó con el menor uso de instalaciones para hacer ejercicio y comer más frecuentemente en restaurantes que sirven comida alta en calorías y frente al televisor. (Carroll Shawna L., et al, 2006).

Se debe concientizar sobre las consecuencias que trae no solamente el fumar si no todas las practicas no saludables ya que son medidas que tal vez ayuden a lograr objetivos

a corto plazo pero en realidad complican la salud, no solamente con la ganancia de peso, con la disminución de práctica de actividad física e ingesta de alimentos saludables, sino que hay que conocer que varios de los sistemas del organismo pueden afectarse, envolviendo así patologías que con el tiempo pueden agravarse.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

La presente investigación se realizó en la Universidad Internacional del Ecuador, durante el período de aproximadamente 5 meses, Marzo-Julio del año 2013.

2.2. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue de tipo transversal analítico, cuantitativo.

2.3. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO.

El tamaño de la muestra para el estudio se determinó mediante cuatro factores:

1.- Tamaño del universo: 397 estudiantes: Las Facultades y Escuelas se escogieron a conveniencia debido a la carencia de estudios que investiguen riesgo de desarrollar un TCA en universitarios en el Ecuador.

- **225 estudiantes de la Facultad de Medicina:**
- 40 estudiantes de la Escuela de Nutriología.
- 35 estudiantes de la Escuela de Psicología.
- 150 estudiantes de la Escuela de Odontología.
- **172 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Administración:**
- 116 estudiantes de la Escuela de Negocios Internacionales.
- 19 estudiantes de la Escuela de Marketing.
- 37 estudiantes de la Escuela de Administración.

2.- Prevalencia estimada de trastornos de la conducta alimentaria a nivel de la ciudad de Quito, Ecuador: 14.4%. (Power Yuri., et al., 2008).

3.- Nivel de confianza del 95%.

4.- Margen de error aceptable: 3%.

Para la determinación de la muestra se tomó en cuenta un aumento del 10% por posible pérdida de datos.

La fórmula utilizada para calcular la muestra: $n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$ (The International Fund for Agricultural Development (IFAD), 2013).

n= tamaño de la muestra

t= nivel de confianza del 95%

p= prevalencia de riesgo para desarrollar un TCA en Quito-Ecuador.

m= margen de error del 3%

Total de la Muestra: 228 estudiantes.

2.3.1. POBLACIÓN PARTICIPANTE

Para cumplir con los objetivos de la investigación se tomó en cuenta las evaluaciones de **193 estudiantes.** que pertenecen a las Facultades de Medicina y Ciencias de la Administración.

Hubo pérdida de un total de 35 evaluaciones:

Escuela de Nutriología: 5 evaluaciones

- 3 estudiantes retirados del semestre académico Marzo-Julio 2013.

-1 estudiante embarazada.

- 1 estudiante no deseo participar en la investigación.

Escuela de Odontología: 9 evaluaciones

- 1 estudiante no localizada
- 8 estudiantes no desearon participar en la investigación

Escuela de Marketing: 2 evaluaciones

- 2 estudiantes no localizados

Escuela de Negocios Internacionales: 9 evaluaciones

- 6 estudiantes no localizados
- 1 estudiante embarazada
- 2 estudiantes no desearon participar

Escuela de Administración: 3 evaluaciones

- 3 estudiantes no localizados.

Se eliminó 7 encuestas de la base de datos por contener los test SCOFF e EAT 26 incompletos y/o con respuestas repetidas, debido a que no se pudo obtener un puntaje que cumpla con los criterios, como además la selección incompleta de imágenes de cuerpos reales ya que no se pudo evaluar insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, y datos antropométricos (peso y talla) incompletos, debido a que no se logró realizar este procedimiento por falta de colaboración de los estudiantes.

2.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Estudiantes que consten en lista de matriculados en el período académico Marzo-Julio 2013.

- Haber firmado voluntariamente el consentimiento informado.

2.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que no desearon ser evaluados y/o participar en el estudio.
- Estudiantes mujeres embarazadas.
- Encuestas con test SCOFF e EAT 26 incompletos y/o con respuestas repetidas, excepto con el cuestionario EAT 26 cuando cumplía con el puntaje mayor a 20. Selección de imágenes incompletas. Datos antropométricos incompletos.

2.4 HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Para realizar esta investigación se revisó previamente artículos científicos que afirman la validez de los cuestionarios EAT 26 y SCOFF para determinar el riesgo de desarrollar un TCA.

Morgan et al.,(1999), crearon 5 preguntas que abordan características de la anorexia y bulimia nerviosa mediante grupos focales de pacientes con trastornos alimentarios y especialistas en esta área. Se probó las preguntas en un estudio de viabilidad en pacientes y personal en una unidad de desórdenes alimentarios. Se reclutaron casos de una clínica referida, 116 mujeres entre 18 y 50 años con anorexia nerviosa(n=68) o bulimia(n=48) de acuerdo al criterio del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV edición. Para los controles se reclutaron 96 mujeres entre 18 y 39 años, se reclutaron mediante anuncios en Universidades locales, fueron confirmadas como no tener un TCA. A los casos y controles se les aplicó las preguntas oralmente. El ajuste del umbral en 2 o más preguntas positivas, proporciona un 100% de sensibilidad para la anorexia y la bulimia, por separado y combinado, con una especificidad de 87.5% para los controles.

El cuestionario SCOFF se utilizó en un estudio realizado en Bucaramanga-Colombia que indica la validez de esta prueba para el tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias, mostrando una sensibilidad del 78.4% y especificidad del 75.8%. Este cuestionario es de fácil aplicación por la reducida cantidad de preguntas con respuestas cerradas como SI o NO. Si se contesta positivamente a 2 o más preguntas, indica que hay riesgo de desarrollar o padecer un TCA. (Rueda E. Germán., et al., 2005). Las preguntas del cuestionario SCOFF se encuentran en la encuesta aplicada a los estudiantes de la UIDE, en la sección Anexos.

Para comparar los resultados de prevalencia de riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria se utilizó el cuestionario EAT 26(cuestionario de actitudes alimentarias). Este cuestionario fue elaborado por David Garner y Paul Garfinkelen 1979. La primera versión tomó el nombre de EAT 40, que está basada en 40 preguntas acerca de conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y la presión social percibida cuando se aumenta de peso. Este cuestionario se modificó eliminando 14 preguntas, una vez analizado que no eran necesarias en el valor predictivo de la prueba, nace el cuestionario EAT 26. Esta prueba se ha recomendado y se ha aplicado en varios estudios para determinar la presencia de riesgo de cualquier trastorno de la conducta alimentaria, gracias a sus altos índices de confiabilidad y validez. (Corada L. Leonor, et al., 2007).

Un puntaje de 20 o más en el test EAT 26 identifica a un individuo con riesgo de características y comportamientos de un trastorno alimentario; un puntaje menor a 20 se considera a un individuo sin riesgo de características y comportamientos de un trastorno alimentario. (Torres-McGehee M. Toni, et al., 2011).

El test EAT 26 se divide en tres subescalas: B (Bulimia), D (Dieta), O (control oral).

El Factor 1-D (13 items), se correlaciona con la distorsión de la imagen corporal. Factor 2-B (6 items) se asocia con el peso corporal y el Factor 3-O (7 items) muestra la tendencia al auto control. Altos puntajes en esta área están relacionados con el peso bajo y la ausencia de bulimia. (Orbitello B, et al.,2006). El cuestionario se encuentra en la encuesta aplicada a los estudiantes de la UIDE, en la sección Anexos.

Para la evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y la frecuencia del hacer dieta, se utilizaron preguntas del Proyecto EAT (comiendo entre adolescentes y jóvenes adultos). Este proyecto permite determinar la prevalencia del estado del peso y sus comportamientos relacionados incluyendo conductas para el control de peso, ingesta dietaria y actividad física durante la adolescencia y adultez temprana ayudando así a determinar riesgo de tener un desorden alimentario. (Neumark, et al., 2012.) Las preguntas se pueden encontrar en la encuesta que se aplicó a los estudiantes de la UIDE, en la sección Anexos.

Para evaluar la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal se utilizó la guía de fotografías de cuerpos humanos reales con valores de IMC desde bajo peso hasta obesidad para hombres y mujeres de Harris. Esta guía se estableció a partir de la escala de figuras de Stunkard. Contiene 10 imágenes de cuerpos de individuos que van desde bajo peso (IMC <18.5) hasta el grado III de obesidad (IMC \geq 40). (Harris CV., et al.,2007). Las figuras están clasificadas así: literal A) indica peso bajo, literal B) y C) peso normal, literal D) sobrepeso, literal E) y F) obesidad I, literal G) y H) obesidad II, el literal I) y J) obesidad III. La insatisfacción de la imagen corporal se evaluó con la percepción actual que el estudiante tiene acerca de su imagen y con el deseo de tener otro aspecto según las

imágenes. Si el estudiante seleccionó la figura E. (Obesidad I). y desea estar como la figura B. (peso normal), se entiende que el estudiante está insatisfecho con su imagen corporal actual. La distorsión de la imagen corporal se evaluó según el IMC (kg/m^2) actual, calculado manualmente con el IMC percibido en la figuras. Si el estado de peso del estudiante es normal y él seleccionó la imagen D (sobrepeso), en la pregunta de autopercepción, indica que el estudiante tiene distorsión de su imagen corporal. Así se concluye que el estudiante tiene una distorsión por encima de su IMC actual, debido a que su estado de peso actual es normal, pero su percepción está muy por encima de este. Dichas figuras se encuentran en la encuesta aplicada a los estudiantes de la UIDE, sección Anexos.

La práctica de actividad física se evaluó preguntado cuantos días por semana realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación que se analizó según las siguientes categorías: baja (0-3 días por semana), moderada (4 -6 días por semana), y alta (7 días por semana). Cuantos días a la semana realizan actividad física moderada y/o vigorosa entendida como hacer ejercicio por lo menos 60 minutos por día que incremente el ritmo cardíaco y dificulte la respiración por momentos. (Wang L. Mónica., et al., 2012). Las preguntas se encuentran en la encuesta aplicada a los estudiantes de la UIDE, sección Anexos.

Para la toma de peso se utilizó una balanza de piso (SECA), con carga máxima de 145 kg (320 lbs). Antes de la toma el estudiante se retiró zapatos, ropa y objetos pesados de los bolsillos, posteriormente se colocó al estudiante de pie sobre la balanza.

Para la toma de la talla se utilizó un estadiómetro. El estudiante se retiró zapatos, y objetos que dificulten la toma. Se utilizó el plano horizontal de Frankfurt que consiste en

marcar una línea entre el punto más bajo en el margen de la órbita (cavidad ósea del ojo) y el antitrigo (punto por encima del trago, proyección cartilaginosa justo por delante de la abertura externa del oído). Con la cabeza en línea con la columna vertebral, este plano debe ser horizontal. (Lee, D.R. Nutritional assessment, 2010).

El IMC se calculó con la fórmula de Quetelet, dividiendo el peso (kg) para la talla elevada al cuadrado (m²). Las categorías para evaluar el estado del peso según el IMC, se utilizaron según los criterios de la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 1995).

2.5. PLAN DE ANÁLISIS.

2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	MEDIDA	INDICADOR	RANGO DE ANÁLISIS	FUENTE CIENTÍFICA
Género	Categórica	Encuesta	- Masculino - Femenino	
Estado Civil	Categórica	Encuesta	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo - Unión Libre - Separado	
Sector donde vive	Nominal	Encuesta		
Colegio	Categórica	Encuesta	- Público - Privado	
Facultad/Escuela	Nominal	Encuesta	- Ciencias de la Administración - Psicología - Nutriología	

			-Odontología	
Semestre	Discreta	Encuesta		
IMC	Continua	Evaluación Antropométrica	<p>Bajo peso <18.5kg/m²</p> <p>Normopeso 18.5-24.99 kg/m²</p> <p>Sobrepeso ≥ 25kg/m²</p> <p>Obesidad >30kg/m²</p>	<p>Criterio Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 854.</p> <p>http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/en/index.html</p>
Riesgo de desarrollar un trastorno alimentario	Categórico	Cuestionario SCOFF	- Si /No (2 o más respuestas positivas indican riesgo)	<p>Rueda German E. (2005). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias.</p>
		Cuestionario EAT 26	- Nunca=0/Rara vez=0/Algunas veces=0/Frecuentemente=1/Casi siempre=2/Siempre=3(Puntaje igual o mayor a 20 indica riesgo).	
Prácticas no saludables para el control de peso	Categórico	Encuesta	-Si -No	<p>Neumark Dianne et al. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of</p>

				aAdolescents: How do dieters fare 5 years later?
Hacer Dieta	Categorico	Encuesta	-Nunca(No hacen dieta) -1a 4 veces/5-10 veces/más de 10 veces/ siempre estoy a dieta(personas que si hacen dieta)	Neumark Dianne et al. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longiyudinal Study of aAdolescents: How do dieters fare 5 years later?
Actividad Física y Ejercicios de Fortalecimiento y Tonificación	Discreta	Encuesta	Días/Semana 0-3 d/s (leve) 4-6 d/s (moderada) 7 d/s (intensa)	Wang. L. Monica et al. (2012). Dietary and Physical Activity Factors Related to Eating Disorder Symtoms Among Middle School Youth.
Burla acerca del peso	Categorico	Encuesta	-Nunca -Menos de una vez al año. -Varias veces al año. -Varias veces al mes. -Por lo menos una vez a la semana.	Neumark Dianne et al. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors.
Distorsión de la imagen corporal	Categorica	Imágenes de cuerpos humanos reales	-Si -No	Harris CV et al. (2007). BMI-based body size guides for

				women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts.
Insatisfacción de la imagen corporal	Categórica	Imágenes de cuerpos humanos reales	-Si -No	Harris CV et al.(2007). BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts.

2.5.2 CRUCE DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLES INDEPENDIENTES
Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (Test EAT 26 y SCOFF).	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Estado Civil • Tipo de colegio • Facultad/Escuela • IMC • Uso de prácticas no saludables para el control de peso(7 items) • Hacer dieta • Actividad física • Insatisfacción corporal • Satisfacción con el peso actual • Distorsión de la imagen corporal • Burla acerca del peso
Uso de prácticas no saludables para el control de peso. <ol style="list-style-type: none"> 1. Saltar comidas 2. Comer muy poco 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • IMC • Hacer dieta

<ol style="list-style-type: none"> 3. Utilizar pastillas 4. Usas algún sustituto de alimento como polvos o batidos promocionados para perder peso 5. Utilizar diuréticos 6. Utilizar laxantes 7. Fumar más cigarrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física • Insatisfacción corporal • Satisfacción con el peso actual • Distorsión de la imagen corporal • Burla acerca del peso
IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer dieta • Uso de prácticas no saludables para el control de peso. • Actividad Física • Burla acerca del peso. • Insatisfacción corporal. • Satisfacción con el peso actual • Distorsión de la imagen corporal
Hacer dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Uso de prácticas no saludables para el control de peso. • Actividad Física • Insatisfacción corporal • Satisfacción con el peso actual • Distorsión de la imagen corporal • Burla acerca del peso

2.5.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se creó una base de datos en el programa estadístico EPI INFO 7., donde se ingresaron las evaluaciones de cada estudiante. Se exportó la base de datos al programa Excel 2007 ya que al final se pensó conveniente crear nuevas variables para mejores resultados y estas se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Para la respectiva descripción de las variables numéricas se utilizó medidas de tendencia central (media, desviación estándar, mediana y moda) al igual que los recursos gráficos. La asociación de las variables categóricas se estimó mediante la prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Para estimar la magnitud de las asociaciones se empleó intervalos de confianza

(IC) al 95%. En todos los análisis para determinar la significancia estadística se utilizó un valor de $p < 0,05$.

Para la comparación de los resultados de prevalencia de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria con los cuestionarios SCOFF y EAT 26 se utilizó parámetros estadísticos de sensibilidad (Se) y especificidad (Es), mediante una tabla de 2x2, donde el cuestionario de referencia para detectar el riesgo fue el cuestionario SCOFF.

Seleccionamos con el test EAT 26(estándar de oro para evaluar riesgo de desarrollar un TCA) aquellos que tenían riesgo y los que no tenían riesgo. A los que no tenían riesgo buscamos la especificidad con el test SCOFF. Para la sensibilidad seleccionamos los que tenían riesgo con el test EAT 26, de ellos comparamos los que tenían riesgo con los que no tenían riesgo con el test SCOFF.

Se entiende por sensibilidad a la capacidad de una prueba para clasificar correctamente al enfermo como enfermo o la probabilidad de tener un resultado positivo si se tiene la enfermedad. (Ruiz M. Alvaro, et al., 2004). En este caso mide la probabilidad de que la prueba sea positiva en quienes realmente están en riesgo. Los verdaderos positivos sobre todos los que están en riesgo según el cuestionario EAT 26 (estos son los verdaderos positivos y los falsos negativos).

$$\text{Se} = \frac{\text{Verdaderos Positivos}}{\text{Verdaderos Positivos} + \text{Falsos Negativos}}.$$

La Especificidad es la probabilidad de que el resultado sea negativo en una persona no afectada por una enfermedad de referencia. (Álvarez C. Rafael, 1996). En este caso mide los verdaderos negativos en las personas que no están en riesgo según el estándar de

oro (EAT 26), se calcula los verdaderos negativos que coinciden estar sin riesgo con el test EAT 26 y el SCOFF, versus todos los negativos con el EAT 26(verdaderos negativos y falsos positivos).

$$\text{Es} = \frac{\text{Verdaderos Negativos}}{\text{Verdaderos Negativos} + \text{Falsos Positivos}}.$$

Se calculó el valor predictivo positivo que es la capacidad del test de dar un resultado positivo a los realmente enfermos, evitando la inclusión de falsos positivos. (Colimon Kahl-Martin, 1990). En este caso mide la probabilidad de que la persona esté en riesgo cuando la prueba resulta positiva y se calcula determinando los verdaderos positivos divididos para el total de pruebas positivas según el test SCOFF, que es el que estamos midiendo.(Beaglehole R, et al., 1994).

El valor predictivo negativo tiene la capacidad de dar un resultado negativo a los realmente extentos de la enfermedad, evitando la inclusión de falsos negativos. Es la estimación de la probabilidad de ausencia de la enfermedad cuando el test es negativo. (Colimon Kahl-Martin, 1990). En este caso mide la probabilidad de que una persona no esté en riesgo cuando la prueba resulta negativa; se calcula el verdadero negativo dividido para todos los negativos a la prueba que se está midiendo, en este caso la prueba SCOFF. (Beaglehole R, et al., 1994).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 1. FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. UIDE MARZO-JULIO 2013.

Variabes sociodemográficas	Frecuencia absoluta n=193	Frecuencia relativa	Intervalo de confianza
Sexo	Masculino	80	41,45%
	Femenino	113	58,55%
Edad	<18	2	1,04%
	18-23	134	69,43%
	23-28	51	26,42%
	28-30	3	1,55%
	>30	3	1,55%
Estado Civil	Soltero	179	92,75%
	Casado	10	5,18%
	Unión Libre	3	1,55%
	Divorciado	1	0,52%
Colegio	Público	16	8,29%
	Privado	177	91,71%
Facultad	Medicina	109	56,48%
	Administración	84	43,52%
Escuela	Nutriología	18	9,33%
	Marketing	8	4,15%
	Negocios Internacionales	57	29,53%
	Odontología	67	34,72%
	Administración	19	9,84%
	Psicología	24	12,44%
Financiamiento de Estudios	Fondos Propios	163	84,46%
	Préstamo IECE	12	6,22%
	Préstamo General	1	0,52%
	Beca Académica	17	8,81%

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 1., podemos observar que, se evaluó a 193 estudiantes, de los cuales el 41.45% fueron hombres (80/193), y el 58.55% fueron mujeres (113/193).

La población estudiada se distribuyó según la edad así: < a 18 años 1.04%(2/193); de 18 a 23 años 69.43%(134/193); de 23 a 28 años 26.42%(51/193); de 28 a 30 años

1.55%(3/193); y > a 30 años 1.55%(3/193). El promedio de edad fue de 22 años (DS 2.99), la media de 21.7, la edad mínima fue de 17.52 y la edad máxima fue de 43.4 años.

De los 193 estudiantes, el 92.75% son solteros (179/193); el 5.18% son casados (10/193); el 1.55% viven en unión libre (3/193); el 0.52% son divorciados (1/193).

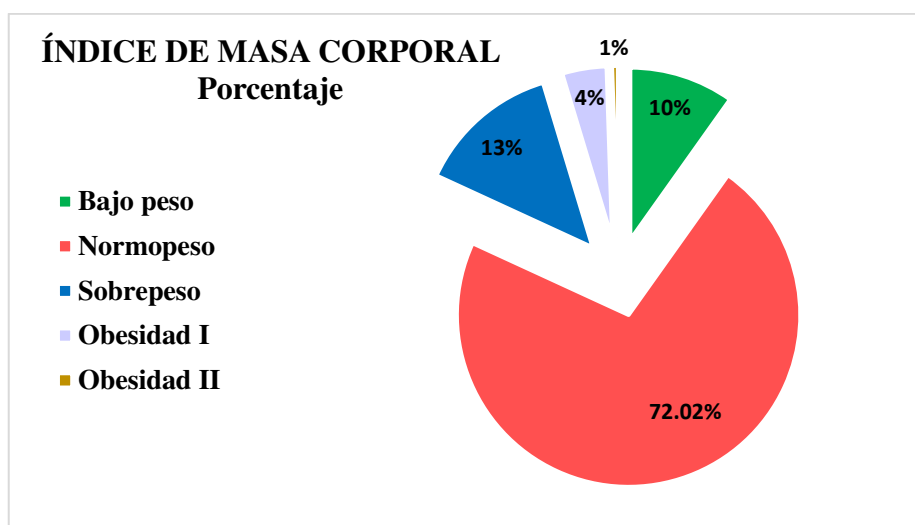
El 8.29% de los estudiantes asistió a un Colegio Público (16/193); el 91.71% asistió a un Colegio Privado (177/193).

El 56.48% de los estudiantes perteneció a la Facultad de Medicina (109/193); el 43.52% perteneció a la Facultad de Ciencias de la Administración (84/193).

Dentro de la Facultad de Medicina, en la Escuela de Nutriología se tomó en cuenta las evaluaciones de 18 estudiantes (9,33%), en la Escuela de Psicología de 24 estudiantes (12.44%), en la Escuela de Odontología de 67 estudiantes. En la Facultad de Ciencias de la Administración, en la Escuela de Marketing se tomó en cuenta las evaluaciones de 8 estudiantes (4.15%), en la Escuela de Negocios Internacionales de 57 estudiantes (29,53%), en la Escuela de Administración de 19 estudiantes (9.84%).

El 84.46% los estudiantes financian sus estudios con fondos propios (163/193); el 6.22% financian sus estudios con préstamo del IECE (12/193); el 0.52% financian sus estudios con un préstamo en general (1/193); el 8.81% de los estudiantes tienen Beca en la UIDE (17/193).

GRÁFICO 1. FRECUENCIA INDICE DE MASA CORPORAL UIDE MARZO-JULIO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Para el cálculo del IMC fue necesario la toma de peso y talla. El peso promedio (media) de todos los estudiantes fue de 61.4 kg, con una desviación estándar de 12.3 kg. El peso mínimo fue de 35.5 kg y el peso máximo fue de 111 kg. El promedio (media) de la talla fue de 1.64 m², con una desviación estándar de 0.09 m². La talla mínima fue de 1.37 m² y la talla máxima fue de 1.88 m².

El 9.84% de estudiantes presenta bajo peso (19/193) con un Intervalo de Confianza(IC) del 95% de 6.03% - 14.95%; el 72.02% presenta normopeso (139/193) con un IC 95% de 65.12% - 78.23%; el 13.47% presenta sobrepeso (26/193) con un IC 95% de 8.99% - 19.11%; el 4.15% presenta obesidad I (8/193) con un IC 95% de 1.81% - 8.00%; el 0.52% presenta obesidad II (1/193) con un IC 95% de 0.01% - 2.85%. El promedio del IMC del total de los estudiantes fue de 22.66. El IMC mínimo fue 16.60 y el IMC máximo fue 35.05; con una desviación estándar de 3.37.

TABAL2. FRECUENCIA INSATISFACCIÓN CON EL PESO ACTUAL, INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, BURLA ACERCA DEL PESO Y HACER DIETA. UIDE MARZO-JULIO 2013.

Variable	Frecuencia absoluta N=193	Frecuencia relativa	Intervalo de confianza
Insatisfacción del peso actual	101	52,33%	40,45% - 54,96%
Insatisfacción de la imagen corporal	105	54,40%	47,10% - 61,57%
Distorsión de la imagen corporal	65	33,68%	27,05% - 40,82%
Tipo de distorsión			
Por encima del IMC actual	43	66.15%	53.35% – 77.43%
Por debajo del IMC actual	22	33.85%	22.57% - 46.65%
Burla acerca del peso.	65	33,68%	27,05% - 40,82%
Frecuencia de burla acerca del peso			
< a una vez al año	27	39,71%	28,03% - 52,3%
Varias veces al año	32	47,06%	34.83% - 59.55%
Varias veces al mes	5	7,35%	2.43% - 16.33%
Una vez a la semana	4	5,88%	1.635 – 14.38%
Frecuencia en hacer dieta durante el último año			
Nunca	104	53.89%	46.58% - 61.07%
1 a 4 veces	74	38.34%	31.45% - 45.60%
5 a 10 veces	8	4.15%	1.81% - 8.00%
Más de 10 veces	2	1.04%	0.13% - 3.69%
Siempre a estado a dieta	5	2.59%	0.85% - 5.94%
Práctica de Actividad Física			
0a3días	138	71.5%	64.58% - 77.75%
4a6 días	47	24.35%	18.48% - 31.04%
7días	8	4.15%	1.8% - 8.00%
Práctica de Ejercicios de fortalecimiento y tonificación			
de Leve(0a3 días)	163	84.86%	78.56% - 89.26%
y Moderada(4a6 días)	26	13.47%	8.99% - 19.11%
Alta (7 días)	4	2.07%	0.57% - 5.22%

En la tabla 2., se observa que el 52.33% de los estudiantes de la UIDE (101/193) no está satisfecho con su peso actual; el 54.40% presenta insatisfacción de la imagen corporal (105/193); el 33.68% presenta distorsión de la imagen corporal (65/193). Según el tipo de

distorsión, el 66.15% de los estudiantes presenta una distorsión por encima del IMC actual (43/65) y el 33.85% de los presenta una distorsión por debajo del IMC actual (22/65).

El 33,68% del total de los estudiantes (65/193) afirman que se han burlado o molestado acerca de su peso. El 5.88% de los estudiantes (4/68) contestó que al menos una vez por semana se los han burlado acerca de su peso; el 7.35% varias veces al mes (5/68); al 39.71% menos de una vez al año (27/68) y al 47.06% varias veces al año (32/68). Si bien se observa hay una diferencia en el total de la frecuencia de aquellos a quienes se les han burlado acerca del peso (65) con la frecuencia de la burla acerca del peso (68), pues algunos pudieron contestar que no se les han burlado acerca de su peso y en la frecuencia indicaron que menos de una vez al año se le han burlado acerca de su peso, lo explica esa diferencia.

El 2.59% de los estudiantes afirma que siempre ha estado a dieta durante el último año (5/193); el 1.04% ha hecho dieta más de diez veces al año (2/193); el 4.15% ha estado a dieta de cinco a diez veces al año (8/193); 38,34% ha estado a dieta de una a cuatro veces al año (74/193); 53,89% nunca ha estado a dieta (104/193).

De acuerdo a la práctica de actividad física, el 24,35% de los estudiantes (47/193) realizan actividad física de 4 a 6 días por semana. El 4.15% (8/193) realizan actividad física 7 días por semana. El 71.5%(138/193) realizan actividad física de 0 a 3 días por semana.

El 84,46% de los estudiantes (163/193) realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación de 0 a 3 días por semana (leve); el 13.47% (26/193) realizan de 4 a 6 días por semana (moderada); el 2.07% (4/193) realizan 7 días a la semana (alta).

TABLA 3. FRECUENCIA DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.

VARIABLES Prácticas no saludables para el control de peso.	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Intervalo de confianza	
Saltar comidas como no desayunar, almorzar o cenar.	81	41.97%	34.92% - 49.27%	
Comer muy poco	37	19.17%	13.87% - 25.44%	
Usar algún sustituto de alimento como polvos o batidos promocionados para perder peso.	14	7.25%	4.02% - 11.87%	
Fumar más cigarrillos	27	13.99%	9.43% - 19.7%	
Utilizar laxantes	9	4.66%	2.15% - 8.67%	
Utilizar diuréticos	4	2.07%	0.57% - 5.22%	
Utilizar pastillas para adelgazar	11	5.70%	2.88% - 9.97%	
Vomitarse después de comer(cuestionario EAT26)	Frecuentemente	2	1.04%	0.13% - 3.69%
	Algunas veces	3	1.55%	0.32% - 4.48%
	Rara vez	8	4.15%	1.81% - 8.00%
	Nunca	178	92.23%	87.51% - 95.58%
	No responde	2	1.04%	0.13% - 3.69%
Provocarse el vómito o usar otra medida purgativa por sentirse demasiado lleno(cuestionario SCOFF)	9	4.66%	2.15% - 8.67%	

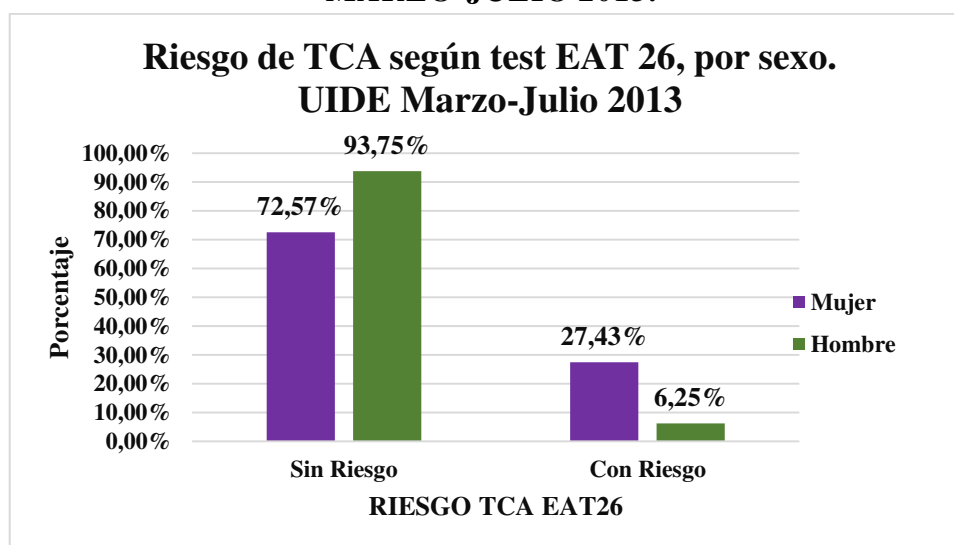
Fuente: Encuesta UIDE 2013

En la tabla 3., observamos la frecuencia con la que cada estudiante ha usado cada una de las prácticas no saludables para el control de peso. Así tenemos que el 41,97%(81/193) ha saltado comidas con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso durante el último año. El 19.17%(37/193) de los estudiantes come muy poco con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso durante el último año. El 7.25%(14/193) ha usado algún sustituto de alimento como polvos o batidos promocionados para perder peso,

esto con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso en el último año. El 13,99%(27/193) ha fumado más cigarrillos con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso en el último año.

La frecuencia con la que los estudiantes han usado prácticas extremas no saludables para el control de peso, tenemos que el 2.07% de los estudiantes (4/193) ha utilizado diuréticos con el objetivo de perder peso o mantenerlo. El 4,66% (9/193) ha utilizado laxantes con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso durante el último año. El 5.7% (11/193) ha utilizado pastillas para adelgazar con el objetivo de perder peso o evitar ganar peso durante el último año. Según el cuestionario SCOFF, el 4.66% de los estudiantes (9/193) ha utilizado el vómito u otra medida purgativa cuando se ha sentido demasiado lleno. El cuestionario EAT 26, demostró que el 1,04% de los estudiantes (2/193) frecuentemente vomita después de comer; el 4.15%(8/193) rara vez lo hace; el 1.55%(3/193) algunas veces lo hace; el 92,23% (178/193) nunca lo hace y el 1,04% no contesto (2/193).

GRÁFICO 2. RIESGO DE TCA SEGÚN TEST EAT 26, POR SEXO. UIDE MARZO-JULIO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En el estudio se encontró que el 27,43% de mujeres (31/113) y el 6.25% (5/80) de hombres de los estudiantes de la UIDE, presentan riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria de acuerdo al cuestionario EAT 26. Existe asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de desarrollar un TCA y el sexo según el X^2 13.85 y el valor $p=0.00019$ (<0.05).

TABLA 4. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística
		N=193	36	18.65%	Nivel de significancia
Riesgo TCA EAT 26					
Edad	<18	2	0	-	X ² 2,0661 p=0,7236 Chi-cuadrado no válido
	18-23	134	27	20.15%	
	23-28	51	8	15.68%	
	28-30	3	1	33.33%	
	>30	3	0	-	
Estado Civil	Soltero	179	34	18.99%	X ² 7,094 p=0,069 Chi-cuadrado no válido
	Casado	10	0	-	
	Unión Libre	1	0	-	
	Divorciado	3	2	66.67%	
Colegio	Público	16	6	37.5%	X ² 4.0842 p=0.0432
	Privado	177	30	16.94%	
Facultad	Medicina	109	21	19.27%	X ² 0,0621 p=0,803
	Administración	84	15	17.86%	
Escuela	Nutriología	18	6	33.33%	X ² 5,3987 p=0,3692 Chi-cuadrado no válido
	Marketing	8	0	-	
	Negocios Internacionales	57	12	21.05%	
	Odontología	67	10	14.90%	
	Administración	19	3	15.79%	
	Psicología	24	5	20.83%	
Financiamiento de Estudios	Fondos Propios	163	32	19.63%	X ² 1,1858 p=0,7564 Chi-cuadrado no válido
	Préstamo IECE	12	1	8.33%	
	Préstamo General	1	0	-	
	Beca Académica	17	3	17.65%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Como se puede observar en la tabla 4., aquellos entre 28 y 30 años tienen más riesgo de desarrollar un TCA, con un 33.33%(1/3). Aquellos entre 18 y 23 años, el 20.15%(27/134) presenta riesgo de desarrollar un TCA; aquellos entre 23 y 28 años, el 15.68%(8/51) presenta riesgo de desarrollar un TCA. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad con el riesgo de tener un TCA.

De acuerdo al estado civil, se encontró que los estudiantes divorciados presentan más riesgo de tener un TCA, con un 66,67%(2/3), y los estudiantes que se encuentran solteros, el 18.99%(34/179) presenta riesgo de tener un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil con el riesgo de desarrollar un TCA.

Los estudiantes que asistieron a un Colegio Público presentan más riesgo de desarrollar un TCA, con un 37.5%(6/16); mientras que los que asistieron a un Colegio Privado, presentan un 16.94%(30/177) de riesgo de tener un TCA. Se demuestra que existe asociación estadísticamente significativa entre tipo de Colegio y el riesgo de presentar un TCA, como se puede observar con el X^2 4.0842 y el valor $p=0.0432$ (<0.05).

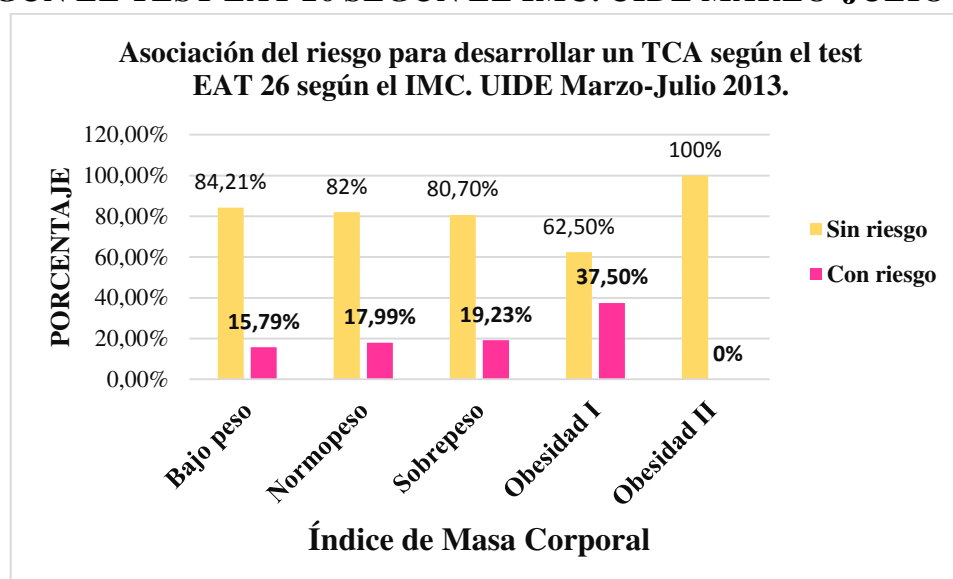
De acuerdo a la Facultad, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar un TCA, pero como se observa en la tabla, los estudiantes de la Facultad de Medicina presentan un 19.27%(21/109) de riesgo de tener un TCA, a comparación de los estudiantes de la Facultad de Administración que presentan un 17,86%(15/84) de riesgo de tener un TCA.

Según la escuela, en la escuela de Nutriología se encontró un 33.33%(6/18) de riesgo de desarrollar un TCA, es el mayor porcentaje comparado con las otras escuelas. Los estudiantes de Nutrición suelen estar controlando su peso regularmente y tiene mayor presión psicosocial para estar en un estado nutricional eutrófico. (Pino J. Luis, et al., 2010).

Debido a esto sus conductas alimentarias pueden verse descontroladas, lo que puede conducir al desarrollo de un TCA. En la escuela de Negocios Internacionales se encontró un 21.05%(12/57) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Psicología se encontró un 20,83%(5/24) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Administración se encontró un 15.79%(3/19) de riesgo de tener un TCA; en la escuela de Odontología se encontró un 14.90%(10/67) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Marketing no se encontró riesgo de tener un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre la escuela y el riesgo de presentar un TCA.

De acuerdo al financiamiento de estudios, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar un TCA, pero se encontró que aquellos que financian sus estudios con fondos propios, un 19,63%(32/163) presenta riesgo de tener un TCA, a comparación con los que tienen beca académica, se encontró un 17,65%(3/17) de riesgo de desarrollar un TCA; aquellos que financian sus estudios con préstamo del IECE, se encontró un 8.3%(1/12) de riesgo de desarrollar un TCA.

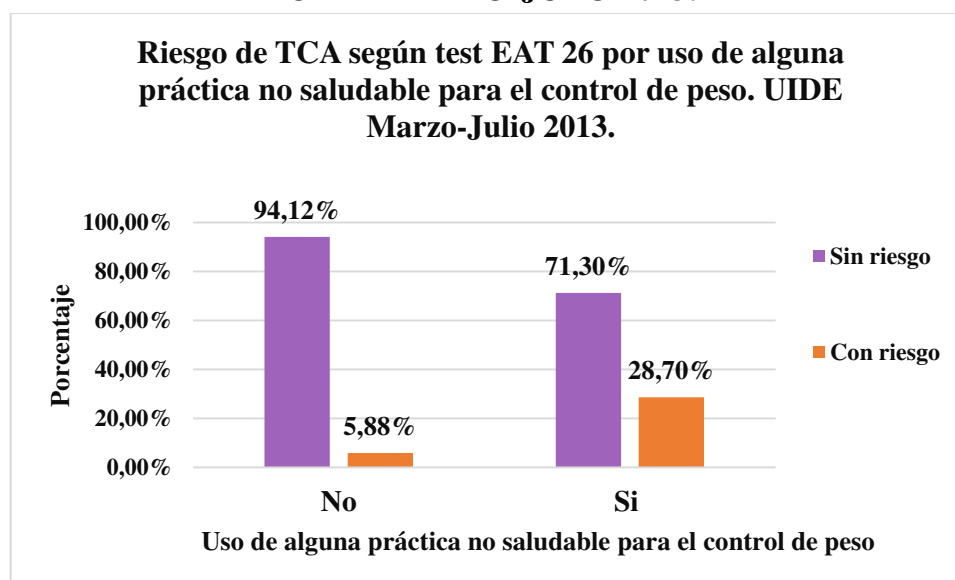
GRÁFICO 3. ASOCIACIÓN DEL RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 SEGÚN EL IMC. UIDE MARZO-JULIO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

De acuerdo al IMC actual, el 15.79% de los estudiantes que tienen peso bajo (3/19) presentan riesgo de tener un TCA; 17.99% de aquellos que tienen peso normal (25/139) presentan riesgo de tener un TCA; el 19.23% de los estudiantes que tienen sobrepeso (5/26) tienen riesgo de desarrollar un TCA; el 37.5% de aquellos que presentan obesidad I (3/8) están en riesgo de tener un TCA. A pesar de que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables debido a que la prueba Chi cuadrado no fue válida ya que se encontraron valores esperados < a 5, se encontró una tendencia de que a medida que aumenta el peso, aumenta el riesgo de desarrollar un TCA, como se observa en el gráfico 3., aquellos que tienen más peso, su porcentaje de riesgo para un TCA es mayor.

GRÁFICO 4. RIESGO DE TCA SEGÚN TEST EAT 26 POR USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

El 28,7% de estudiantes (31/108) que si usan alguna práctica no saludable para el control de peso están en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria de acuerdo al cuestionario EAT 26. Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de desarrollar un TCA según el cuestionario EAT 26 con el uso

de alguna práctica no saludable para el control de peso según el X^2 16,32 y el valor $p=0.000054$ (<0.05).

TABLA 5. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y DISTINTAS VARIABLES.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística
		N=193	36	18.65%	Nivel de significancia
Riesgo TCA EAT 26					
Insatisfacción de la imagen corporal	SI	105	30	28.57%	X^2 14.9 $p=0.00011$.
	NO	88	6	6.81%	
Satisfacción con el peso actual	SI	92	8	8.69%	X^2 11.48 $p=0.0007$.
	NO	101	28	27.72%	
Distorsión de la imagen corporal.	SI	65	13	20%	X^2 0.11 $p=0.73$.
	NO	128	23	17.97%	
Hacer dieta de (1 a 4 veces a siempre esta dieta)	SI	89	33	37.07%	X^2 36,956 $P=0.000$
	NO	104	3	2.88%	
Frecuencia de hacer dieta durante el último año.	Nunca	104	3	2.88%	X^2 56.262 $p=0$ Chi-cuadrado no válido
	1 a 4 veces	74	22	29.7%	
	5 a 10 veces	8	5	62.5%	
	Más de 10 veces	2	1	50%	
	Siempre a dieta	5	5	100%	
Burla acerca del peso	SI	65	17	26.15%	X^2 3,7806 $p=0,151$ Chi cuadrado no válido
	NO	127	19	14.96%	
	No contesta	1	0	-	
Práctica de Actividad Física	0 a 3 días/s	138	25	18.11%	X^2 1.9815 $p=0.3713$. Chi-cuadrado no válido
	4 a 6 días/s	47	8	17.02%	
	7 días/s	8	3	37.5%	
Práctica de Ejercicios de fortalecimiento y tonificación	Leve 0 a 3 días/s	163	31	19%	X^2 0,9373 $p=0,6259$ Chi-cuadrado no válido
	Moderada 4 a 6 días/s	26	5	19.23%	
	Alta 7 días/s	4	0	-	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Los estudiantes que están insatisfechos con su imagen corporal, el 28.57%(30/105) presenta riesgo de desarrollar un TCA; mientras que los que no están insatisfechos con su imagen corporal, el 6.81% presenta riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre la insatisfacción de la imagen corporal con el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 14.9 y el valor $p=0.00011$ (<0.05).

La satisfacción con el peso actual muestra que aquellos que no están satisfechos con su peso, el 27.72%(28/101) tiene riesgo de desarrollar un TCA, mientras que los que si están satisfechos con su peso, el 8.69%(8/92) está en riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con el peso y el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 11.48 y el valor $p=0.0007$ (<0.05).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la distorsión de la imagen corporal con el riesgo de desarrollar un TCA. Aquellos que si presentan distorsión, el 20%(13/65) está en riesgo de tener un TCA; los que no presentan distorsión el 17.97%(23/128) está en riesgo de tener un TCA.

De acuerdo al hacer dieta (de 1 a 4 veces a siempre estar a dieta), el 37,07% de aquellos que si han hecho dieta (33/89), está en riesgo para desarrollar un TCA; mientras que el 2.88% que no ha hecho dieta (3/104), está en riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre el hacer dieta con el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 36,956 y el valor $p=0.000$ (<0.05).

La frecuencia en hacer dieta no se asocia con el riesgo de desarrollar un TCA, pero se encontró que, en aquellos que han hecho dieta al menos de 1 a 4 veces al año, hay un 29.7%(22/74) de riesgo de tener un TCA; aquellos que han hecho dieta de 5 a 10 veces en el año, un 62.5%(5/8) está en riesgo de tener un TCA; aquellos que han hecho dieta más de 10 veces año, hay un 50%(1/2) de riesgo de tener un TCA. En los que siempre han estado a

dieta durante el año, hay un 100%(5/5) de riesgo de desarrollar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $< a 5$.

No se encontró asociación entre la burla acerca del peso con el riesgo de desarrollar un TCA. Aquellos a los que si se les han burlado o molestado con el peso, el 26.15%(17/65) presenta riesgo de presentar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $< a 5$.

La práctica de actividad física no se asocia con el riesgo de desarrollar un TCA. Aquellos que practican actividad física de 0 a 3 días por semana, el 18.11%(25/138) presenta riesgo de tener un TCA; los que practican actividad de 4 a 6 días por semana, el 17.02%(8/47) presenta riesgo de desarrollar un TCA; los que practican actividad física 7 días a la semana, el 37.5%(3/8) está en riesgo de tener un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $< a 5$.

La práctica de ejercicios de fortalecimiento y tonificación no se asocia con el riesgo de desarrollar un TCA. Aquellos que practican de 0 a 3 días por semana (leve), el 19%(31/163) está en riesgo de presentar un TCA; los que practican de 4 a 6 días por semana (moderada), el 19.23%(6/26) está en riesgo de desarrollar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $< a 5$.

TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST EAT 26 CON EL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística
Prácticas saludables	no	Uso de práctica no saludable	N=193		Nivel de significancia
Saltar comidas como no desayunar, almorzar o cenar	Si riesgo	25	36	69.44%	X ² 13,717 p= 0.00021
	No riesgo	56	157	35.67%	
Comer muy poco	Si riesgo	17	36	47.2%	X ² 22,4726 p=0,000003
	No riesgo	20	157	12.74%	
Utilizar pastillas para adelgazar	Si riesgo	5	36	13.8%	X ² 5,7145 p=0,0574 Chi-cuadrado no válido
	No riesgo	6	157	3.82%	
Usar algún sustituto de alimento como polvos o batidos diseñados para perder peso	Si riesgo	7	36	19.4%	X ² 9,7755 p=0,0017
	No riesgo	7	157	4.45%	
Utilizar diuréticos	Si riesgo	3	36	8.33%	X ² 8,5470 p=0,00346
	No riesgo	1	157	0.64%	
Utilizar laxantes	Si riesgo	6	36	16.67%	X ² 14,3426 p=0,000153
	No riesgo	3	157	1.91%	
Fumar cigarrillos	Si riesgo	8	36	22.2%	X ² 2,4927 p=0,11437
	No riesgo	19	157	12.10%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Como se puede observar en la tabla 6., de acuerdo al uso de cada práctica no saludable para el control de peso y la relación con el riesgo de desarrollar un TA según el cuestionario EAT 26, el 69.44% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA si

han practicado saltar comidas como no desayunar, almorzar o cenar para perder o evitar ganar peso durante el último año(25/36), se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa, como se puede observar con el X^2 13,717 y el valor $p=0.00021$ (<0.05) entre el uso de esta práctica con el riesgo de desarrollar un TA.

El 47.22% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, ha comido muy poco para perder o evitar ganar peso durante el último año (17/36); se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el comer muy poco para perder peso o evitar ganar peso con el riesgo de desarrollar un TA, como se puede observar con el X^2 22,4726 y el valor $p=0,000003$ (<0.05).

El 13.89% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA ha utilizado pastillas para adelgazar durante el último año (5/36); no existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de pastillas para adelgazar y el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 5,7145 y el valor $p=0,0574$. La prueba Chi-cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $<a$ 5.

El 19.44% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, usó algún sustituto de alimento como polvos o batidos diseñados para perder peso (7/36). Existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de algún sustituto de alimento como polvos o batidos diseñados para perder peso con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 9,7755 y el valor $p=0,0017$ (<0.05).

El 8.33% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, utilizó diuréticos para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (3/36). Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de diuréticos con el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 8,5470 y el valor $p=0,00346$ (<0.05).

El 16.67% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, utilizó laxantes para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (6/36). Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de laxantes con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 14,3426 y el valor $p=0,000153(<0.05)$.

El 22.2% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, fumó más cigarrillos para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (8/36). Se demuestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el fumar más cigarrillos con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 2,4927 y el valor $p=0,11437(<0.05)$.

TABLA 7. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística Nivel de significancia
Riesgo SCOFF	TA	N=193	77	39.90%	
Sexo	Masculino	80	27	33.75%	X^2 2.15 $p=0,14$
	Femenino	113	50	44.25%	
Edad	<18	2	0	-	X^2 4.2991 $P=0.367$ Chi-cuadrado no válido
	18-23	134	55	41.04%	
	23-28	51	20	39.2%	
	28-30	3	2	66.6%	
	>30	3	0	-	
Estado Civil	Soltero	179	68	37.98%	4,3602 $p=0,2251$ Chi-cuadrado no válido
	Casado	10	6	60%	
	Unión Libre	1	1	100%	
	Divorciado	3	2	66.67%	
Colegio	Público	16	9	56.25%	X^2 1,9458 $p=0.1630$
	Privado	177	68	38.4%	
Facultad	Medicina	109	40	36.7%	X^2 1.0689 $p=0,3011$.
	Administración	84	37	44.04%	
Escuela	Nutriología	18	10	55,5%	

	Marketing	8	3	37,50%	X ² 8,0114 p=0,1556. Chi- cuadrado no válido
	Negocios Internacionales	57	29	50,88%	
	Odontología	67	22	32,84%	
	Administración	19	5	26,32%	
	Psicología	24	8	33,33%	
Financiamiento de Estudios	Fondos Propios	163	67	41.10%	X ² 1,1287 p=0,7702 Chi- cuadrado no válido
	Préstamo IECE	12	4	33.33%	
	Préstamo General	1	0	-	
	Beca Académica	17	6	35.29%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 7., se observa que el 44,25% de mujeres (50/113) y el 33.75%(27/80) de hombres de los estudiantes de la UIDE, presentan riesgo de desarrollar un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre sexo y el riesgo según el cuestionario SCOFF, como se observa con el X² 2.15 y el valor p=0,14(<0.05).

De acuerdo a la edad, aquellos entre 28 y 30 años tienen más riesgo de desarrollar un TCA, con un 66.6%(2/3). Aquellos entre 18 y 23 años, el 41.04%(55/134) presenta riesgo de desarrollar un TCA; aquellos entre 23 y 28 años, el 39.2%(20/51) presenta riesgo de desarrollar un TCA. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad con el riesgo de tener un TCA.

Los estudiantes que presentan riesgo de desarrollar un TCA según el cuestionario SCOFF, el 37,99% es soltero (68/179); el 60% es casado (6/10); el 100 % es divorciado (1/1); el 66.67% vive en unión libre (2/3). No existe asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de desarrollar un TA con el estado civil según el X² 4.36 y p=0,2251

Igualmente que con el cuestionario EAT 26 se encontró que los estudiantes que asistieron a un Colegio Público presentan más riesgo de desarrollar un TCA, con un 56.25%(9/16); mientras que los que asistieron a un Colegio Privado, presentan un 38.4%(68/177) de riesgo de tener un TCA. Con el cuestionario SCOFF, no existe asociación estadísticamente significativa entre tipo de Colegio y el riesgo de presentar un TCA.

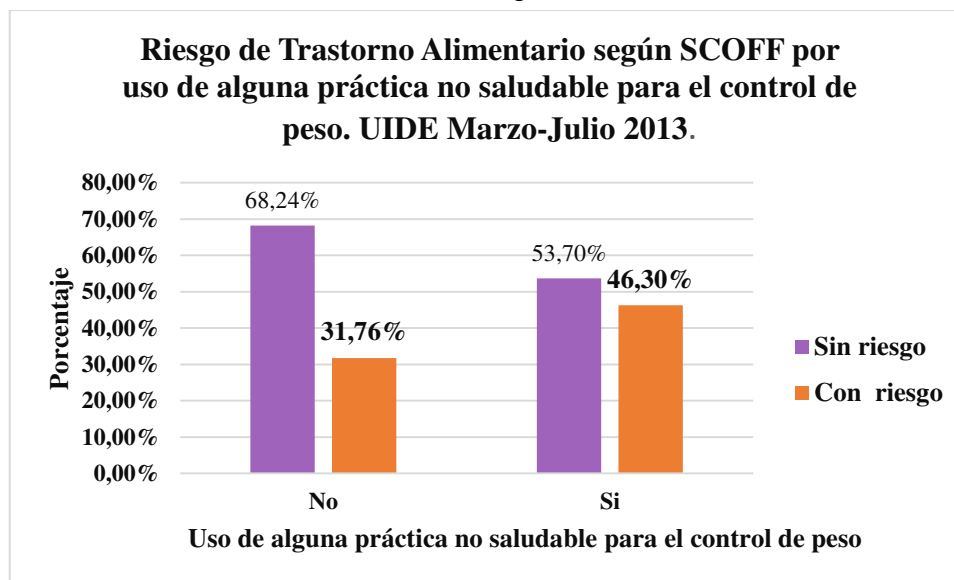
De acuerdo a la Facultad, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar un TCA, pero como se observa en la tabla, los estudiantes de la Facultad de Administración presentan más riesgo de tener un TCA, con un 44.04%(37/84), a comparación de los estudiantes de la Facultad de Medicina que presentan un 36.7%(40/109) de riesgo de tener un TCA.

Según la escuela, en la escuela de Nutriología se encontró un 55.5%(10/18) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Negocios Internacionales se encontró un 50.88%(29/57) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Psicología se encontró un 33.33%(8/24) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Administración se encontró un 26.32%(5/19) de riesgo de tener un TCA; en la escuela de Odontología se encontró un 32.84%(22/67) de riesgo de desarrollar un TCA; en la escuela de Marketing se encontró un 37.5%(3/8) de riesgo de tener un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre la escuela y el riesgo de presentar un TCA.

De acuerdo al financiamiento de estudios, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar un TCA; pero se encontró que aquellos que financian sus estudios con fondos propios, un 41.10%(67/163) presenta riesgo de tener un TCA, a comparación con los que tienen beca académica, se encontró un

35.29%(6/17) de riesgo de desarrollar un TCA; aquellos que financian sus estudios con préstamo del IECE, hay un 33.33%(4/12) de riesgo de desarrollar un TCA.

GRÁFICO 5. RIESGO DE TCA SEGÚN EL TEST SCOFF POR USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

El 46,3% de los estudiantes (50/108) que si usan alguna práctica no saludable para el control de peso están en riesgo de desarrollar un TA de acuerdo al cuestionario SCOFF. Existe asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de tener un TA según el cuestionario SCOFF con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso según el $X^2=4.1887$ y el valor $p=0.0406$. (<0.05).

TABLA 8. ASOCIACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF ON VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y DISTINTAS VARIABLES.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Prueba estadística	Nivel de significancia
Riesgo TA SCOFF	N=193	77	39.9%	
IMC Actual	Bajo peso	19	4	21.05%
	Normo peso	139	51	36.69%
	Sobrepeso	26	17	65.38%
				$X^2=12.8216$ $p=0.0122$

	Obesidad I	8	5	62.5%	Chi-cuadrado no válido.
	Obesidad II	1	0	-	
Insatisfacción de la imagen corporal	SI	105	53	50.4%	X ² 10,74 p=0.0010.
	NO	88	24	27.2%	
Satisfacción con el peso actual	SI	92	19	20.6%	X ² 27,15 p=0.0000013.
	NO	101	58	57.4%	
Distorsión de la imagen corporal	SI	65	29	44.6%	X ² 0,9102 p=0.3400.
	NO	128	48	37.5%	
Hacer dieta(de 1 a 4 veces a siempre esta dieta)	SI	89	51	57.3%	X ² 20,870 p=0.000.
	NO	104	26	25%	
Frecuencia de hacer dieta durante el último año	Nunca	104	26	25%	X ² 25,6842 p=0 Chi-cuadrado no válido
	1 a 4 veces	74	39	52.7%	
	5 a 10 veces	8	7	87.5%	
	Más de 10 veces	2	1	50%	
	Siempre a dieta	5	4	80%	
Burla acerca del peso	SI	65	39	60%	X ² 16,8891 P=0,0002 Chi-cuadrado no válido
	NO	127	38	29.92%	
	No contesta	1	0	-	
Práctica de Actividad Física	0 a 3 días/s	138	54	39.13%	X ² 0,3798 p=0,827 Chi-cuadrado no válido
	4 a 6 días/s	47	19	40.43%	
	7 días/s	8	4	50%	
Práctica de Ejercicios de fortalecimiento y tonificación	Leve 0 a 3 días/s	163	69	42.33%	X ² 2,5981 P=0,2728 Chi-cuadrado no válido
	Moderada 4 a 6 días/s	26	7	26.9%	
	Alta 7 días/s	4	1	25%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 8., podemos observar que según el IMC actual, el 21.05% de los estudiantes que tienen peso bajo (4/19) presentan riesgo de tener un TCA; 36.69% de aquellos que tienen peso normal (51/139) presentan riesgo de tener un TCA; el 65.38% de los estudiantes que tienen sobrepeso (17/26) tienen riesgo de desarrollar un TCA; el 62.5% de aquellos que presentan obesidad I (5/8) están en riesgo de tener un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre el IMC con el riesgo de presentar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados < a 5.

El 50.4% de los estudiantes que están insatisfechos con su imagen corporal (53/105), presenta riesgo de desarrollar un TCA; mientras que el 27.2% de los que no están insatisfechos con su imagen corporal (24/88), presenta riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre la insatisfacción de la imagen corporal con el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 10.74 y el valor $p=0.0010$ (<0.05).

La satisfacción con el peso actual muestra que, el 57.4% de aquellos que no están satisfechos con su peso (58/101) tiene riesgo de desarrollar un TCA, mientras que el 20.6% que si están satisfechos con su peso, (19/92) está en riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con el peso y el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 27,15 y el valor $p=0.0000013$. (<0.05).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la distorsión de la imagen corporal con el riesgo de desarrollar un TCA de acuerdo al cuestionario SCOFF. El 44.6% que presenta distorsión (48/65) está en riesgo de tener un TCA; el 37.5% de los que no presentan distorsión (51/128) está en riesgo de tener un TCA.

El hacer dieta (de 1 a 4 veces a siempre estar a dieta durante el año), indica que el 57.3% de los estudiantes que ha hecho dieta (51/89) está en riesgo de desarrollar un TCA; mientras que el 25% de aquellos que no han estado a dieta (26/104), presenta riesgo de tener un TCA. Existe asociación estadísticamente significativa entre el hacer dieta con el riesgo de desarrollar un TCA según el X^2 20.870 y el valor $p=0.000$ (<0.05).

La frecuencia en hacer dieta no se asocia con el riesgo de desarrollar un TCA. Se encontró que, el 52.7% de aquellos que han hecho dieta al menos de 1 a 4 veces al año (39/74) tiene riesgo de desarrollar un TCA; el 87.5% de aquellos que han hecho dieta de 5 a 10 veces en el año (7/8) está en riesgo de tener un TCA; el 50% de aquellos que han hecho dieta más de 10 veces al año (1/2) está en riesgo de tener un TCA; el 80% de los que

siempre han estado a dieta durante el año (4/5) tiene riesgo de desarrollar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a 5$.

La burla acerca del peso no se asocia con el riesgo de presentar un TCA de acuerdo al cuestionario SCOFF. El 60% de los estudiantes a los que si se les han burlado (39/65), está en riesgo de desarrollar un TCA, mientras que el 29.92% de los que no se los han burlado acerca de su peso (38/127), tiene riesgo de desarrollar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a 5$.

Igualmente, la práctica de actividad física no tiene asociación con el riesgo de tener un TCA. El 39.13%(54/138) de aquellos que realizan actividad física de 0 a 3 días a la semana está en riesgo de desarrollar un TCA. El 40.43%(19/47) de aquellos que realizan actividad física de 4 a 6 días por semana está en riesgo de detener un TCA. El 50%(4/8) de quienes realizan actividad física 7 días a la semana está en riesgo de presentar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a 5$.

El 42.33%(69/163) de los estudiantes que practican de 0 a 3 días ejercicios de fortalecimiento y tonificación (leve), está en riesgo de desarrollar un TCA. El 26.9%(7/26) de quienes realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación 4 a 6 días a la semana (moderada) presenta riesgo de tener un TCA. El 25%(1/4) de aquellos que realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación 7 días a la semana (alta) está en riesgo de desarrollar un TCA. No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de ejercicios de fortalecimiento y tonificación y el riesgo de desarrollar un TCA. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a 5$.

TABLA 9. ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA SEGÚN EL TEST SCOFF CON EL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO.

Prácticas saludables	no	Frecuencia absoluta		N=193	Frecuencia relativa	Prueba estadística Nivel de significancia
		Riesgo TA SCOFF	Uso de práctica no saludable			
Saltar comidas como desayuno, almorzar o cenar	no	Si riesgo	42	77	54.5%	X ² 8,320 p= 0.00392
		No riesgo	39	116	33.62%	
Comer muy poco		Si riesgo	21	77	27.27%	X ² 5,4267 p=0,0198
		No riesgo	16	116	13.79%	
Utilizar pastillas para adelgazar		Si riesgo	5	77	6.49%	X ² 0,8066 p=0,6681 Chi-cuadrado no válido
		No riesgo	6	116	5.17%	
Usar sustituto de alimento polvos o batidos diseñados para perder peso	algún de como batidos para	Si riesgo	11	77	14.29%	X ² 9,4159 p=0,0021
		No riesgo	3	116	2.59%	
Utilizar diuréticos		Si riesgo	4	77	5.19%	X ² 6,1535 p=0,0131
		No riesgo	0	116	-	
Utilizar laxantes		Si riesgo	7	77	9.09%	X ² 5,6494 p=0,0174
		No riesgo	2	116	1.72%	
Fumar cigarrillos	más	Si riesgo	13	77	16.88%	X ² 0,8914 p=0,3450
		No riesgo	14	116	12.06%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Como se puede observar en la tabla 9., de acuerdo al uso de cada práctica no saludable para el control de peso y la relación con el riesgo de desarrollar un TA según el cuestionario SCOFF, el 54.55% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA,

han practicado saltar comidas como no desayunar, almorzar o cenar para perder o evitar ganar peso durante el último año (42/77); se demuestra que existe asociación estadísticamente significativa, como se puede observar con el X^2 8,320 y el valor $p=0.00392$ (<0.05) entre el uso de esta práctica con el riesgo de desarrollar un TA.

El 27.27% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, ha comido muy poco para perder o evitar ganar peso durante el último año (21/77); se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el comer muy poco para perder peso o evitar ganar peso con el riesgo de desarrollar un TA, como se puede observar con el X^2 5,4267 y el valor $p=0,0198(<0.05)$.

El 6.49% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA ha utilizado pastillas para adelgazar durante el último año (5/77); no existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de pastillas para adelgazar y el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 0,8066 y el valor $p=0,6681$. La prueba Chi-cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $<$ a 5.

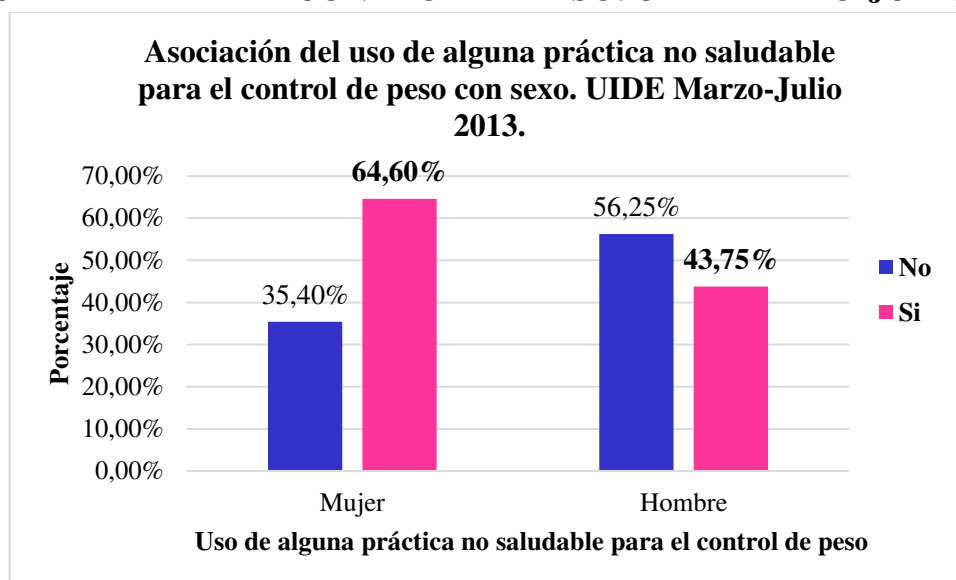
El 14.29% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, usó algún sustituto de alimento como polvos o batidos diseñados para perder peso (11/77); se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de algún sustituto de alimento como polvos o batidos diseñados para perder peso con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 9,4159 y el valor $p=0,0021(<0.05)$.

El 5.19% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, utilizó diuréticos para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (4/77). Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de diuréticos con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 6,1535 y el valor $p=0,0131(<0.05)$.

El 9.09% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, utilizó laxantes para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (7/77). Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el uso de laxantes con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 5,6494 y el valor $p=0,0174(<0.05)$.

El 16.88% de los estudiantes que presentan riesgo de tener un TA, fumó más cigarrillos para perder peso o evitar ganar peso durante el último año (13/77). Se demuestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el fumar más cigarrillos con el riesgo de desarrollar un TA según el X^2 0,8914 y el valor $p=0,3450 (<0.05)$.

GRÁFICO 6. ASOCIACIÓN DEL USO DE ALGUNA PRÁCTICA NO SALUDABLE PARA EL CONTROL DE PESO. UIDE MARZO-JULIO 2013.



Fuente: Encuesta UIDE 2013.

El 64,6%(73/113) de mujeres usan alguna práctica no saludable para el control de peso; mientras que el 43,75%(35/80) de los hombres usan alguna práctica no saludable para el control de peso. Existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso con el sexo según el $X^2=8.263$ y el valor $p=0.0040 (<0.05)$. Las mujeres usan más alguna práctica no saludable que los hombres para controlar el peso.

TABLA 10. ASOCIACIÓN DEL USO DE PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO CON DISTINTAS VARIABLES.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística	Nivel de significancia
Uso de alguna práctica no saludable para el control de peso		N=193	108	55.96%		
IMC Actual	Bajo peso	19	11	57.89%	X ² 4,9213 p=0,2955 Chi-cuadrado no válido.	
	Normo peso	139	77	55.39%		
	Sobrepeso	26	13	50%		
	Obesidad I	8	7	87.5%		
	Obesidad II	1	0	-		
Insatisfacción de la imagen corporal	SI	105	71	67.61%	X ² 12.7 p=0.00036.	
	NO	88	37	42.04%		
Satisfacción con el peso actual	SI	92	44	47.82%	X ² 4.71 p=0.029.	
	NO	101	64	63.33%		
Distorsión de la imagen corporal	SI	65	39	60%	X ² 0.64 p=0.42027.	
	NO	128	69	53.9%		
Hacer dieta(1 a 4 veces a siempre está a dieta)	SI	89	68	76.40%	X ² 28,016 p=0.000.	
	NO	104	40	38.46%		
Frecuencia de hacer dieta durante el último año	Nunca	104	40	38.46%	X ² 28,5 y p=0 Chi-cuadrado no válido	
	1 a 4 veces	74	56	75.67%		
	5 a 10 veces	8	6	75%		
	Más de 10 veces	2	2	100%		
	Siempre a dieta	5	4	80%%		
Burla acerca del peso	SI	65	37	56.9%	X ² 1,29 p=0.52 Chi-cuadrado no válido	
	NO	127	71	55.9%		
	No contesta	1	0	-		
Práctica de Actividad Física	0 a 3 días/s	138	81	58.7%	X ² 1,9824 p=0,3711 Chi-cuadrado no válido	
	4 a 6 días/s	47	24	51.06%		
	7 días/s	8	3	37.5%		
Práctica de Ejercicios fortalecimiento y tonificación	Leve 0 a 3 días/s	163	94	57.67%	X ² 2,1236 p=0,3458 Chi-cuadrado no válido	
	Moderada 4 a 6 días/s	26	13	50%		
	Alta 7 días/s	4	1	25%		

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 10., podemos observar que el 55.96% de estudiantes usa alguna práctica no saludable para el control de peso(108/193).

El uso de alguna práctica no saludable no muestra asociación estadísticamente significativa con IMC. Se encontró que el 57.89%(11/19) de quienes tienen peso bajo usan alguna práctica no saludable para controlar su peso; el 55.39%(77/139) de aquellos con peso normal; el 50%(13/26) de aquellos con sobrepeso; el 87.5%(7/8) de aquellos con Obesidad I usan alguna práctica no saludable.

El 67.61% de los estudiantes que están insatisfechos con su imagen corporal usan alguna práctica no saludable para controlar su peso, mientras que el 42.04% de los que no están insatisfechos con su imagen corporal, usan alguna práctica no saludable. Si existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de alguna práctica no saludable y la insatisfacción de la imagen corporal como se observa con el X^2 12.7 y el valor $p=0.00036$ (<0.05).

Según la satisfacción con el peso, el 63.3% de quienes no están satisfechos con su peso actual (69/128) usa alguna práctica no saludable para el control de peso; el 47.82% de quienes si están satisfechos con su peso usa alguna práctica no saludable. Existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de alguna práctica no saludable y la satisfacción con el peso actual como se observa con el X^2 4.71 y el valor $p=0.029$ (<0.05).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la distorsión de la imagen corporal con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso. El 60% de quienes presentan distorsión de su imagen corporal (39/65) usa alguna práctica no saludable para controlar el peso; el 53.9% de quienes no tienen distorsión (69/128) usa alguna práctica no saludable.

El hacer dieta si se asocia con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso según el X^2 28.016 y el valor $p=0.000$ (<0.05). El 76.4% de quienes si han hecho dieta durante el año (68/89), usan alguna práctica no saludable para el control de peso; el 38.46% de quienes no han hecho dieta en el año (40/104), usan alguna práctica no saludable para el control de peso.

La frecuencia en hacer dieta no se asocia con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso. Se encontró que, el 75.67% de aquellos que han hecho dieta al menos de 1 a 4 veces al año (56/74) usa alguna práctica no saludable para el control de peso; el 75% de aquellos que han hecho dieta de 5 a 10 veces en el año(6/8)usa alguna práctica no saludable para el control de peso ; el 100% de aquellos que han hecho dieta más de 10 veces al año (2/2)usa alguna práctica no saludable para el control de peso; el 80% de los que siempre han estado a dieta durante el año (4/5) usa alguna práctica no saludable para el control de peso. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a$ 5.

La burla acerca del peso no se asocia con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso. El 56.9% de los estudiantes a los que si se les han burlado (37/65), usa alguna práctica no saludable para el control de peso; mientras que el 55.9% de los que no se los han burlado acerca de su peso (71/127), usa alguna práctica no saludable para el control de peso. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados $< a$ 5.

La práctica de actividad física no tiene asociación con el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso. El 58.7%(81/138) de aquellos que realizan actividad física de 0 a 3 días a la semana usa alguna práctica no saludable para el control de peso. El 51.06%(24/47) de aquellos que realizan actividad de 4 a 6 días por semana usa alguna

práctica no saludable para el control de peso. El 37.5%(3/8) de quienes realizan actividad física 7 días a la semana usa alguna práctica no saludable para el control de peso. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados < a 5.

El 57.67%(94/163) de los estudiantes que practican de 0 a 3 días ejercicios de fortalecimiento y tonificación (leve), usa alguna práctica no saludable para el control de peso. El 50%(13/26) de quienes realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación 4 a 6 días a la semana (moderada) usa alguna práctica no saludable para el control de peso. El 25%(1/4) de aquellos que realizan ejercicios de fortalecimiento y tonificación 7 días a la semana (alta) usa alguna práctica no saludable para el control de peso. No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de ejercicios de fortalecimiento y tonificación y el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso. La prueba Chi cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados < a 5.

TABLA 11. ASOCIACIÓN ENTRE EL HACER DIETA CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OTRAS VARIABLES.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística Nivel de significancia
Hacer dieta		89	N=193	46.1%	
Sexo	Masculino	26	80	32.5%	X ² 10,191 p=0.001.
	Femenino	63	113	55.75%	
Insatisfacción de la imagen corporal	SI	55	105	52.38%	X ² 3,640 p=0,056
	NO	34	88	38.63%	
Satisfacción con el peso actual	SI	27	92	29.34%	X ² 19,888 p=0.000.
	NO	62	101	61.38%	
Distorsión de la imagen corporal	SI	31	65	47.69%	X ² 0.098 p=0.754.
	NO	58	128	45.31%	
Burla acerca del peso	SI	36	65	55.38%	X ² 4.085 p=0.130
	NO	53	127	41.73%	
	No contesta	0	1	-	

Práctica de Actividad Física	de	0 a 3 días/s	63	138	45.65%	X ² 0.915 p=0.633
		4 a 6 días/s	21	47	44.68%	
		7 días/s	5	8	62.5%	
Práctica de Ejercicios fortalecimiento y tonificación	de	Leve 0 a 3 días/s	77	163	47.23%	X ² 0.720 p=0.698
	y	Moderada 4 a 6 días/s	10	26	38.46%	
		Alta 7 días/s	2	4	50%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 11., se observa que el 46.1% de los estudiantes han hecho dieta durante el año (1 a 4 veces a siempre estar a dieta).

El 32.5% de hombres (26/80) y el 55.75% de mujeres (63/113) de los estudiantes de la UIDE, ha hecho dieta durante el último año. Existe asociación estadísticamente significativa entre el hacer dieta según el sexo como se observa con el X² 10.191 y el valor p=0.001(<0.05).

La insatisfacción de la imagen corporal no tiene asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta. Se encontró que el 52.38% de aquellos que están insatisfechos con su imagen corporal (55/105) ha hecho dieta durante el último año; y el 38.63% de quienes no están insatisfechos con su imagen corporal (34/88) ha hecho dieta durante el último año.

La satisfacción con el peso actual tiene asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta, como se observa con el X² 19.88 y el valor p=0.000. El 61.38% de quienes no están satisfechos con su peso (62/101) ha hecho dieta durante el último año; mientras que el 29.34% de aquellos que si están satisfechos con su peso, ha hecho dieta durante el último año.

El 47.69% de quienes si tienen distorsión de su imagen corporal (31/65) ha hecho dieta durante el último año; el 45.31% de aquellos que no tienen distorsión de su imagen

corporal (58/128) ha hecho dieta durante el último año. La distorsión de la imagen corporal no tiene asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la burla acerca del peso con el hacer dieta. El 55.38% de quienes si se les han burlado o molestado acerca de su peso (36/65) ha hecho dieta durante el último año; el 41.73% de quienes no se les han burlado o molestado acerca de su peso (53/127) ha hecho dieta durante el último año.

La práctica de actividad física no muestra asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta. El 62.5% de aquellos que realizan actividad 7 días a la semana ha hecho dieta durante el último año; el 45.65% de quienes realizan actividad de 0 a 3 días a la semana ha hecho dieta durante el último año; el 44.68% de quienes realizan actividad física de 4 a 6 días a la semana ha hecho dieta durante el último año.

La práctica de ejercicios de fortalecimiento y tonificación no tiene asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta. El 50% de quienes realizan ejercicios 7 días a la semana (alta) ha hecho dieta durante el último año; el 47.23% de quienes realizan ejercicios de 0 a 3 días a la semana (leve) ha hecho dieta durante el último año; el 38.46% de quienes realizan ejercicios 4 a 6 días por semana (moderada) ha hecho dieta durante el último año.

TABLA 12. ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON DISTINTAS VARIABLES

		Frecuencia absoluta					Frecuencia relativa					Prueba estadística	
IMC actual		BP	NP	SP	OB I	OB II	N =193	BP	NP	SP	OB I	OB II	Nivel de significancia
		19	139	26	8	1		9.84%	72%	13.47%	4.14%	0.52%	
Insatisfacción de la imagen corporal	SI	10	71	17	7	0	105	52,63%	51,08%	65,38%	87,50%	-	X ² 6,633 p=0,1566 Chi-cuadrado no válido
	NO	9	68	9	1	1	88	47,37%	48,92%	34,62%	12,50%	100%	
Satisfacción con el peso actual	SI	11	74	5	1	1	92	57,89%	53,24%	19,23%	12,50%	100%	X ² 16,0177 p=0,003 Chi-cuadrado no válido
	NO	8	65	21	7	0	101	42,11%	46,76%	80,77%	87,50%	-	
Distorsión de la imagen corporal	SI	6	36	21	2	0	65	31,58%	25,90%	80,77%	25,00%	-	X ² 30,3939 p=0 Chi-cuadrado no válido
	NO	13	103	5	6	1	128	68,42%	74,10%	19,23%	75,00%	100%	
Hacer dieta(1 a 4 veces a siempre está a dieta)	SI	2	65	15	7	0	89	10,52%	46,76%	57,69%	87,50%	-	X ² 17,480 p=0,002
	NO	17	74	11	1	1	104	89,47%	53,23%	42,30%	12,50%	100%	
Frecuencia de hacer dieta durante el último	Nunca	17	74	11	1	1	104	89,47%	53,23%	42,30%	12,50%	100%	X ² 31,7607 p=0,0107 Chi-
	1 a 4 veces	1	53	14	6	0	74	5,26%	38,12%	53,84%	75%	-	
	5 a 10 veces	1	7	0	0	0	8	5,26%	5,03%	-	-	-	

año	Más de 10 veces	0	1	0	1	0	2	-	0,7 1%	-	12, 5%	-	cuadrado no válido
	Siempre a dieta	0	4	1	0	0	5	-	2,87 %	3,84 %	-	-	
Burla acerca del peso	SI	4	46	10	4	1	65	21,05 %	33,0 9%	38,4 6%	50%	100 %	X ² 4,9529 p=0,762 6 Chi-cuadrado no válido
	NO	15	92	16	4	0	127	78,94 %	66,1 8%	61,5 3%	50%	-	
	No contesta	0	1	0	0	0	1	-	0,71 %	-	-	-	
Práctica de Actividad Física	0 a 3 días/s	17	96	17	7	1	138	89,47 %	69,0 6%	65,3 8%	87,0 5%	100 %	X ² 5,7148 p=0,679 1 Chi-cuadrado no válido
	4 a 6 días/s	2	36	8	1	0	47	10,52 %	25,8 9%	30,7 %	12,5 %	-	
	7 días/s	0	7	1	0	0	8	-	5,0 3%	3,8 4%	-	-	
Práctica de Ejercicios de fortalecimiento y tonificación	Leve 0 a 3 días/s	19	112	24	7	1	163	100 %	80,5 7%	92,3 0%	87,5 %	100 %	X ² 7,9722 p=0,436 2 Chi-cuadrado no válido
	Modorada 4 a 6 días/s	0	24	1	1	0	26	-	17,2 6%	3,84 %	12,5 %	-	
	Alta 7 días/s	0	3	1	0	0	4	-	2,15 %	3,84 %	-	-	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 12., se observa que la insatisfacción de la imagen corporal no tiene asociación significativa con el IMC, al igual que la distorsión de la imagen corporal. La prueba chi-cuadrado no fue válida para determinar la asociación entre la satisfacción con el peso y el IMC debido a que se encontraron valores esperados < a 5. El 52,63%(10/19) de los estudiantes con peso bajo, el 51,08%(71/139) con peso normal, el 65,38%8(17/26) con sobrepeso, el 87,50%(7/8) con obesidad I presentaron insatisfacción de la imagen corporal. De igual forma no se encontró asociación positiva entre el IMC y la satisfacción con el peso debido a que la prueba Chi-cuadrado no fue válida porque se encontraron valores esperados < a 5. El 42,11%(8/19) de estudiantes con peso normal, el 46,76%(65/139) con

peso normal, el 80,77%(21/26) con sobrepeso y el 87,50%(7/8) con obesidad I presentó no estar satisfecho con su peso actual.

El hacer dieta tiene asociación estadísticamente significativa con el IMC como se observa con el X^2 17,480 y el valor $p= 0.002$. Se encontró que el 10.52% (2/19) de estudiantes con bajo peso han hecho dieta durante el último año, el 46.76%(65/139) con peso normal han hecho dieta durante el último año; el 57.69%(15/26) con sobrepeso ha hecho dieta durante el último año; el de 87,5%(7/8) con obesidad I ha hecho dieta durante el último año. La prueba chi-cuadrado no fue válida para determinar la asociación de la frecuencia de hacer dieta con el IMC, al igual que la burla acerca del peso, la práctica de actividad física y de ejercicios de fortalecimiento y tonificación.

TABLA 13. DESEO DE PÉRDIDA DE PESO SEGÚN EL ESTADO DE PESO (IMC).

IMC actual	Deseo de pérdida de peso	Prueba estadística
		Nivel de significancia
Peso bajo	2(2,33%)	X^2 18,8338 $p = 1$ Chi-cuadrado no válido
Normo peso	55(64,7%)	
Sobrepeso	22(25,88)	
Obesidad I	7(8,23%)	
Total	85	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 13., se observa que el 2,33%(2/85) de quienes desean perder peso están con pes bajo, el 64,7%(55/85) de quienes desean perder peso presentan peso normal, el 25,88%(22/85) de quienes desean perder peso presentan sobrepeso y el 8.23%(7/85) de quienes desean perder peso presentan obesidad I. La prueba chi-cuadrado no fue válida debido a que se encontraron valores esperados $< a 5$.

TABLA 14. ASOCIACIÓN ENTRE EL IMC CON EL TIPO DE DISTORSIÓN CORPORAL.

IMC actual	Tipo de distorsión		Total	Prueba estadística
	Por encima del IMC actual	Por debajo del IMC actual		Nivel de significancia
Peso bajo	6(13,95%)	0	6	X ² 31.6566 p = 0 Chi-cuadrado no válido
Normo peso	25(58,14%)	11(50%)	36	
Sobrepeso	10(23,26%)	11(50%)	21	
Obesidad I	2(4,65%)	0	2	
Total	43	22	65	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

En la tabla 14., podemos observar que de acuerdo a las figuras de cuerpos reales de Harris, el 13.95%(6/43) de aquellos que se perciben por encima de su IMC actual, tienen bajo peso. El 58.14%(25/43) de aquellos que se perciben por encima de su IMC actual tiene peso normal, el 50%(11/22) de aquellos que se perciben por debajo de su IMC actual esta con peso normal. El 23,26%(10/43) de aquellos que eligieron una percepción por encima de su IMC actual esta con sobrepeso y el 50%(11/22) de quienes eligieron una percepción por debajo de su IMC actual esta con sobrepeso. El 4.65%(2/43) de quienes se perciben por encima del IMC actual esta con obesidad I. La prueba Chi-cuadrado no fue válida debido a que se encontró valores esperados < a 5.

TABLA 15. ASOCIACIÓN ENTRE EL SOBREPESO Y OBESIDAD CON EL RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA, PRÁCTICAS NO SALUDABLES PARA EL CONTROL DE PESO Y EL HACER DIETA.

		Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	Prueba estadística Nivel de significancia
Sobrepeso	y	N=193		18.13%	
Obesidad					
Riesgo EAT 26	Con sobrepeso	8	35	22.85%	X ² 0.498 p=0.480.
	Sin sobrepeso	27	158	17.08%	
Riesgo SCOFF	Con sobrepeso	22	35	62.85%	X ² 9,400 p=0.002
	Sin sobrepeso	55	158	34.81%	
Uso de alguna práctica no saludable para el control de	Con sobrepeso	20	35	57.14%	X ² 0.024 p=0.876
	Sin sobrepeso	88	158	55.69%	

peso					
Hacer dieta	Con sobrepeso	22	35	62.85%	X ² 4.823 p=0.028.
	Sin sobrepeso	67	158	42.40%	
Distorsión de la imagen corporal	Con sobrepeso	23	35	65.71%	X ² 19.644 p=0.000
	Sin sobrepeso	42	158	26.58%	
Insatisfacción de la imagen corporal	Con sobrepeso	24	35	68.57%	X ² 3.459 p=0.063
	Sin sobrepeso	81	158	51.26%	

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

La tabla 15., indica que el 22.85% de aquellos que tienen sobrepeso u obesidad (8/35) presenta riesgo de desarrollar un TCA; el 17.08% de quienes no tiene sobrepeso u obesidad (27/158) presenta riesgo de desarrollar un TCA de acuerdo al cuestionario EAT 26. No existe asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de tener un TCA y el tener sobrepeso u obesidad según el $X^2=0.498$ y el valor $p=0.480$.

El 62.85% de aquellos que tienen sobrepeso u obesidad (22/35) está en riesgo de tener un TCA; el 34.81% de quienes no están con sobrepeso u obesidad (55/158) está en riesgo de tener un TCA de acuerdo al cuestionario SCOFF. Existe una asociación estadísticamente significativa entre tener sobrepeso u obesidad con el riesgo de desarrollar un TA según el cuestionario SCOFF de acuerdo al $X^2=9,400$ y el valor $p=0,002$.

El 57.14% de aquellos que tienen sobrepeso u obesidad (20/35), usa alguna práctica no saludable para el control de peso; el 55.69% de aquellos que no tienen sobrepeso u obesidad (88/158), usa alguna práctica no saludable para el control de peso. No existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso y el tener sobrepeso u obesidad según el $X^2= 0.001$ y el valor $p=0.974$.

El hacer dieta tiene asociación estadísticamente significativa con el tener sobrepeso u obesidad, como se observa con el $X^2=4.823$ y el valor $p=0.028$. Se encontró que el 62.85% que presenta sobrepeso u obesidad (22/35), ha hecho dieta durante el último año;

mientras que el 42.40% de quienes presentan sobrepeso u obesidad (67/158) ha hecho dieta durante el último año.

De los estudiantes que tienen sobrepeso u obesidad 18.13%, el 65.71% (23/35) presenta distorsión de la imagen corporal según las imágenes de cuerpos humanos reales de Harris. Existe asociación estadísticamente significativa entre el sobrepeso y obesidad con la distorsión de la imagen corporal según el X^2 19.644 y $p=0.000$.

De aquellos que tienen sobrepeso u obesidad 18.13%, el 68.57%(24/35) presenta insatisfacción de la imagen corporal según las imágenes de cuerpos humanos reales de Harris. No existe asociación estadísticamente significativa entre el sobrepeso u obesidad con la insatisfacción de la imagen corporal según el X^2 3,459 y $p=0.063$.

TABLA 16. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TEST SCOFF EN RELACIÓN AL TEST EAT 26(ESTÁNDAR DE ORO) EN LA MEDICIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR UN TCA.

Prueba a valorar SCOFF	Verdadero Diagnóstico Prueba Eat 26		Totales
	Riesgo (Positivos)	Sin Riesgo (Negativos)	
Riesgo	33	44	77
Sin Riesgo	3	113	116
Totales	36	157	193

Fuente: Encuesta UIDE 2013.

Elaborado por: Ivette Valcárcel.

Sensibilidad: Verdaderos Positivos/Verdaderos Positivos + Falsos negativos.

$$33/(33+3) \times 100 = \mathbf{91.67\%}$$

Especificidad: Verdaderos Negativos/Verdaderos Negativos + Falsos positivos.

$$113/(113+44) \times 100 = \mathbf{71.97\%}$$

Valor predictivo positivo: Verdaderos Positivos/ total de pruebas positivas según la prueba SCOFF.

$$33/(33 + 44) \times 100 = \mathbf{42.85\%}$$

Valor predictivo negativo: Verdaderos negativos/ total de pruebas negativas según la prueba SCOFF.

$$113/(113 + 3) \times 100 = \mathbf{97.41\%}$$

Se encontró una sensibilidad del cuestionario SCOFF del 91.67%, lo que significa que el test es adecuado para determinar correctamente a un individuo con riesgo de padecer un TCA. Se halló una especificidad de 71.97% lo cual permite clasificar correctamente a un individuo sano, en este caso es específico para determinar a una persona sin riesgo de desarrollar un TCA.

El valor predictivo positivo que se encontró fue de 42.85%, que indica la probabilidad de riesgo de tener un TCA cuando se obtiene un resultado positivo en el test. El valor predictivo positivo puede estimarse a partir de la proporción de pacientes con un resultado positivo en la prueba que finalmente resultaron estar en riesgo; y el valor predictivo negativo fue de 97.41% lo cual indica la probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo en el test, este realmente sano, es decir sin riesgo de desarrollar un TCA.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

De acuerdo al cuestionario EAT 26, el 18.65% de los estudiantes de la UIDE, presenta riesgo de desarrollar un TCA. De aquellos, el 27.43% de mujeres está en riesgo en comparación con el 6.25% de hombres. La prevalencia es más alta en este estudio si se compara con un estudio realizado en Ecuador, en estudiantes femeninas de colegios públicos y privados con un rango de edad entre 12 y 18 años, en donde se encontró que el 14.4% de mujeres cumplió con el criterio de riesgo según el test EAT 26. (Power Yuri, et al., 2008). Posiblemente se encuentra mayor prevalencia en el presente estudio debido a que son estudiantes universitarios. Esto puede suceder ya que en la etapa estudiantil o universitaria se vive bajo situaciones de estrés o presión, como por ejemplo al momento de rendir exámenes, horarios de clases que no permiten tener comidas adecuadas, lo que puede ocasionar, tanto el dejar de comer como llevar hábitos alimentarios desordenados. También puede deberse a que los hábitos mantenidos en la adolescencia pueden mantenerse en la etapa adulta.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de presentar un TCA según el cuestionario EAT 26 con el IMC, pero si fue remarcable que a medida que aumenta el IMC, aumenta el porcentaje de riesgo de desarrollar un desorden alimentario. Por ejemplo, el 15.79% de aquellos que tenían peso abajo, presentó riesgo de un TCA; el 17.99% de quienes tuvieron peso normal, presentaron riesgo de un TCA; el 19.23% de aquellos con sobrepeso, cumplieron con el criterio del test EAT 26 y el 37.5% de quienes presentaron obesidad I, también presentaron riesgo de tener un TCA. Con el test SCOFF no se encontró esta tendencia, pero tanto estudiantes con peso bajo como

estudiantes con peso alto cumplieron con el criterio para un riesgo de tener un TCA. No se pudo demostrar una asociación debido al tamaño de la muestra.

De acuerdo al cuestionario SCOFF, el 39.9% de los estudiantes de la UIDE, presenta riesgo de desarrollar un TCA. Si comparamos con el estudio realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, los resultados fueron similares, se encontró un 38.7% de estudiantes mujeres con resultados positivos de riesgo para desarrollar un TCA según el cuestionario SCOFF. Es importante mencionar que este estudio solo se realizó en mujeres universitarias. (Rueda E. Germán, et al., 2005).

En el estudio realizado en la UIDE, el síntoma con mayor prevalencia según el cuestionario SCOFF fue la preocupación de perder el control sobre la cantidad de comida que se ingiere con un 58.03%. El siguiente más significativo con un 33.68% fue el tener la creencia de estar gordo/a, a pesar de que los demás digan que se está demasiado delgado. El 23.32% afirmó que la comida domina su vida. Si comparamos con un estudio en el cual el objetivo fue evaluar la prevalencia de síntomas de un desorden alimentario en adolescentes obesos que participaron en una intervención de pérdida de peso e investigar las posibles relaciones con el cambio de peso y psicopatología general, se encontró que el 41.5% cumplieron con el criterio para un desorden alimentario según el cuestionario SCOFF; indicando el síntoma con mayor frecuencia la preocupación de perder el control por la cantidad de comida que se ingiere. (Giel E. Katrin, et al., 2013). Como se observa los resultados de los estudios, coinciden en que la preocupación de perder el control por la cantidad de comida que se ingiere sea el síntoma con mayor prevalencia dentro de la población estudiada por lo que sería importante tomar en cuenta dentro de otros estudios y también dentro de la atención primaria ya que se demuestra que a muchos afecta o les preocupa la cantidad de comida que se ingiere, lo que puede llevar a un individuo a tomar otras medidas que comprometen la salud para controlar este síntoma.

El 55.96% de los estudiantes de la UIDE, usaron alguna práctica no saludable con el objetivo de perder o mantener el peso durante el último año. Se encontró una asociación estadísticamente significativa del uso de alguna práctica no saludable con el sexo ($X^2=8.263$, $p=0.0040$) con un mayor porcentaje en las mujeres 64.6% en relación a los hombres 43,75%. Si comparamos con los resultados de Neumark et al., (2006), el 57.8% de mujeres y el 31.3% de hombres reportó usar prácticas no saludables para el control de peso, donde se determinó si adolescentes que hacían dieta y usaban prácticas no saludables estaban en riesgo de incrementar su IMC, la conducta por atracón, desórdenes alimentarios después de cinco años. En la investigación de la UIDE se halló asociación significativa entre el uso de alguna práctica no saludable con la insatisfacción de la imagen corporal (X^2 12.7, $p=0.00036$); el 67.61% de estudiantes que tuvieron insatisfacción con su imagen corporal usaron alguna práctica no saludable para controlar su peso. El 54,40%(105/193) de todos los estudiantes presentó insatisfacción de la imagen corporal, el 55,75% de mujeres y el 52,50% de hombres mostró estar insatisfecho con su imagen. Si comparamos con el estudio de Neumark, et al.,(2006), en el cual determinó como influye la satisfacción corporal en el uso de prácticas no saludables para controlar el peso durante 5 años, realizando dos evaluaciones, la primera en 1999 y la segunda en el 2004, encontró asociación positiva entre la baja satisfacción corporal con el uso de prácticas no saludables para el control de peso ($< .001$), indicando que el 68.2% de mujeres que tenían baja satisfacción corporal en la primera evaluación, usaban prácticas no saludables para controlar el peso en la segunda evaluación y el 50.1% de hombres que tenían baja satisfacción corporal en la primera evaluación usaban prácticas no saludables para controlar el peso en la segunda evaluación. Podemos decir que la satisfacción con la imagen corporal es importante tomar en cuenta al momento de controlar el peso pues está

demostrado que existe el riesgo de usar prácticas que complicarían el estado físico y mental.

Firoozeh Mostafavi-Darani, et al., (2012), evaluó la relación entre la satisfacción corporal, variables nutricionales y prácticas para controlar el peso (saludables y no saludables) en mujeres, el 10.8% usó alguna práctica dietética no saludable durante seis meses; mostrando una relación inversa significativa mediante la prueba de correlación de Pearson entre la satisfacción corporal y las conductas dietéticas saludables y no saludables ($r = -0.19$, $P = 0.001$). En el estudio se confirma la asociación positiva entre la insatisfacción corporal y conductas como estar a dieta. Se encontró una correlación inversa entre la satisfacción corporal y el IMC ($r = -0.64$, $P = 0.001$). En el estudio realizado en la UIDE, no se encontró asociación significativa entre la insatisfacción corporal con el hacer dieta, según la prueba X^2 3.640 y el valor $p=0.056$, pero si con la satisfacción con el peso actual (X^2 19.888 y $p=0.000$); aquellos que no estaban satisfechos con su peso (61.38%), han hecho más dieta que aquellos que si estaban satisfechos con su peso (29.34%).

En el estudio de Firoozeh Mostafavi-Darani, et al., (2012), se encontró que la práctica no saludable más utilizada fue el saltar la cena para perder peso, el 8.8% reportó hacerlo a menudo o siempre; el 8.1% reportó saltar el desayuno y fue la segunda práctica no saludable más utilizada. Comparando con el estudio en la UIDE la práctica no saludable más utilizada para controlar el peso fue el saltar comidas (desayuno, almuerzo y cena), con un 41.97%, no se determinó la frecuencia por comida individual, sino en general. Firoozeh Mostafavi-Darani, encontró que el 2.1% reportó usar medicación a menudo o siempre, como medida para perder peso; en el estudio de la UIDE, el 5.7% de los estudiantes reportó usar pastillas para adelgazar. En el estudio de Firoozeh Mostafavi-Darani, el fumar más como medida para perder peso, solo el 1.5% de todos los participantes lo usaron, mientras que en el estudio de la UIDE el 13.99% de los estudiantes de la UIDE fumó más

cigarrillos para controlar el peso. En el estudio de Neumark et al., (2002), se encontró que el 9.3% de mujeres y el 4.7% de hombres adolescente fumaba más cigarrillos como práctica no saludable para controlar o perder peso. Como se puede observar el uso de este tipo de prácticas no saludables para controlar el peso es mayor en el presente estudio que en los mencionados y estas prácticas pueden llevar al desarrollo de sobrepeso y TCA en el futuro.(Neumark et al., 2012).

El 46.1% de los estudiantes de la UIDE estuvo a dieta durante el último año. El 18.13% de los estudiantes de la UIDE presentó sobrepeso u obesidad y esto tuvo asociación estadísticamente significativa con el hacer dieta; el 62.85% de aquellos que presentaron sobrepeso u obesidad, hizo dieta durante el último año; mientras que el 42.40% de quienes no tuvieron sobrepeso u obesidad hizo dieta durante el último año. Más mujeres que hombres hicieron dieta durante el último año, 55.7% y 32.5% respectivamente, mostrando asociación positiva entre el hacer dieta y el sexo. Si comparamos con el estudio de Neumark et al., (2000), el 24% de adolescentes con sobrepeso, casi la mitad de mujeres 45% estuvo en algún momento a dieta comparado con el 20% de los hombres, indicando la razón más frecuente del porque hacer dieta, fue por verse mejor. La prevalencia en el presente estudio fue más alta que en el de Neumark, posiblemente porque la edad de los participantes en este estudio es mayor que en el de Neumark. Es alarmante que un porcentaje alto de personas sin sobrepeso estén haciendo dieta, pues el uso de esta práctica incrementa el riesgo de tener sobrepeso en el futuro como indica Neumark (2012) en su estudio con el Project EAT III, demostrando que entre mujeres que hacían dieta de manera persistente, durante 10 años, el IMC aumentó 4.33 unidades comparado con el aumento del IMC de aquellas que no hacían dieta con 2.38 unidades. En hombres que hacían dieta frecuentemente, el incremento fue de 6.96 unidades comparado con el incremento de aquellos que no hacían dieta con 3.45 unidades.

Neumark et al., (2009), evaluaron conductas alimentarias saludables y no saludables durante 5 años en escuelas primarias y secundarias. El estudio se conoce como Project EAT II y se encontró en la primera evaluación que de 232 mujeres con sobrepeso, el 30.8%(n=71) se comprometió en hábitos desordenados en la alimentación, este número incremento a un 40.1% (n=93) en la segunda evaluación. De 93 mujeres adolescentes con sobrepeso que reportaron tener hábitos desordenados en su alimentación en la segunda evaluación, casi todas (89.2%, n =83) informaron usar al menos una práctica extrema no saludable para controlar el peso y un tercio (32.2%, n=30) tener atracones con la pérdida de control. Entre los 180 hombres adolescentes con sobrepeso, el 13.4% (n = 24) se envolvió en hábitos desordenados en la alimentación en la primera evaluación, este número incrementó a un 20.2%(n=36) en la segunda evaluación. De los 36 hombres con sobrepeso que empezaron a tener hábitos no saludables en la segunda evaluación, casi la mayoría 77.8% (n =28) informó usar al menos una práctica extrema no saludable y el un tercio 30.6% (n=11) reportó tener atracones con la pérdida de control. Los comportamientos asociados con el incremento en la prevalencia y en la incidencia de los desórdenes alimentarios incluyen el hacer dieta, prácticas no saludables para el control de peso como saltar comidas, comer muy poco, fumar, ayuno, y el uso de algún sustituto de alimento y el incremento de horas en la actividad física. (Neumark-S. Dianne, et al., 2009). Comparando con el estudio realizado en la UIDE, no se encontró asociación significativa entre el uso de alguna práctica no saludable para el control de peso con el IMC, debido al pequeño tamaño de la muestra, pero se determinó que el 55.39% de aquellos con peso normal (77/139); el 50% de los que tenían sobrepeso (13/26) y el 87.5% de aquellos con Obesidad I (7/8) usaron alguna práctica no saludable para perder o controlar su peso. Se puede decir que si bien no existe asociación estadísticamente positiva entre el uso de alguna práctica no saludable con el IMC, otros estudios demuestran que el saltarse comidas, hacer dietas

estrictas, fumar, usar sustitutos de alimentos, usar laxantes, diuréticos, pastillas como medidas para perder o controlar el peso incrementa el riesgo de tener sobrepeso u obesidad con el tiempo. (Calderón et al, 2004; Neumark et al, 2006, Neumark et al, 2012).

Neumark, (2012) determinó con el Project EAT III, que después de 10 años, mujeres que usaban frecuentemente prácticas no saludables para el control de peso, el IMC aumentó en 4.63 unidades, comparado con el aumento de 2.29 unidades en el IMC entre mujeres que no usaban este tipo de prácticas. En hombres que frecuentemente usaban prácticas no saludables, se encontró un incremento de 5.42 unidades en el IMC, comparado con el aumento de 3.65 unidades en el IMC en aquellos que no usaban estas prácticas.

Otro estudio que demuestra los efectos negativos del hacer dieta es el de Calderón L. Laura, et al., 2004. El objetivo de este fue determinar patrones y la frecuencia de conductas asociadas al hacer dieta en estudiantes de escuela secundaria. Se encontró que el 26.6% de la población tuvo un IMC mayor a 25(riesgo de tener sobrepeso). El saltar comidas no se asoció con la pérdida de peso; aquellos que tenían sobrepeso comían un promedio de solo 2 comidas al día mientras que los que tenían peso normal comían 3 o más comidas al día.

En los estudiantes de la UIDE se encontró que el 22.85% de aquellos que tuvieron sobrepeso u obesidad (8/35) presentó riesgo de desarrollar un TCA de acuerdo al test EAT 26 y con el test SCOFF, el 62.85% de aquellos que tuvieron sobrepeso u obesidad presentó riesgo de tener un TCA Como se ha leído en la presente investigación, el hacer dieta constantemente, usar métodos no saludables para perder o controlar peso puede llevar a un incremento del peso, pues se cree que una de las razones para el aumento de peso, son los atracones debido al estar en dieta por mucho tiempo. Field et al., (2003), encontraron que niñas que hicieron dieta con frecuencia eran 12 veces más propensas a tener atracones

comparando con las niñas que no estuvieron a dieta y niños que hacían dieta frecuentemente tenían 7 veces más riesgo de tener atracones.(Neumark-S. Dianne, 2005).

Existe un alto riesgo de desarrollar a futuro problemas relacionados al peso entre los estudiantes de la UIDE, pues la prevalencia del uso de prácticas no saludables para el control del peso y el hábito de hacer dieta es alta. Se deben desarrollar programas psicoeducativos que expliquen los riesgos del hacer dieta y el uso de prácticas no saludables para controlar el peso.

En el estudio de la UIDE, la práctica de actividad física no tuvo asociación significativa con el riesgo de un TCA, con el IMC, y el uso de prácticas no saludables para el control de peso. La práctica de actividad física aporta grandes beneficios a la salud, pero al hablar de los trastornos de la conducta alimentaria, la práctica extrema como el incrementar horas fuera de lo normal, ciertas disciplinas como aquellas que exigen un tipo de forma o talla corporal pueden incrementar el riesgo de padecer un TCA. Torres-McGehee, et al., (2011), evaluó el riesgo de desarrollar un TCA en atletas ecuestres universitarios con el test EAT 26, indicó que el 42.0% del total de la muestra estaba en riesgo, el 38.5% entre jinetes hípicas inglesas y el 48.9% entre jinetes hípicas del occidente. Los participantes percibieron su imagen corporal significativamente más grande que su tamaño físico real.

De igual forma no se encontró asociación entre la burla del peso con el riesgo de un TCA, con el IMC, y el uso de prácticas no saludables para el control de peso, posiblemente por el tamaño de la muestra. Sin embargo estudios como el de Neumark, et al., (2002), encontró asociaciones significativas entre la burla del peso con el estado de peso, y con comportamientos desordenados en la alimentación. Aquellos con un IMC alto, eran más propensos a la burla. El 63% de niñas con sobrepeso y el 58% de niños con sobrepeso

reportaron haber sido burlados por sus compañeros. Esto se debe tomar en cuenta, como medida de prevención, pues se ha visto que la burla o el ser molestado acerca de su apariencia pueden llevar a incrementar el peso y a desarrollar un TCA O TANE.

Según la investigación realizada en la UIDE, se encontró una sensibilidad del 91.67% y una especificidad del 71.97% del cuestionario SCOFF, con un valor predictivo positivo de 42,85% y un valor predictivo negativo de 97.41%. Comparando con el estudio de Morgan, et al., (1999), determinó una sensibilidad del 100% y el 87.5% de especificidad del test SCOFF. El estudio realizado en Bucaramanga, Colombia, el grado de sensibilidad y especificidad del cuestionario SCOFF, fue de 78.4% y 75.8% respectivamente, con un valor predictivo positivo de 46.5% y un valor predictivo negativo de 92.9%. Para que una prueba se considere muy sensible para un tamizaje adecuado debe tener una sensibilidad por encima del 90%, lo cual en el estudio de Rueda E. Germán et al. (2005) no se evidencio.

Según Luck et al., (2002), encontró una sensibilidad del cuestionario SCOFF de 84.6% en un estudio aplicado a mujeres entre 18 y 50 años, con un intervalo de confianza del 95% de (54.6% al 98.1%) y una especificidad de 89.6% con un intervalo de confianza del 95% de (86.3% a 92.9%), considerando como una buena herramienta de tamizaje para los desórdenes alimentarios. Los resultados encontrados en el estudio de la UIDE se asemejan con las investigaciones detalladas, por lo cual se puede decir que el test SCOFF es un instrumento adecuado para determinar el riesgo de desarrollar un TCA.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que el cuestionario SCOFF es una buena herramienta de tamizaje para los TCA por su alta sensibilidad y por su fácil aplicación. Se puede aplicar cualquiera de las dos herramientas (EAT 26 y SCOFF) para detectar riesgo de desarrollar un trastorno alimentario dentro de la consulta privada y/o atención primaria.

Es preocupante que un porcentaje tan elevado de estudiantes estén en riesgo de desarrollar TCA, y que más de la mitad usen prácticas no saludables para el control del peso y que además estudiantes con peso bajo y normal estén buscando maneras de perder peso. La salud física y emocional de estos estudiantes podría estar comprometida por lo que se necesita desarrollar programas de intervención para prevención de problemas relacionados al peso.

Se debe realizar intervención en los estudiantes que cumplieron con el criterio de riesgo con los dos cuestionarios para prevenir el avance a un TCA y así evitar las complicaciones que estos traen. El hecho de presentar una prueba positiva indica que la relación con la comida no es adecuada y que la persona tenga un trastorno alimentario subclínico, que de no ser tratado a tiempo, puede desencadenar un trastorno totalmente diagnosticable. El tratamiento precoz de los desórdenes alimentarios disminuye el tiempo de tratamiento y efectos negativos sobre la salud física y emocional.

Debido a la influencia social, mediática y al culto por la delgadez, la percepción de la imagen corporal puede afectarse. El desconocimiento sobre un peso saludable, conduce a las personas a desarrollar conductas no saludables para perder o controlar el peso, lo que puede ocasionar un TCA y al incremento de peso con el tiempo. Además de que las

intervenciones basadas en alimentación saludable y actividad física, deben promover la satisfacción con el peso y la imagen corporal, dar a conocer que es importante respetar la diversas formas y tamaños corporales, evitar burlas sobre el estado de peso ya que está demostrado que esto afecta en las conductas alimentarias.

Es importante considerar el rol de la percepción de la imagen corporal y el riesgo de un TCA en atletas ecuestres universitarios, pues disciplinas como estas exigen al deportista mantener ciertos lineamientos acorde a la talla y a la imagen ya que es parte de la calificación, así como en otros deportes estéticos como la gimnasia, lucha libre, patinaje artístico, cheerleader (animadora). Entrenadores que trabajan con estos atletas deberían evitar comentarios negativos acerca de la talla y la apariencia, deben ser conscientes del riesgo y referir a los atletas a un profesional en salud especializado en TCA. Se debería realizar más investigaciones donde se determine la razón por la que se realiza AF, tipos de deporte y asociar con el riesgo de tener un TCA, y poder definir estrategias para prevenir este problema.

Hace falta realizar investigaciones donde se indague la relación del riesgo para desarrollar un TCA con el nivel socioeconómico, nivel de educación de los padres, diferentes grupos étnicos.

Realizar investigaciones longitudinales para evaluar cómo el tener conductas alimentarias saludables (comer frutas y verduras, disminuir el consumo de alimentos altos en grasa, practicar actividad física, comer menos dulces) y no saludables (hacer dietas estrictas, saltar comidas, usar píldoras, laxantes, diuréticos) que se tienen para controlar el peso, hábitos como si se consume las tres comidas principales al día y con qué frecuencia a la semana se consume cada una de ellas, el tiempo frente al televisor influyen en el peso (IMC) a lo largo del tiempo.

Es importante también evaluar comportamientos alimentarios de los padres, hábitos alimentarios de la familia, horarios de comida, frecuencia de comidas; el ambiente familiar al momento de comer, si es positivo o negativo, pues de aquí parten ciertos patrones alimentarios que se adquieren desde la niñez e influyen en la edad adulta.

Se ha mantenido la creencia de que individuos con peso y/o apariencia muy delgada son aquellos que pueden desarrollar o presentan un TCA. En la presente investigación se encontró que no solamente aquellos con peso bajo presentan riesgo de un TCA si no también aquellos con sobrepeso y obesidad, por lo que es importante que profesionales en salud como médicos clínicos, nutriólogos, psicólogos, psiquiatras, adquieran conceptos adecuados para la prevención del sobrepeso y obesidad. Programas para la pérdida o el control de peso con dietas restrictivas o con métodos mágicos y rápidos son perjudiciales. Es necesario que las intervenciones se enfoquen en salud, y no en el peso para no favorecer a la sobrestimación del peso, la forma y las actitudes negativas sobre la gordura que hoy en día son comunes, ya que esto tiene efectos nocivos en el bienestar físico, social y psicológico. Es recomendable que en las intervenciones se manejen conjuntamente conceptos de la prevención de sobrepeso/obesidad con la prevención de TCA.

El peso no es un comportamiento, por lo que no es un objetivo apropiado al momento de modificar comportamientos. Las intervenciones deben ser neutrales con el peso, no basarse principalmente en metas específicas para cambiar el peso, sino como objetivo principal mejorar o incrementar hábitos saludables en cualquier tamaño corporal.

El trabajo multidisciplinario es indispensable en el tratamiento para los TCA, pues no solamente la intervención de un Nutriólogo o Psicólogo es suficiente, pues como se ha leído, para que exista adherencia al tratamiento se deben corregir varios aspectos que comprometen la salud.

BIBLIOGRAFÍA

AED. (2011). Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care of Individuals with Eating Disorders. Academy for Eating Disorders. Report.

Álvarez C. Rafael. (1996). El método científico en las ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Días de Santos. S.A.

Beaglehole R., Bonita R. y Kjellstro. (1994). Epidemiología Básica. Washington D.C. OPS.

Bonnie A. Spear (2006). ¿Does Dieting Increase the Risk for Obesity and Eating Disorders?. Journal of the American Dietetic Association. 523-525.

Calderón L. Laura; Yu K. Catherine; Jambazian Pera. (2004). Dieting Practices in High School Students. Journal by the American Dietetic Association, 104:1369-1374.

Carroll Shawna L.; Lee E. Rebecca; Kaur Harsohena; et al.(2006). Smoking, Weight Loss Intention and Obesity-Promoting Behaviors in College Students. Original Research. Journal of the American College of Nutrition, Vol. 25: 348-353.

Cervera M.(2005). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Madrid: Pirámide.

Cohen A. Pieter.(2008). Imported Fenproporex-based diet pills from Brazil: A report of two cases. Journal of General Internal Medicine, 24(3): 430-3.

ColimonKahl-Martin.(1990). Fundamentos de epidemiología. Madrid: Días de santos. S.A.

Corada L. Leonor; Montedónico A. Alejandra y Wenk W. Elisabeth. (2007). Estudio del aporte de un instrumento (Test de Actitudes Alimentarias EAT-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. (Inédito).

Criterio Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 854. Obtenido en: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_es/en/index.html

Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al.(2005) Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. Circulation American Heart Association, 111:1999–2012.

EDV.Eating Disorders Victoria (13 de 09 de 2013). Obtenido de <http://www.eatingdisorders.org.au/eating-disorders/classifying-eating-disorders/dsm-5>

FiroozehMostafavi-Darani; Seyede-ShahrbanooDaniali, y Leila Azadbakht. (2012). Relationship of Body Satisfaction, with Nutrition and Weight Control Behaviors in Women. International Journal of Preventive Medicine, 4: 467–474.

Giel E. Katrin; Zipfel Stephan; Schweizer Roland, et al. (2013). Eating Disorder Pathology in Adolescents Participating in a Lifestyle Intervention for Obesity: Associations with

Weight Change, General Psychopathology and Health-Related Quality of Life. *Obesity Facts*. The European Journal of Obesity, 6: 307-316.

Guerro-Prado, D.; Barjau Romero, J. M. y Chinchilla Moreno, A. (2001). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura*. Madrid: Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. (Inédito).

Harris C.V., Bradly A.S., Coffman J., et al. (2007). BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*, 1-7.

Hulley J. Angela and Hill J. Andrew. (2001). Eating Disorders and Health in Elite Women Distance Runners. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 312-317.

Johnson Fiona; Wardle Jane. (2005). Dietary Restraint, Body Dissatisfaction, and Psychological Distress: A Prospective Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 114(1):119-125. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15709818>

Lee D. Robert; Nieman C. David. (2010). *Nutritional Assessment*. New York: McGraw Hill.

Luck J. Amy; Morgan F. John; Reid Fiona; et al. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*, 325:755-756.

Meyer, E.S.(1999). *Winning the war within. Nutrition Therapy for clients with Anorexia or Bulimia Nervosa*. Texas, Lake Dallas. Helm Publishing.

Morgan F. John; Reid Fiona; LaceyHubert J.(1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319: 1467–1468.

Nattiv A; Loucks AB; Mannore MM, et al. (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(10): 1867-82.

Neumark-Sztainer; Hannan J. Peter. (2000). Weight-Related Behaviors Among Adolescent Girls and Boys. *ArchPediatrAdolescMed*. 154:569-577.

Neumark-Sztainer Dianne; Falkner N.; Perry C.; Hannan P.J. and Mulert S. (2002). Weight teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26:123-131.

Neumark-Sztainer Dianne; Story Mary; Hannan J. Peter, et al (2002). Weight-Related Concerns and Behaviors Among Overweight and Nonoverweight Adolescents. Implications for Preventing Weight-Related Disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156:171-178.

Neumark-Sztainer Dianne; Paxton J. Susan, et al. (2005). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39:244-251. Elsevier.

Neumark-Sztainer Dianne. (2005). Can we Simultaneously Work toward the Prevention of Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38: 220-227.

Neumark-Sztainer Dianne; Wall Melanie; GuoJiaet, al. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106:559-568.

Neumark-Sztainer Dianne; Wall Melanie; Haines Jess; Story Mary. (2007). Why Does Dieting Predict Weight Gain in Adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107:448-455.

Neumark-Sztainer Dianne; Wall Melanie; Story Mary; Sherwood E. Nancy. (2009). Five-Year Longitudinal Predictive Factors for Disordered Eating in a Population-Based Sample of Overweight Adolescents: Implications for Prevention and Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42:7: 664-672.

Neumark-Sztainer Dianne; Wall Melanie; Story Mary; Standish R. Amber. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health*, 50(1): 80-86.

Orbitello B; Ciano R; Corsaro M; Rocco PL; Taboga C; et al. (2006). The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International Journal of Obesity*, 30:977-981.

Pino V. José Luis; López E. Miguel Angel; Moreno V. Alicia; Del Pilar Faundez P. Teresita. (2010). Percepción de la Imagen Corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad del Mar, Talca, Chile. *Rev Chile Nutr Vol. 37. N°3*.

Power Yuri; Power Lorena; Canadas Maria Beatriz. (2008). Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents. *Eating Disorders*, 16:136-145.

Rueda Germán Eduardo; Díaz Alfonso; Campo Adalberto; Barros Alfonso Jaider; Ávila Constanza Gissel; Oróstegui Tatiana Lutz; Osorio Cecilia Betty; Cadena del Pilar Laura. (2005). Validación de la Encuesta SCOFF para tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25:196-202.

Ruiz Morales Alvaro; Morillo Zárate Enrique L. (2004). *Epidemiología Clínica. Investigación clínica aplicada*. Bogotá. Editorial Médica Internacional.

Salud.es (23 de 06 de 2009). www.salud.es. Obtenido de: <http://www.salud.es/principio/fenproporex>

Smolak Linda, Murnen K. Sarah, and Ruble E. Anne. (2000). Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 371-380.

Stice E; Cameron RP; Killen CH; Taylor CB. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:967-974.

The International Fund for Agricultural Development (IFAD). (27 de 11 de 2013). www.ifad.org. Obtenido de <http://www.ifad.org/governance/index.htm>

Torres-McGehee M. Toni; Monsma V. Eva; Gay L. Jennifer., et al. (2011). Prevalence of Eating Disorder Risk and Body Image Distortion among National Collegiate Athletic Association Division I Varsity Equestrian Athletes. *Journal of Athletic Training*, 46: 431-437.

Wang L. Mónica; Walls E. Courtney; Peterson E. Karen., et al. (2012). Dietary and physical activity factors related to eating disorder symptoms among middle school youth. *Journal of School of Health*. *Journal of School Health*, 83: 14-20.

Yepez Rodrigo; Carrasco Fernando; Baldeón Manuel. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Organó Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol 58. N.2. Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN); Escuela Politécnica Nacional, Quito; Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

Zwann de M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, Suppl 1, S51-S55.

ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento para participar en una investigación

Estimado/a estudiante:

Esta invitado a participar en el estudio **“Evaluación de prácticas no saludables para el control peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno Alimentario en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador que se encuentran en el horario diurno en el período académico Marzo-Julio 2013.”**

Este estudio va a ser realizado por Carolina Vivero, estudiante de la Escuela de Nutriología de la Universidad Internacional del Ecuador.

Esta investigación será supervisada por la M. SC. María Soledad de la Torre, Docente de la Escuela.

Por favor le pedimos que lea esta información y si tiene alguna pregunta estamos dispuestos a aclarar cualquier duda.

Propósito del estudio:

Este estudio tiene como propósito conocer si los estudiantes utilizan métodos no saludables para controlar el peso, y a la vez saber si tienen un riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio se procederá a tomar medidas de peso y talla. Estas se tomarán en un lugar privado, con ropa ligera y sin zapatos. Carolina Vivero realizará las mediciones y anotará en la encuesta que se le entregara después de este procedimiento. Usted **no** tiene que poner el nombre en la encuesta. El propósito del estudio es conocer el porcentaje de personas que tienen riesgo de desarrollar problemas relacionados con el peso, no quien específicamente está en riesgo. No se harán comentarios acerca del peso y talla, simplemente estos se anotarán en la hoja de la encuesta. Si usted no desea que se le tome medidas, entonces solo podrá llenar la encuesta. El llenar la encuesta le va a tomar un tiempo máximo de 10 minutos.

Riesgos / beneficios al participar:

No existen riesgos. La encuesta que usted llenara está basada en tres cuestionarios, son preguntas cortas (cerradas). El primero es el cuestionario SCOFF que contiene 5 preguntas, este está validado para evaluar si existe el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. El segundo consta de 16 preguntas que se basan en conocer hábitos o prácticas para el control de peso, estas preguntas se han aplicado en varios estudios para evaluar si las personas tienen buenos o malos hábitos para controlar o mantener el peso.

El tercer cuestionario es el EAT 26, “Test de Actitud hacia la Comida”; este fue creado en 1982, que de igual forma se utiliza para evaluar si existe el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario; se ha utilizado en varios estudios. Se evaluará la validez de estos cuestionarios para investigar si una persona está en riesgo de desarrollar un TA.

Las dos últimas preguntas indicaran si existe distorsión e insatisfacción de la imagen corporal lo cual lleva a conocer si existe el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Su participación contribuirá al conocimiento sobre la incidencia de jóvenes que usan métodos no saludables para el control del peso, y el porcentaje de personas que están en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Como participantes del estudio serán informados sobre los resultados.

Los resultados permitirán crear planes o programas de educación nutricional específicos para combatir este tipo de problemas, que varios estudios demuestran que son comunes en adolescentes y que perduran durante la vida adulta y así evitar las graves consecuencias que estos conlleva.

Confidencialidad:

Los resultados de este estudio se guardarán en absoluta confidencialidad. Debido a que no se escribirá el nombre en la encuesta, no se podrá saber a quién pertenece la evaluación.

Participación:

El estar en este estudio es totalmente voluntario. Usted puede escoger no participar. Solamente aquellos que traigan este consentimiento firmado podrán participar en el estudio.

El Comité de Ética para Investigaciones de la Universidad Internacional del Ecuador va a revisar y aprobar los procedimientos de esta investigación.

Si tiene preguntas por favor comuníquese con Carolina Vivero al 0987594789 o por correo electrónico a carovivero88@hotmail.com

Yo _____ he leído este consentimiento y entiendo su contenido. Libremente accedo a participar en esta investigación.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Muchas Gracias.

ANEXO II

“Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador que se encuentran en el horario diurno en el período académico Marzo-Julio 2013”.

ENCUESTA

Responde con mucha sinceridad lo que sientes o piensas. Tu información será muy útil para nuestra investigación. Muchas Gracias.

DATOS GENERALES

Sexo: Masculino_____ Femenino_____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) _____
Estado Civil: Soltero_____ Casado_____ Divorciado_____ Viudo_____ Unión Libre_____ Separado_____
Sector donde vives:
Colegio: Público_____ Privado_____
Ocupación:
Cómo financias tus estudios: Fondos propios_____ Préstamo IECE_____ Préstamo en general_____ Beca por ayuda económica_____

INFORMACIÓN ACADEMICA

Facultad		Escuela	
Semestre			

INFORMACION NUTRICIONAL (Cuestionario SCOFF)

		SI	NO
1	¿Te preocupa que hayas perdido el control sobre la cantidad de comida que ingieres?		
2	¿Has perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?		
3	¿Crees tú que estás gordo/a aunque los demás digan que estas demasiado delgado/a?		
4	¿Crees que la comida domina tu vida?		
5	¿Te provocas el vómito o usas otra medida purgativa porque te sientes demasiado lleno/a?		

Haz hecho alguna de las siguientes cosas con el objetivo de PERDER PESO o evitar ganar peso EN EL ÚLTIMO AÑO:

		SI	NO
1	¿Saltas comidas como no desayunar, almorzar o cenar?		
2	¿Comes muy poco?		
3	¿Utilizas pastillas para adelgazar?		
4	Usas algún sustituto de alimento como polvos o batidos promocionados para perder peso?		
5	¿Utilizas diuréticos (pastillas para orinar)?		
6	¿Utilizas laxantes?		
7	¿Fumas más cigarrillos?		
8	¿Realizas actividad física por más de 60 minutos de 5 a 7 veces a la semana?		

¿Cuántas veces hiciste dieta durante el último año? Se entiende por dieta a la manera de cambiar tu forma de comer para perder peso.

- Nunca___
- 1 a 4 veces___
- 5 a 10 veces___
- Más de 10 veces___
- Siempre estas a dieta___

¿Cuántos días a la semana realizas actividad física moderada (60 minutos al día, que incremente tu ritmo cardíaco y dificulte tu respiración por momentos)?

_____ Días a la semana

¿Cuántos días realizas ejercicios de fortalecimiento y tonificación?

- 0 a 3 días/semana___
- 4 a 6 días/semana___
- 7 días/semana___

¿Estás satisfecho con tu peso actual?

Si No

Si tu respuesta es NO, responde. ¿Cuántas libras quisieras perder? _____ lbs

¿Alguna vez se han burlado o molestado acerca de tu peso?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, responde lo siguiente:

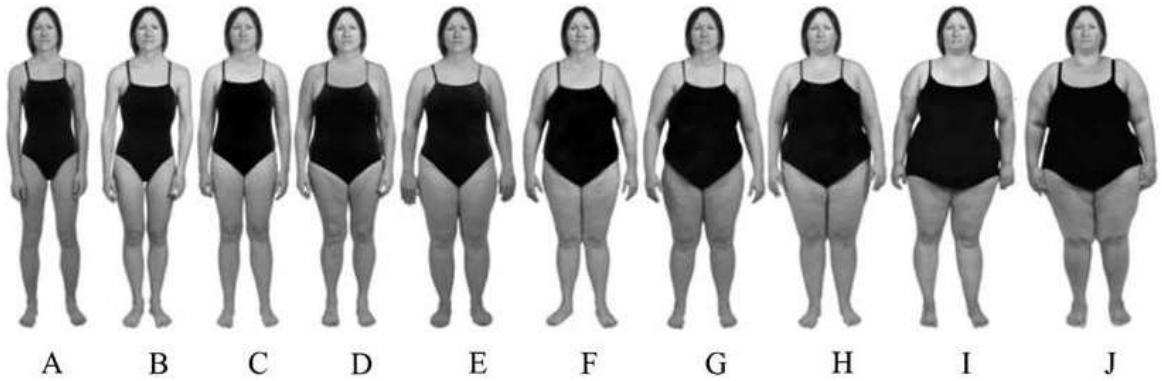
¿Qué tan frecuente se han burlado o molestado acerca de tu peso?

- Menos de una vez al año_____
- Varias veces al año_____
- Varias veces al mes_____
- Por lo menos una vez a la semana_____

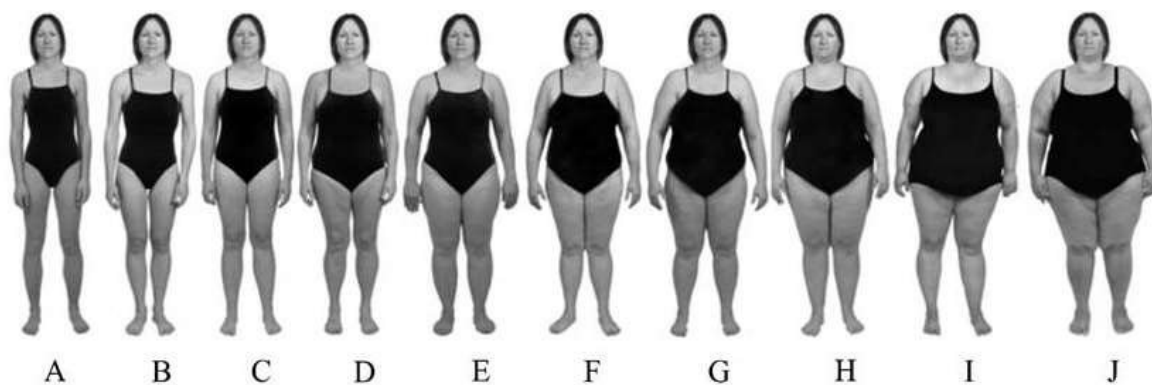
TEST EAT 26

Te rogamos que completes las siguientes preguntas, señalando con una X la respuesta. Estas frases se te harán parecidas y/o similares a las preguntas que respondiste anteriormente. Esto nos servirá para evaluar la validez de cada encuesta para determinar si existe el riesgo de desarrollar un desorden alimentario. Muchas Gracias.

	S I E M P R E	C S A I S E M I M P R E	F M R E E N C T U E N T E	A V L E G C U E N S A S	R A R A V E Z	N U N C A
1.- Me aterroriza tener sobre peso						
2.- Evito comer cuando siento hambre						
3.- Me siento preocupada / o por la comida						
4.- A veces me he "empachado o llenado" de comida sintiéndome incapaz de parar de comer						
5.- Corto mi comida en pequeños trozos						
6.- Estoy informada/o acerca de la cantidad de calorías que tiene la comida que como						
7.- Evito particularmente los alimentos con muchas calorías						
8.- Siento que otros preferirían que comiera más						
9.- Vomito después de comer						
10.- Me siento muy culpable después de comer						
11.- Estoy preocupada / o con el deseo de ser más delgada / o						
Pienso en quemar calorías cuando hago gimnasia, danza o deportes y ejercicio en general						
13.- Otros piensan que estoy demasiado delgada / o						
14.- Estoy preocupada / o con el pensamiento de tener rollitos o gordura en mi cuerpo						
15.- Tardo más que otros en terminar de comer						
16.- Evito los alimentos que tienen azúcar						
17.- Como alimentos dietéticos						
18.- Siento que la comida controla mi vida						
19.- Muestro auto - control por la comida (trato en lo posible de no comer más)						
20.- Siento que otros me presionan para que coma						
21.- Dedico mucho tiempo a pensar en la comida						
22.- Me siento incómoda/o después de comer alimentos dulces						
23.- Hago dietas						
24.- Me gusta que el estómago esté vacío						
25.- Tengo impulso de vomitar después de comer						
26.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						

1.- ESCOJE LA FIGURA QUE REFLEJE COMO TE VES AHORA:

2.- ESCOJE LA FIGURA QUE REFLEJE CÓMO TE GUSTARÍA ESTAR AHORA.



DATOS ANTROPOMÉTRICOS

PESO		Kg
TALLA		m²
IMC		Kg/m²