

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DE BULIMIA EN ADOLESCENTES DE 15 A  
19 AÑOS DE LAS ACADEMIAS PRE UNIVERSITARIAS DEL  
CERCADO DE TACNA- ENERO 2010”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:  
LOURDES MARGARITA MAITA CRUZ**

**TACNA – PERU**

**2010**

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por guiar mis pasos.*

*A mi madre, por su apoyo incondicional.*

*A mi esposo, por su amor y eterna paciencia.*

*A mis hermanas, por su comprensión.*

*A mis hijos, mi motivo para continuar.*

*A todos aquellos que contribuyeron en el logro de mis metas.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por guiar mis pasos y darme fuerzas para continuar.*

*A mi madre, por su paciencia y enseñanzas.*

*A mi esposo, por su gran apoyo, sin ti no lo hubiera logrado.*

*Al Doctor Raúl Calizaya, por su disposición, experiencia y enseñanzas.*

*A todos las personas que contribuyeron en concretar este estudio.*

*A todos ellos.....MUCHAS GRACIAS.*

## RESUMEN

La bulimia es un problema de salud mental, que cada vez es más frecuente en la adolescencia y describe un ciclo de comer excesivo (atacón) y se acompaña de un comportamiento purgativo. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de bulimia en adolescentes de 15 a 19 años en las academias preuniversitarias del cercado de Tacna- Enero 2010. Se trata de un estudio observacional, prospectivo, analítico y de corte transversal. La muestra se tomó por muestreo estratificado simple, y cada academia se comporto como un estrato aportando proporcionalmente a la muestra según tamaño poblacional y estuvo constituida por 399 adolescentes. El instrumento utilizado fue el Test de bulimia de Edimburgo (BITE) (M. Henderson, D.P. Freeman adaptado a la población española por Cervera y cols, 1995<sup>34</sup>), el cual se aplicó en forma de encuesta. Se encontró que el 3,8% de los adolescentes tienen bulimia, de estos el mayor porcentaje se encontró a la edad de 18 años con un 7,9% y se determino que no existe diferencia significativa entre la edad y el hecho de sufrir o no algún patrón de comportamiento anormal hacia la comida ( $p= 0,291$ ). El 5,8% del sexo femenino desarrolla bulimia y en el sexo masculino solo un 1,9%, diferencia que es altamente significativa ( $p=0.000$ ). Los adolescentes que se auto mantienen el 12,5% presentan bulimia, seguido de los que dependen de algún familiar con un 6,1% y esto es altamente significativo ( $p=0,019$ ), así mismo se encontró que los adolescentes con bulimia están con sobrepeso 46,7% y un 33,3% con obesidad.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Fundamentación del problema.....	3
1.2 Formulación del Problema.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos Específicos.....	5
1.4 Justificación.....	6
1.5 Definición de Términos.....	6
<b>CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	8
2.2 Marco Teórico.....	13
<b>CAPITULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES</b>	
3.1 Hipótesis.....	24
3.2 Operacionalización de las variables.....	24
<b>CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
4.1 Diseño.....	27
4.2 Ámbito de Estudio.....	27
4.3 Población y muestra.....	27
4.4 Criterios de Inclusión .....	28
4.5 Criterios de Exclusión.....	29
4.5 Instrumento de Recolección de datos.....	29

CAPITULO V	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	
5.1	Procedimientos de análisis de datos.....	31
CAPITULO VI	RESULTADOS.....	32
CAPITULO VII	DISCUSIÓN.....	41
CAPITULO VIII	CONCLUSIONES.....	44
CAPITULO IX	RECOMENDACIONES.....	45
CAPITULO X	BIBLIOGRAFÍA.....	46
CAPITULO XI	ANEXOS.....	50

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud mental<sup>1</sup>, cada vez más frecuente en adolescente. Según el Manual de Diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales (DSM-IV)<sup>2</sup>, se registran prevalencias mundiales de 0,5% para anorexia y de 1 a 3% para bulimia.

La frecuencia de estos trastornos ha aumentado significativamente en los últimos treinta años. Estudios médicos efectuados en diversos países muestran que la bulimia ocurre en 1 – 5% de la población en general y la anorexia nerviosa ocurre en 0,1 – 1,9%. Una investigación Colombiana adelantada en estudiantes universitarias mostró que la prevalencia de ambas enfermedades era similar a la de otros países: 0,55% para anorexia y 1,2% para bulimia. Las mujeres padecen más frecuentemente estas enfermedades y los grupos de mayor riesgo son adolescentes y adultas jóvenes<sup>3</sup>.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Se acompañan de una percepción anormal de la forma y peso corporal. Se pueden manifestar de dos formas: Bulimia nerviosa o Anorexia nerviosa<sup>4</sup>

La bulimia nerviosa, es más común que la anorexia, describe un ciclo de comer excesivo que se conoce como atracón, acompañado generalmente de un comportamiento purgativo. La bulimia nerviosa empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos los pacientes se purgan vomitando o tomando laxantes, anorexígenos y/o diuréticos. Los pacientes también pueden revertir a dietas severas, las cuales se tornan de nuevo en excesos, si es que no llega a convertirse en anoréxica/o. Con las purgas se pierde un promedio de 1000 calorías, pero durante un atracón

pueden llegar a ingerir entre 1000 a 20000 calorías, dándose un promedio de 14 episodios de atracón-purgación por semana.

Un hecho a destacar es el impacto de la televisión en estos trastornos del comportamiento alimentario, al servir de medio de difusión del "estereotipo social" y de conductas y hábitos de vida. La influencia de los medios de comunicación en la configuración de los estilos de vida de los adolescentes es más fuerte que la de los médicos o los padres. Ellos eligen sus héroes o los medios se los "eligen", ya que son expuestos a través de ellos a una gran variedad de noticias, ideas y actitudes, y ensayan a conformar su vida al estilo de éstos. La publicidad, especialmente la televisiva, los persuade a comprar y consumir, lo que es cada día más fácil dada la importante cantidad de dinero para gastar de que disponen, convirtiéndose por tanto en un objetivo codiciado.

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos.

Por lo antes expuesto y al no existir trabajos en esta área surgió la necesidad de llevar a cabo una investigación con la finalidad principal de determinar la Prevalencia de bulimia en la población de 15 a 19 años en las Academias Preuniversitarias del cercado de Tacna y además identificar si existe una relación entre esta y la edad, sexo y estado nutricional actual de los adolescentes en estudio.



## CAPITULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

El termino bulimia nerviosa (BN) define a una enfermedad mental incluida en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que se corresponde con episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo. Una característica importante asociada a este trastorno es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

La BN constituye, hoy en día, un importante problema de salud pública en las Américas, con una prevalencia en la población femenina adolescente de no menos del 3.7%.

Los últimos datos de la OMS, reflejan que un tercio de las adolescentes refiere la realización de dietas para adelgazar y una de cada diez se ha provocado el vómito para perder peso. Sin embargo existe un descenso del 3.8% en la percepción de sobrepeso u obesidad en las mujeres y un ascenso de un 16% en la restricción alimentaria de 24 horas en hombres. La evolución en la conducta de “atracones” en los últimos 3 años aumentó un 8% en chicas y un 14% en chicos<sup>5</sup>.

Los síntomas relacionados en la Bulimia Nerviosa son en un 36 - 70 % trastornos afectivos, en los últimos estudios realizados reflejan que entre un 71 y un 75% (según distintas investigaciones) de las pacientes diagnosticadas de BN presentan un trastorno de la ansiedad<sup>6,7</sup>, pudiendo

ésta ser causada de manera anticipatoria o inmediata, y asociada con ciertos tipos de alimentos<sup>8</sup>.

Dada estas circunstancias, el uso apropiado de una herramienta de cribado breve y validada que permite la valoración sistemática del comportamiento alimentario, que incluyen preguntas sobre los hábitos personales de alimentación y dieta, peso, ejercicio, autoestima, uso de drogas, relación con la familia y con los demás, entre otras, ya que en la mayoría de las ocasiones las personas acuden al médico por otra sintomatología, como pérdida de peso, amenorrea, depresión, irritabilidad, etc. De ahí la importancia de interrogar sobre estos aspectos.

Y al no haber trabajos en Tacna, estudios que marquen los pasos iniciales para conocer este problema, y dado que existen tres instrumentos de cribado para la BN: cuestionario de cribado de dos preguntas (two-items screen),<sup>9</sup> sólo el BULIT y el BITE tienen valores de sensibilidad y especificidad para la BN. Sin embargo, la especificidad de dichos cuestionarios para diferenciar entre la BN y los casos parciales de BN y otros TCA es poco conocida y los datos de base poblacional son limitados.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se elaboró el presente estudio y se aplicó del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), que nos permite responder a la interrogante: ¿Del total de adolescentes de 15 a 19 años en las Academias Pre universitarias del cercado de Tacna, cuantos tienen bulimia?.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la prevalencia de bulimia en la población de 15 a 19 años en las academias preuniversitarias del cercado de Tacna?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

### **1.3.1. Objetivo general:**

- Determinar la prevalencia de bulimia en adolescentes de 15 a 19 años en las academias preuniversitarias del cercado de Tacna.

### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Determinar a que edad es más frecuente la bulimia.
- Determinar en que sexo es más frecuente la bulimia.
- Determinar si la dependencia familiar se asocia con bulimia.
- Determinar la relación del estado nutricional con bulimia.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN:**

Los trastornos de la alimentación son patologías que incrementaron en mayor medida su incidencia en los últimos años. La mayoría de personas afectadas por estos trastornos son mujeres adolescentes, y se ha detectado una prevalencia para bulimia nerviosa entre 1% - 3% de las adolescentes y a esto se suma el hecho de que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad y las repercusiones de este trastorno es grave, y ser los adolescentes un grupo etario que se ven muy influenciados por la presión que ejercen los medios de comunicación, que difunden cuerpos en ocasiones extremadamente delgados pudiendo ser una de las principales causas para desarrollar un trastorno alimentario, y por no existir trabajos anteriores en nuestra localidad referente al tema fue por esa razón que se realizó el presente estudio para determinar la Prevalencia de bulimia en adolescentes de 15 a 19 años de las Academias Pre universitarias del cercado de Tacna.

#### **1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:**

**1.5.1. Prevalencia:** Es la frecuencia con que aparece una enfermedad (bulimia) dentro de una población (adolescentes), según Juez y Diez en 1997.<sup>9,10</sup>

**1.5.2. Adolescencia:** Según la OMS<sup>11</sup>, es la etapa biopsicosocial del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años, y la Dra. Gutierrez, en su revisión “Abordaje del Adolescente por el médico de atención primaria”- Panamá(2009) divide la adolescencia en 3 etapas<sup>12</sup>:

- Temprana de 10 a 14 años.
- Intermedia de 15 a 16 años.
- Tardía de 17 a 19 años.

Para nuestro estudio se considerará a los adolescentes de 15 a 19 años.

**1.5.3. Trastorno de la conducta alimentaria:** Para nuestro estudio constituye un grupo de trastornos mentales caracterizado por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso, según American Psychiatric Association y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)<sup>2</sup>.

**1.5.4. Bulimia:** Es la ingesta de alimento en un corto tiempo, con pérdida de control sobre la ingesta de comida, seguido de conductas compensatorias inapropiadas y que cumple el criterio imprescindible de frecuencia y duración del trastorno al menos 2 veces por semana durante 3 meses, según los Criterios de DSM-IV<sup>2</sup>.

**1.5.5. Valoración nutricional:** En nuestro estudio la valoración nutricional de adolescentes se ejecutará con los Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad (2 a 20 años: Niños y Niñas), desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000)<sup>13</sup>, que los clasifica:

Bajo Peso	:	IMC-para edad por abajo del 5° percentil.
Normal	:	IMC-para edad entre el percentil 5° y el 84°
Sobre peso	:	IMC-para edad entre el 85° y el 94° percentil
Obesidad	:	IMC-para edad en el 95° percentil o mayor.

## CAPITULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

##### 2.1.1. Internacionales:

**Chaves de Carvalho, Paula V. “Anorexia y Bulimia en adolescentes – Sao Luis-2006” Tesis para obtener el título Mestre em Saúde e Ambiente. Univerversidade Federal do Maranhao UFMA, 2008**

This is a cross-sectional study whose objectives are to investigate the occurrence of possible eating disorders, anorexia and/or bulimia in adolescents of both sexes y of 10 - 18 years, and to identify the epidemiologic profile of both. To identify eating disorders, 500 adolescents from a private school in São Luís, Maranhão, Brazil, completed self-report questionnaires, the BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) and the EAT-26 (Eating Attitudes Test summarized). The findings indicate that 70 (14%) adolescents possibly present with diagnoses of anorexia, 4 (0,8%) of bulimia, and 11(2,2%) with anorexia and bulimia combined. It was observed that 78 (15,6%) adolescents presented with non-usual eating habits, placing them at risk for the development of eating disorders. The dissatisfaction with their own bodies and the wish to modify them are feelings present in adolescents who probably exhibit eating disorders ( $p<0.001$ )<sup>14</sup>.

**Arrufat Nebot, Francisco Javier. “Estudio de la Prevalencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la población adolescente de la Comarca de Osona –Barcelona 2006”.**

Se realizo en una población de adolescentes de 14 a 16 años, alumnos que cursan el tercero y cuarto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), fue un estudio descriptivo y de corte transversal y se aplicó instrumentos compuestos por pruebas de EAT-26 (Cuestionario de actitudes nutricionales) y CDRS (Contour Drawing Rating Scale) autoaplicado en 2280 adolescentes. Se encontró una prevalencia de los TAC en mujeres: prevalencia total de 3,49%, anorexia nerviosa 0,35%, para bulimia 0,44% y los TCANE 2,7%. En los varones: prevalencia total de 0,27%, anorexia nerviosa 0,0%, para bulimia 0,09% y los TCANE 0,18%. Así mismo un 18% de la muestra de riesgo presenta sobrepeso, la edad se asocia en las mujeres adolescentes en forma proporcional a mayor edad mayor riesgo, el consumo de tabaco se asocia al riesgo de TCA en las mujeres, el no vivir con la madre se asocia a TCA en las mujeres adolescentes, existe asociación entre la presencia de un trastorno depresivo y un TCA en las mujeres adolescentes con un  $EAT \geq 20$ .<sup>15</sup>

**Manrique A. Fred., Barrera S. Lina., Ospina D. Juan Manuel. “Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo asociados probablemente”. Avances de Enfermería Vol. XXIV No. 2 Julio –Dic. 2006- Colombia**

Se consideraron a los adolescentes de 13 a 17 años, que asisten a dos colegios de la ciudad de Tunja, Boyacá un estudio de prevalencia analítica y de corte transversal y un instrumento compuesto por pruebas de BITE( Cuestionario de Investigación de bulimia de Edimburgo), EAT-26 (Cuestionario de actitudes nutricionales) y SCOFF (del acrónimo del inglés sick, control, one, fat, food) autoaplicado en 179 adolescentes de la

ciudad de Tunja. La prevalencia de los trastorno de la conducta alimentaria es de 10,6% para bulimia, 1,1% para anorexia, según BITE: Prevalencia de bulimia en el sexo masculino fue de 13% y en sexo femenino de 10,3%, en discriminación por grupo de edad, los adolescentes entre 13 y 15 años registraron prevalencias de 8,5%, mientras que en el grupo de 16-17 años se encontró un 16,3%; no existiendo asociación estadística que relacione la variable sexo como condicionante para desencadenar la enfermedad( $p=0,72$ ), pero la variable edad se comporta como condicionante para desencadenar bulimia, con asociación estadística significativa( $p=0,000$ ), la edad de riesgo es de 16 a 17 años<sup>16</sup>.

**Rodríguez C. Teresa; Fernández, Luis B., Belmonte Ll. Antonia.**  
**“Nuevas Contribuciones al predominio de los Desórdenes Alimentarios en adolescentes Españoles”. Art. Orig. European Psychiatry. 2005;20(2):173-178.**

El presente estudio fue con 1076 adolescentes (500 hombres y 576 mujeres) que participaron en un examen de dos etapas. A los 13 años, aparte de examinar las numerosas variables clínicas y psicosociales, se evaluaron por medio de instrumentos de investigación autoadministrados, del Test de Investigación de la Bulimia de Edimburgo (BITE), el Cuestionario de la forma corporal (BSQ). Los sujetos se entrevistaron otra vez 2 años más tarde. Después, 159 casos probables y 150 controles fueron entrevistados con por medio de la entrevista estructurada SCAN. El predominio de los TA en adolescentes fue del 3.71% (95% CI 2.58-4.83 6.4% de mujeres, 0.6% de hombres): anorexia nerviosa 0.1%, bulimia nerviosa 0.75%, trastornos alimentarios no especificados de otra manera (EDNOS) = 2.88%. El índice de falsa negativa fue de un 2.6% del grupo control y la mayoría de ellos eran EDNOS.<sup>17</sup>



**Quintero Párraga, Evelyn; Pérez Montiel, Ana Cristina; Montiel Nava, Cecilia; Pirela, Dexy; Acosta, María Fernanda; Pineda, Ninoska. “Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo”: Estado Zulia-Venezuela. Invest. Clín; 44(3):179-193, sept. 2003.**

Este estudio tomó 1.363 adolescentes de una población conformada por 23.831 estudiantes, los cuales seleccionados de manera aleatoria y estratificada, de acuerdo al tipo de institución (públicas o privadas) y los grados correspondientes a la tercera etapa de educación básica y ciclo diversificado. Para recolectar los datos se aplicó la lista de chequeo A.B.A. y según los criterios propuestos en el DSM-IV. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia del 0% en Anorexia nerviosa, 1,58% en Bulimia nerviosa y 0,66% correspondiente al Trastorno por Atracón. Las características clínicas asociadas a estos trastornos muestran singularidad que otorgan rasgos distintivos a los sujetos del estudio<sup>18</sup>.

### **2.1.2. Nacionales:**

**Almenara Vargas Carlos A., “Análisis histórico crítico de la Anorexia y Bulimia nerviosas”. Tesis para optar el Título profesional de Psicólogo. Universidad Mayor de San Marcos. Lima Perú -2006.**

Entre la población adolescente de la Sierra peruana (Ayacucho, Huaraz y Cajamarca), se encontró en el año 2003 una prevalencia actual de de 0.4% para la bulimia nerviosa en adolescentes de 12 a 18 años(0.3% en Huaraz, 0.4% en Ayacucho y 0.5% en Cajamarca), 4.0% para las conductas bulímicas (3.7% en Huaraz, 5.7% en Ayacucho y 2.1% en Cajamarca), 0.1% para la anorexia nerviosa (0.6% en Huaraz, 0.0% en Ayacucho y 0.0% en Cajamarca) y 5.9% para la tendencia a presentar problemas alimentarios: 6.1% en Huaraz, 6.1% en Ayacucho y 5.7% en

Cajamarca (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2003, p. 137).<sup>19,20</sup>

Para el año 2004, en las principales ciudades de la Selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), la prevalencia actual entre la población adolescente era de 0.1% para la bulimia nerviosa, 4.5% para las conductas bulímicas, 0.1% para la anorexia nerviosa y 5.1% para la tendencia a presentar problemas alimentarios (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2004, p. 137)<sup>19,21</sup>.

**Palpan, J., Jimenez C., Garay T., Jimenez V. “Factores Psicosociales asociados a los Trastornos de Alimentación en Adolescentes de Lima Metropolitana-2007” *Psychology Internacional*, Vol 18 No.4**

La muestra fue de 180 estudiantes de 4to y 5to año de secundaria, de ambos sexos, con edades entre los 14 a 18 años. Se empleo un diseño no experimental, de tipo descriptivo, comparativo y correlacional. Utilizamos las escalas EAT-26 adaptada, escala de ansiedad y depresión de Golberg, el inventario de autoconcepto AF 5, y el cuestionario de disfunción familiar. Los resultados indican que 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación, y que un 20,5% y un 25,1% se encuentra dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente. Además, que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres presenta un trastorno en su conducta alimentaria, en la prueba de T de Student ( $p=0.046<0.05$ ) se mostro que existen diferencias significativas en el trastorno de alimentación de hombres y mujeres. Los Odds Ratio indican que la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo, en tanto que el autoconcepto se constituye en factor de protección. Finalmente, en el análisis de regresión múltiple permite sostener la disfunción familiar es factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación, seguido del autoconcepto.<sup>22</sup>

### **2.1.3. Locales:**

No se han encontrado datos estadísticos locales que reflejen esta problemática.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia nerviosa AN, la bulimia nerviosa BN y otras alteraciones menos específicas denominadas Trastornos de la conducta alimentaria no especificadas TCANE.

La Bulimia nerviosa (BN) constituye, hoy en día, un importante problema de salud pública, con una prevalencia en la población femenina adolescente del 3.7%. Los últimos datos reflejan que un tercio de las adolescentes refiere la realización de dietas para adelgazar y una de cada diez se ha provocado el vómito para perder peso. Sin embargo existe un descenso del 3.8% en la percepción de sobrepeso u obesidad en las mujeres y un ascenso de un 16% en la restricción alimentaria de 24 horas en hombres. La evolución en la conducta de “atracones” en los últimos 3 años aumentó un 8% en chicas y un 14% en chicos. Por otro lado, algunos estudios tienden a considerar que los trastornos de la ansiedad desempeñan un papel etiológico en la aparición de los trastornos de la alimentación<sup>8</sup>.

Se ha connotado a la bulimia y anorexia como las epidemias del siglo XXI, se habla de alarmante incidencia y prevalencia y se afirma que

estas crecen en forma vertiginosa; aunque no todos los autores opinan que exista tal incremento.

### **2.2.1. Definición:**

Bulimia nerviosa (BN) define a una enfermedad mental incluida en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que se corresponde con episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo. Esta conducta ha pasado a ser una práctica común en jóvenes universitarios y, más recientemente, en los institutos o academias<sup>23</sup>.

### **2.2.2. Epidemiología:**

Desde 1980 se han realizado en todo el mundo más de 60 estudios sobre la prevalencia de la BN y se ha hallado que ésta afecta a entre el 1 y el 2 % de las mujeres jóvenes.<sup>24,25</sup> Según el DSM-IV, la BN se presenta en el 1 al 3 % de mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en el sexo masculino la prevalencia es 10 veces menor.

Diversos estudios sugieren que el número de casos sigue incrementándose en la actualidad.

### **2.2.3 Causas:**

**a) Individual:** Sobrepeso, perfeccionismo, problemas para ser autónomo, baja autoestima

**b) Genéticos:** Los precedentes familiares aumentan el riesgo de padecer el trastorno.

**c) Socioculturales:** Ideales de delgadez, prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, mala resolución de conflictos.

Así como existen los factores que predisponen a la persona, se halla aquellos que precipitan en quien lo padece cambios físico y síquicos de la pubertad, dietas, mala valoración del cuerpo, insatisfacción personal, trastornos emocionales, entre otros; dando paso a aquellos factores que la mantienen bien sea un ciclo atracción-purgas, reaparición de la ansiedad, abuso de sustancias y autolesiones<sup>26</sup>.

Por otra parte según la Dra. Morder (2003), especialista en Psiquiatría Infantil dice que: “Una de las causas mas agravantes es la vida de adolescencia que presentan las pacientes con bulimia nerviosa ya que frecuentan alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional.<sup>26</sup>”

### **2.2.3. Manifestaciones Clínicas:**

- Episodios recurrentes de atracones de comida.
- Una sensación de pérdida del autodominio durante los atracones de comida.
- El uso regular de vomito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy energético para evitar el aumento de peso.
- Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
- Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y

trabajan duro para ser lo más atractivas posibles, porque se ven diferentes.

- Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.
- Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollaran bulimia.<sup>27</sup>

Todo ello puede producir en una serie de consecuencias físicas y del comportamiento:

- Lesiones en las manos por los vómitos autoprovocados.
- Vómitos y diarreas incontrolables.
- Subidas y bajadas de peso.
- Obsesión por la comida.
- Depresiones y amenaza de suicidio.
- Aislamiento social.
- Falta de autoestima<sup>27</sup>.

#### **2.2.4. Criterios Diagnósticos:**

Tanto el DSM-IV establece que, para poder diagnosticar una bulimia nerviosa los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.<sup>2</sup>

##### **2.2.4.1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa:**

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos:

- Tipo purgativo: Cuando se utiliza como conducta compensatoria inapropiada el vómito, laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias como el ejercicio físico intenso o no se hace nada o se hace mucho ayuno<sup>2</sup>.

### **2.2.5. Adolescencia:**

Período de vida que se inicia en la pubertad y se extiende durante un lapso de cinco o seis años. Se caracteriza por el rápido desarrollo general del organismo, y en especial de los caracteres sexuales primarios y secundarios, lo cual permite al individuo alcanzar la madurez.

La OMS define a la adolescencia como una etapa biopsicosocial del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años<sup>10</sup> y la Dra. Gutierrez, en su revisión “Abordaje del Adolescente por el Médico de Atención primaria”<sup>11</sup> divide la adolescencia en 3 etapas:

- Temprana: Edad comprendida entre los 10 y 14 años.
- Intermedia: Edad comprendida entre los de 15 a 16 años.
- Tardía : Edad comprendida entre los de 17 a 19 años.

Según la Lic. Farah “Un adolescente es aquél que ha superado el status de niño pero que todavía no tiene los privilegios de un adulto. Constituye el período de inserción en la vida social del adulto”. Esto lleva a concluir que un adolescente no es ni infante, ni adulto, es decir que esta en una transición por ambos rasgos; convirtiéndose entonces en una fase media experimental de todo ser humano viviente.



Según Debesse (1962) “El conocimiento del adolescente es costoso y difícil porque es una edad cerrada, secreta, que evade las preguntas o proporciona respuestas poco dignas de crédito; es asimismo, una edad cambiante; la conducta puede desconcertar al observador experto... Es una edad que se ilumina y repliega voluntariamente a sí misma”.

Es decir, que la etapa de la adolescencia es bastante complicada de definir, puesto que en esa edad, el joven es más cerrado hacia la sociedad, y es por ello que su conducta suele ser cambiante. La adolescencia es igual o similar en todas las épocas, pero surgen comportamientos distintos en cada momento histórico. No cambia la adolescencia, sino la sociedad en que se vive.<sup>28</sup>

### **2.2.7 Influencia de la bulimia en las adolescentes**

Los dos tipos más comunes de trastornos alimenticios son la bulimia y la anorexia. Estos dos trastornos son difíciles de separar, ya que comparten ciertas características: tanto la bulimia como en la anorexia, la persona tiene una imagen distorsionada de su propio cuerpo y vive obsesionada con la comida.

La bulimia es algo diferente a la anorexia ya que la persona que la padece no evita comer. Todo lo contrario; esta persona ingiere grandes cantidades de alimentos que elimina vomitando. La bulimia es difícil de detectar. De hecho, una persona con bulimia puede tener un peso normal o un poco mayor que el peso normal.

Este trastorno tiene el síntoma común, de desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud. Y es en la

adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "modelos" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.<sup>29</sup>

Esto quiere decir que afecta no solo su parte física, y de igual forma el aspecto psicológico, llevándola a conflictos personales, familiares, sociales y educativos, convirtiéndose en elementos perjudiciales para la adolescente.<sup>29</sup>

#### **2.2.8 Valoración del Estado Nutricional del Adolescente:**

El ser humano esta integrado por un conjunto de órganos y tejidos cuya composición y proporción va variando desde el nacimiento hasta la edad adulta. La progresión de estos cambios está influenciada directamente por la alimentación y el medio hormonal: su valoración constituye un indicador excelente del desarrollo del un individuo.

Los grandes espacios que conforman el organismo humano son la masa grasa o tejido de reserva energética, la masa magra con un componente muscular y otro visceral, la masa esquelética o tejido de sostén, el agua extracelular con los líquidos intersticial, vascular y linfático.

Según la definición de la Organización mundial de la salud (OMS),<sup>10</sup> la adolescencia corresponde a la edades de 10 a 19 años de edad. Es un periodo completo de desarrollo, que involucra cambios no solo biológicos, físicos y de maduración, sino también psicológicos e intelectuales que afectan las necesidad nutricionales del adolescente (Bourguignon, 1994).

Las importantes modificaciones hormonales que tienen lugar en la pubertad van a determinar que en esta etapa de la vida, el sujeto además de conseguir la talla definitiva, alcance la maduración sexual y la capacidad reproductora, y establezca su estructura afectiva y de personalidad, igualmente, experimenta notables cambios tanto cualitativos como entitativos en la composición del organismo (OMS, 2002).

Con el fin de valorar los diferentes comportamientos del organismo se han desarrollado diferentes métodos que van desde técnicas antropométricas de bajo costo hasta sofisticadas determinaciones basadas en principios físicos, técnicas de imagen, determinaciones bioquímicas y determinaciones hormonales.

#### **2.2.8.1. Antropometría**

Permite valorar el tamaño (crecimiento) y la composición corporal. Es muy útil siempre que se recojan bien las medidas y se interpreten adecuadamente.

Las medidas incluyen: peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial y pliegue tricípital. Se debe controlar periódicamente el material.

**a. Interpretación.** Una vez recogidas las medidas del niño, es necesario contrastarlo con los patrones de referencia, lo que se puede hacer mediante percentiles o calculando puntuaciones  $Z^{30}$ . Como patrón de referencia, el comité de expertos de la OMS recomienda contar con tablas locales siempre que cumplan unas condiciones; en nuestro país se han difundido las de Hernández y colaboradores<sup>31</sup>. Como patrón internacional se recomiendan las tablas de NCHS<sup>32</sup>, aunque recientemente se ha publicado la versión 2000 del CDC (Center for Disease Control) que las sustituye en Estados Unidos. También se ha

elaborado un patrón multicéntrico para niños europeos de 0-5 años (Euro-Growth 2000) con todos los parámetros descritos (disponible en CD), cuya aplicación permitirá unificar criterios<sup>33</sup>.

Es muy importante valorar los cambios a lo largo del tiempo ya que una medida aislada tiene poco valor. Las mediciones seriadas nos van a permitir: a) construir un perfil de desarrollo del niño, y b) calcular su velocidad de crecimiento, sobre todo de la talla.

Rellenar los percentiles en la cartilla de salud con las medidas del peso, talla y perímetro craneal y hacer el seguimiento longitudinal de cada niño permitirá mostrar cuál es su canal de crecimiento y detectar cuándo desvía su percentil habitual. Esto aporta una información extraordinariamente importante para interpretar el crecimiento y estado de nutrición de un niño.

**b. Cálculo de índices.** Con ciertas medidas se pueden calcular índices derivados que permiten clasificar el estado de nutrición y evaluarlo en el tiempo y como respuesta a las medidas terapéuticas.

- El **índice de masa corporal** (IMC) es muy fácil de calcular y útil para clasificar la sobrenutrición y obesidad en escolares y adolescentes<sup>34</sup>, pero no están establecidos los límites de subnutrición. Es importante tener en cuenta que cuando está elevado indica "sobrepeso", que puede ser debido a exceso de masa grasa (obesidad) o a exceso de masa magra (constitución atlética). Para diferenciarlo resulta muy útil el perímetro del brazo y el pliegue tricípital. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresado en metros.

La OMS ha definido la obesidad a partir de los 18 años como un IMC igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> y al sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 kg/m<sup>2</sup>. Sin embargo, en sujetos menores a 18 años estos valores no se pueden utilizar ya que el IMC en la infancia cambia sustancialmente con la edad (Cole y col., 1995).

Para el establecimiento de estos puntos de corte, hay diferentes métodos, tales como la definición de un percentil determinado como punto de corte en una población de referencia o definir el valor de punto de corte a partir de un IMC determinado a los 18 años. En este sentido existen tablas de referencia tales como las desarrolladas por Must y col. (1991) que provienen de los estudios nacionales de examen de salud de Estados Unidos (NHANES I) e incluyen percentiles de 6 a 19 años.

En España, existen también estas tablas elaboradas por Hernández y col. (1988), las cuales definen como sobrepeso a partir del percentil 85 y obesidad a partir del percentil 97. Cole y col. (2000) han elaborado unas tablas de referencia de IMC para comparaciones internacionales que a diferencia de las tablas de referencia de percentiles, propone definir al sobrepeso y a la obesidad no a partir de un percentil determinado sino a partir del valor que determina el IMC 25 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) a los 18 años o el IMC 30 kg/m<sup>2</sup> (obesidad) a la misma edad<sup>12</sup>.

Esta definición internacional permite el cribado de adolescentes con sobrepeso y obesidad de todo el mundo bajo el mismo criterio.

## CAPITULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. HIPÓTESIS:

Existe una prevalencia de bulimia mayor al 3% en la población adolescente en las Academias pre universitarias del cercado de Tacna.

#### 3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Fecha de nacimiento	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años	Razón
Sexo	Características sexuales	Femenino Masculino	Nominal
Indice de Masa Corporal	Según Talla y Peso	1. Bajo Peso : IMC-para edad por abajo de 5° percentil  2. Normal: IMC-para	Nominal

		<p>edad entre el percentil 5° y 84°</p> <p>3. Sobre peso: IMC- para edad entre el percentil 85° y 94°</p> <p>4. Obesidad: IMC- para edad en el percentil 95° o mayor.</p>	
Academia Pre-universitaria	Lugar de preparación para rendir examen de ingreso a la universidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CIMA</li> <li>- César Vallejo</li> <li>- Bryce</li> <li>- Alexander Fleming</li> <li>- Pedro Ruiz Gallo</li> </ul>	Nominal
Bulimia	TEST DEBULIMIA DE EDIMBURGO	<p><u>Escala de síntomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt; 10: ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida.</li> <li>○ 10-20: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa).</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 15-20: bulimia nerviosa subclínica-</li> <li>○ &gt;20: patrón de comportamiento muy alterado ( Bulimia).</li> </ul> <p>•<u>Escala de gravedad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5-10: gravedad significativa.</li> <li>○ &gt;10: gran gravedad</li> </ul>	
Dependencia familiar	Persona responsable del adolescente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Madre</li> <li>2. Padre</li> <li>3. Ambos</li> <li>4. Un familiar</li> <li>5. Se auto mantiene</li> </ol>	Nominal



## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. DISEÑO:

El presente estudio es observacional, prospectivo, analítico y de corte transversal.

#### 4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

Las Academias Pre universitarias del Cercado de Tacna: CIMA, César Vallejo, Bryce, Alexander Fleming, Pedro Ruiz Gallo.

#### 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

##### 4.3.1. Población:

La población estudiada estuvo integrada por 2500 adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes a las academias preuniversitarias del cercado de Tacna.

##### 4.3.2. Muestra:

El tamaño de muestra fue tomada por muestreo estratificado simple, y cada academia se comporto como un estrato aportando proporcionalmente a la muestra según tamaño poblacional.

e trabajo con la lista de asistencia de cada academia y el muestreo fue aleatoriamente, teniendo participación y colaboración de los docentes

que nos facilitaron que el alumno (adolescente) saliera del aula para ser encuestada(o), así mismo este método de trabajo nos ayudaba para poder pesar y tallar a cada adolescente, de tal manera que no se interrumpía el dictado de clases.

La muestra aleatoria simple se realizó según los siguientes criterios:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2(n-1) + z^2(p)(1-p)}$$

$$n = \frac{(2500)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (2499) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{2401}{6.24+0.9} = \frac{2401}{7.20} = 333$$

Se calculo un factor de pérdida del 10% (33) y un 10% de sesgo error (33). Entonces la muestra estuvo constituida por 399 adolescentes.

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población

P = Prevalencia esperada 0.5 (50%)

z = Nivel de confianza (95% = 1.96)

d = 0.05

#### **4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

##### **4.4.1. Criterios de Inclusión:**

- Adolescentes de ambos sexos
- Edad entre 15 a 19 años.
- Pertenecientes e inscritos en las Academias Preuniversitarias del cercano de Tacna.

#### **4.4.2. Criterios de Exclusión:**

- Jóvenes que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes que no estuvieron presentes en el momento de realizar el estudio.

#### **4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ( ANEXO 01)**

De los autores M. Henderson, D.P. Freeman Adaptado a la población española por Cervera y cols, 1995<sup>35</sup>. El BITE (Bulimic Investigatory Test Edimburgh),<sup>36</sup> es un cuestionario diseñado para identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos.

Consta de 33 ítems que se agrupan en 2 subescalas diferentes:

- Escala de síntomas (30 ítems)
- Escala de gravedad (3 ítems)

La escala de síntomas evalúa el número y el grado de los síntomas que están presentes y la de gravedad, el índice de gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas.

Cada ítem de la escala de síntomas cuenta con dos posibles respuestas (SI/NO). En la escala de gravedad cuenta con varias respuestas que indican frecuencia.

##### **4.5.1. Corrección e Interpretación:**

La puntuación en la escala de síntomas: Se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los diferentes ítems, oscilando entre 0 y 30.

- Ítems 1, 13, 21, 23 y 31: no, 1 punto; si, 0 puntos.
- Ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 32 y 33: no, 0 puntos; si, 1 punto.

La puntuación escala de gravedad, se obtiene sumando los puntos obtenidos en las preguntas 6, 7 y 27.

#### 4.5.1.1. Puntos de corte:

- Escala de síntomas:
  - < 10: ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida
  - 10-20: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)
  - 15-20: bulimia nerviosa subclínica
  - >20: patrón de comportamiento muy alterado ( Bulimia).
  
- Escala de gravedad:
  - 5-10: gravedad significativa
  - >10: gran gravedad

Este instrumento: Test de bulimia de Edimburgo (BITE), también lo hemos validado para ser utilizado en la localidad de Tacna a través de la Prueba de Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach
0.872

## **CAPITULO V**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **5.1 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS:**

Se utilizó los programas Excel 2007 y SPSS versión 15 para el procesamiento de datos, luego por depuración simple, se calculó las medidas de Tendencia central y porcentajes de cada una de las preguntas utilizando la prueba estadística Chi cuadrado, correspondientes con valores proporcionales según el tipo de variable y categoría en tablas de contingencia de doble entrada, de acuerdo a lo requerido por los objetivos.

## **CAPITULO VI**

# **RESULTADOS**

Tabla 01

Distribución de Frecuencia de Edad, según el Sexo en los Adolescentes en Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna- Enero 2010

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad	15 años	24	12.6%	31	14.8%	55	13.8%
	16 años	38	20.0%	41	19.6%	79	19.8%
	17 años	48	25.3%	69	33.0%	117	29.3%
	18 años	64	33.7%	37	17.7%	101	25.3%
	19 años	16	8.4%	31	14.8%	47	11.8%
	Total	190	100.0%	209	100.0%	399	100.0%
Academia Pre Universitaria	CIMA	71	37.4%	81	38.8%	152	38.1%
	Cesar Vallejo	18	9.5%	14	6.7%	32	8.0%
	Bryce	12	6.3%	6	2.9%	18	4.5%
	Alexander Fleming	54	28.4%	52	24.9%	106	26.6%
	Pedro Ruiz Gallo	35	18.4%	56	26.8%	91	22.8%
	Total	190	100.0%	209	100.0%	399	100.0%

Fuente: Encuesta: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

En la Tabla 01, se observa que en las adolescentes de sexo femenino de 18 años se encuentra la mayor frecuencia con un 33,7% (n=64), seguido de un 25,4% (n=48) que tienen 17 años, y en tercer lugar están las de 16 años que representan el 20% (n=38) del total del sexo femenino.

Mientras que en el sexo masculino la frecuencia es diferente, puesto que el mayor porcentaje es 33% (n=69) y tienen 17 años, seguido de 19,6% (n=41) con 16 años y un tercer lugar con un 17,7% (n=37) con 18 años.

Según la Academia Preuniversitaria de procedencia del grupo de estudio, podemos decir que del total del sexo femenino el 37,4% proceden del CIMA, seguido del 28,4% procede del Alexander Fleming y un 18,4% del Pedro Ruiz Gallo y del total del sexo masculino el 38,8% procede del CIMA y el 26,8% procede del Pedro Ruiz Gallo y el 24,9% procede del Alexander Fleming.



Tabla 02

Distribución de la Escala de Síntomas según el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna- Enero 2010

		N	%
<b>ESCALA DE SINTOMAS</b>	Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida	317	79.4%
	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)	39	9.8%
	Bulimia nerviosa subclínica	28	7.0%
	Patrón de comportamiento muy alterado ( Bulimia)	15	3.8%
	Total	399	100.0%

Fuente: Encuesta: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

Del total de adolescentes en Academias Preuniversitarias del cercado de Tacna se observa que un 3,8% (n= 15) de la población entrevistada presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia nerviosa) que requieren una atención inmediata(n=15), y un 7% (n= 28) bulimia nerviosa subclínica, lo cual no se puede identificar solo al aplicar este test.

También podemos decir que del total de adolescentes el 79,4% (n=317) presenta ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida, pero ya existe un 9,8% (n=39) que presenta patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa).

Tabla 03

Relación de las Variables Sociodemográficas y la Escala de Síntomas (BITE) en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna- Enero 2010

		ESCALA DE SINTOMAS										P
		Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida		Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)		Bulimia nerviosa subclínica		Patrón de comportamiento muy alterado ( Bulimia)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Edad</b>	15 años	42	76.4%	6	10.9%	7	12.7%	0	0.0%	55	100.0%	0.291
	16 años	61	77.2%	9	11.4%	7	8.9%	2	2.5%	79	100.0%	
	17 años	94	80.3%	11	9.4%	7	6.0%	5	4.3%	117	100.0%	
	18 años	80	79.2%	9	8.9%	4	4.0%	8	7.9%	101	100.0%	
	19 años	40	85.1%	4	8.5%	3	6.4%	0	0.0%	47	100.0%	
	Total	317	79.4%	39	9.8%	28	7.0%	15	3.8%	399	100.0%	
<b>Sexo</b>	Femenino	137	72.1%	19	10.0%	23	12.1%	11	5.8%	190	100.0%	0.000
	Masculino	180	86.1%	20	9.6%	5	2.4%	4	1.9%	209	100.0%	
	Total	317	79.4%	39	9.8%	28	7.0%	15	3.8%	399	100.0%	
<b>Dependencia Familiar</b>	Madre	32	64.0%	11	22.0%	5	10.0%	2	4.0%	50	100.0%	0.019
	Padre	19	86.4%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	22	100.0%	
	Ambos	238	83.2%	20	7.0%	19	6.6%	9	3.1%	286	100.0%	
	Un familiar	24	72.7%	3	9.1%	4	12.1%	2	6.1%	33	100.0%	
	Se auto mantiene	4	50.0%	3	37.5%	0	0.0%	1	12.5%	8	100.0%	
	Total	317	79.4%	39	9.8%	28	7.0%	15	3.8%	399	100.0%	

Fuente: Encuesta: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

Prueba Estadística Chi cuadrado de Pearson.

En la Tabla 03, se observa que en la relación de las variables sociodemográficas con la escala de síntomas obtenidos según la aplicación del Test de bulimia de Edimburgo (BITE), se encontró que no existe diferencia significativa ( $p= 0,291$ ), entre la edad y el hecho de sufrir o no algún patrón de comportamiento anormal hacia la comida.

Según el sexo, femenino ( $n=190$ ), el 12,1% presenta bulimia nerviosa subclínica y el 5,8% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia), en cambio en el sexo masculino ( $n=209$ ), solo el 2,4% presenta una bulimia nerviosa subclínica y un 1,9% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia), cifras mucho menores que las mujeres y esta diferencia es altamente significativa ( $p=0.000$ ).

Según la variable de dependencia familiar las personas que dependen directamente de la madre ( $n=50$ ) el 10% ya presenta una bulimia nerviosa subclínica y el 4,0% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia). Proporciones similares elevadas presenta los que viven con algún familiar, donde un 12,1% presenta una bulimia nerviosa subclínica, seguido de un 6,1% que presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia). Estas cifras son altamente significativas ( $p=0,019$ ). En el grupo que se automantiene ( $n=8$ ) el 12,5% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia), posiblemente el grupo de mayor riesgo comparado con los demás.

Tabla 04

Distribución del Estado Nutricional de acuerdo a los Percentiles en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna- Enero 2010

		N	%
<b>Percentil</b>	<b>Bajo Peso (&lt; P 5)</b>	4	1.0%
	<b>Normal (entre P5 y P84)</b>	321	80.5%
	<b>Sobrepeso (Entre 85 y 94)</b>	56	14.0%
	<b>Obesidad (&gt;P95)</b>	18	4.5%
	<b>Total</b>	399	100.0%

Fuente: Encuesta y Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad (2 a 20 años: Niños y Niñas), desarrollado por CDC (2000).

En la Tabla 04, observamos que del total de la población en estudio (n=399), el 14% (n=56) ha presentado sobrepeso y un 4,5% (n=18) tiene obesidad y solo el 1,0% presentó bajo peso, el 80% presentó peso normal o adecuado. Podemos comentar que hay trastornos alimentarios comprendidos en los grupos de sobrepeso y obesidad en un 18,5% de los adolescentes del total del grupo de estudio.

Tabla 05

Relación de la Escala de Síntomas (BITE) según el Diagnóstico Nutricional Percentilar en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna- Enero 2010

		Percentil										p
		Bajo Peso (< P 5)		Normal (entre P5 y P84)		Sobrepeso (Entre 85 y 94)		Obesidad (>P95)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>ESCALA DE SINTOMAS</b>	Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida	2	0.6%	288	90.9%	20	6.3%	7	2.2%	317	100.0%	0.000
	Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)	0	0.0%	19	48.7%	18	46.2%	2	5.1%	39	100.0%	
	Bulimia nerviosa subclínica	2	7.1%	11	39.3%	11	39.3%	4	14.3%	28	100.0%	
	Patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia)	0	0.0%	3	20.0%	7	46.7%	5	33.3%	15	100.0%	
	Total	4	1.0%	321	80.5%	56	14.0%	18	4.5%	399	100.0%	

Fuente: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) y Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad (2 a 20 años: Niños y Niñas), desarrollado por el CDC. (2000).

Prueba Estadística Chi cuadrado de Pearson (p=0.000).

En la Tabla 05, observamos en el grupo de con un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia) (n=15), el 46,7% tiene sobrepeso y un 33,3% tiene el diagnóstico de obesidad, estas diferencias en las escalas de sobrepeso y obesidad son altamente significativas ( $p=0.000$ ). Podemos afirmar que hay una relación directa entre la escala de síntomas y el aumento de peso.

En el grupo con bulimia nerviosa subclínica (n=28) solo el 39,3% tiene peso normal para la edad y existe también un 39,3% con sobrepeso y un 14,3% con el diagnóstico de obesidad.

Así mismo en el grupo con ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida(n=317) el 90,9% se encuentra con un peso adecuado para su edad. Existe un 6,3% con diagnóstico de sobrepeso y un 2,2% con obesidad, a pesar de tener ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida y en el grupo con patrones alimentarios anormales (n=39), el 48,7% (menos de la mitad) presentan un peso normal para la edad pero ya existe un 46,2% con sobrepeso y un 5,1% con obesidad.

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN

Debemos resaltar que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre los adolescentes y se estima que la prevalencia de bulimia a nivel mundial es de 1 – 3% en adolescentes según DSM IV<sup>2</sup> y en las Américas esta prevalencia no es menos del 3,7%.

En la realización del presente estudio se incluyeron a 399 adolescentes de 15 a 19 años que pertenecían a las academias preuniversitarias del cercado de Tacna- Enero 2010, a quienes se le aplicó el test de bulimia de Edimburgo (BITE) para detectar casos de bulimia.

En la Tabla 01, encontramos que los adolescentes de sexo femenino (n=190) el 79% tienen 16, 17 y 18 años y de estos el mayor porcentaje tienen 18 años con un 33,7% (n=64), mientras que en el sexo masculino (n=209) la frecuencia es diferente, puesto que el mayor porcentaje tienen 17 años con un 33% (n=69).

Según la Academia preuniversitaria de procedencia (tabla 01) del grupo de estudio, podemos decir que del total del sexo femenino el 37,4% proceden del CIMA, seguido del 28,4% procede del Alexander Fleming y del total del sexo masculino el 38,8% procede del CIMA y el 26,8% procede del Pedro Ruiz Gallo, cifra un poco menor pero muy representativa con un 24,9% son de la academia Alexander Fleming.

En la Tabla 02, se encontró que un 3,8% de adolescentes de 15 a 19 años de las Academias preuniversitarias del cercado de Tacna presentan bulimia, y esta prevalencia es similar a la cifra registrada mundialmente según el DSM IV (1-3%)<sup>2</sup>, sin embargo este resultado no coincide con los porcentajes hallados por los investigadores Chaves de Carvalho, Paula en el año 2006 (0,8%)<sup>14</sup>, Arrufat

Nebot y cols. en el año 2006 (0,53%)<sup>15</sup>, Rodriguez C. Teresa y cols. en el año 2005 (0,75%)<sup>17</sup>, Quintero P. Evelyn y cols. en el año 2003 (1,58%)<sup>18</sup>, y Almenara V. Carlos en el año 2006 (Sierra peruana 0,4%; Selva peruana 0,1%)<sup>19</sup>, donde se observa prevalencias menores; y con lo reportado por el investigador Manrique A. Fred y cols. en el año 2006 (10,6%)<sup>16</sup>, encontrándose una prevalencia mayor.

En la Tabla 03, según la variable edad se encontró que los casos de bulimia correspondían a los adolescentes de 18 años (7,9%), así mismo se determinó que no existe diferencia significativa entre la edad y el hecho de desarrollar bulimia o de sufrir algún patrón de comportamiento anormal hacia la comida ( $p=0,291$ ), en cambio en el estudio realizado por Manrique A. Fred y cols en el año 2006 en adolescentes de 13 a 17 años en Tunja-Colombia encontró que la edad de riesgo es de 16 a 17 años (16,3%)<sup>16</sup> y se comporta como condicionante para desencadenar bulimia con una asociación estadística significativa ( $p=0,000$ ), y Arrufat Nebot, Francisco en el año 2006 en su estudio con adolescentes de 14 a 16 años reporta que la edad se asocia a las mujeres en forma proporcional a mayor edad mayor riesgo<sup>15</sup>.

Así mismo (tabla 03), según la variable sexo, se encontró que el sexo femenino es el que más desarrolla bulimia con un 5,8% y el sexo masculino con un 1,9%, diferencia que es altamente significativa ( $p=0,000$ ), datos que son similares al descrito por Arrufat N. Francisco (2006) que encontró bulimia en el sexo femenino con 0,44% y en el sexo masculino 0,09%<sup>15</sup>, lo que confirma lo reportado en la literatura mundial, es el sexo femenino el más afectado y la incidencia en varones parece ir en aumento (Garner 1998), pero esto no coincide con el hallazgo del investigador Manrique A. Fred y cols en el año 2006 que encontraron mayor porcentaje de bulimia en sexo masculino con 13%, y en el sexo femenino con 10,3%, así mismo dice que no existe asociación estadística que relacione el sexo como condicionante para desencadenar la enfermedad ( $p=0,72$ ).<sup>16</sup>



Y, en relación a la variable dependencia familiar (tabla 03), se encontró que los adolescentes que dependen directamente de la madre (4%), de algún familiar (6,1%) o se automantienen (12,5%) presentan bulimia y estas cifras son altamente significativas ( $p=0,019$ ), y el investigador Arrufat N. Francisco (2006) en su estudio concluye que el no vivir con la madre se asocia a un trastorno de conducta alimentaria<sup>15</sup>, lo que coincide con el estudio realizado por Palpa, J. y cols (2007) en adolescentes de Lima Metropolitana, que refiere que la disfunción familiar es un factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación.<sup>19</sup>

En la Tabla 04, se observa que del total de adolescentes en quienes se realizó la evaluación nutricional ( $n=399$ ) según el índice de masa corporal por edad (2 a 20 años) desarrollado por el Centro Nacional de Estadística de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de las enfermedades crónicas y Promoción de la Salud 2000, se determinó que el 14% ( $n=56$ ) presenta sobrepeso y un 4,5% ( $n=18$ ) tiene obesidad. Un porcentaje mínimo de adolescentes tiene bajo peso con 1,0% y el 80% está con un estado nutricional normal o adecuado. Podemos comentar que hay trastornos alimentarios comprendidos en los grupos de sobrepeso y obesidad. Entonces podemos decir que la obesidad y el sobrepeso están alcanzando caracteres de epidemia a nivel mundial, así como lo reporta la OMS.

En la Tabla 05, se determinó que los adolescentes con bulimia están con sobrepeso 46,7% y un 33,3% con obesidad, siendo cifras superiores al estudio realizado por Arrufat N. Francisco en el año 2006 donde encontró que un 18% de los adolescentes tienen sobrepeso<sup>15</sup>. Entonces afirmamos lo que menciona el DSM IV que la bulimia se asocia con el sobrepeso.

También podemos decir, que el Test de bulimia de Edimburgo (BITE) es un instrumento de gran utilidad para la detección de bulimia en adolescentes y deben ser aplicados por profesionales experimentados.

## CAPÍTULO VIII

### CONCLUSIONES

- La Prevalencia de bulimia entre los adolescentes de 15 a 19 años en las Academias Preuniversitarias del cercado de Tacna es del 3,8%.
- La edad más frecuente encontrada en los adolescentes con bulimia es de 18 años (7,9%), así mismo se determinó que no existe diferencia significativa entre la edad y el hecho de sufrir o no algún patrón de comportamiento anormal hacia la comida.
- El sexo femenino es el que más desarrolla bulimia con un 5,8% y en el sexo masculino con un 1,9%, diferencia que es altamente significativa ( $p=0.000$ ).
- Los adolescentes que se automantienen el 12,5% presentan bulimia, seguido de los que dependen de algún familiar con un 6,1% y esto es altamente significativo ( $p=0.019$ ).
- Los adolescentes con bulimia están con sobrepeso 46,7% y un 33,3% con obesidad.

## **CAPITULO IX**

### **RECOMENDACIONES**

- Difundir los resultados del presente estudio.
- Complementar el estudio con el examen clínico personalizado en los casos que se detectaron riesgos para así confirmar y tratar oportunamente este trastorno.
- Se debe reducir la prevalencia de este trastorno a través de su detección precoz y para ello se propone:
- Incentivar al personal de atención primaria, para el diagnóstico precoz de los trastornos alimentarios en adolescentes de las academias preuniversitarias del cercado de Tacna..
- El uso de cuestionarios en la población de estudio para la detección precoz del trastorno alimentario.

## CAPITULO X

### BIBLIOGRAFÍA

1. Unikel, C., L.Bohórquez y S. Carreño. Validación de un Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Revista de Salud Pública, México vol. 46, 2004 :509-515.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC:APA, 2000.
3. Ramírez, A.L., S. Moreno y M. M. Yépez, Trastorno de la conducta alimentaria en las adolescentes. Editorial Universidad de Antioquia, Rev. MedUnab, Colombia, Vol.12, No.3, Dic.2009.
4. Fauman , Michael. DSM-IV TR Guia de Estudio. Editorial Masson año 2003.
5. Gandarillas A, Bru Amantegui S. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Vigilancia epidemiológica de los TCA y conductas relacionadas, 2004. Junio 2005; 6(11):1-20
6. Godart NT, Perdereau F, Jaemmet P, Flament MF. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: results. Encephale 2005 Marz-Apr; 31(2): 152-61
7. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients. Encephale 2003 Mar-Apr; 29(2):149-56.
8. Saldaña, Tomás y Bachs7: Ansiedad y Estrés 3; 2-3 (pp. 319-337). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. Universidad de Barcelona.1997.
9. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española (DRAE).Vigésima Segunda Edición. 2001.
10. Juez P, Diez FJ. Probabilidad y Estadística en Medicina. Aplicación en la Práctica Clínica y el la Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos,1997.
11. Organización Mundial de la Salud (1996): La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudios sobre la “salud de los

- jóvenes” y “la salud para todos en el año 2000”. OMS Serie de informes técnicos. No.731. Ginebra.
12. Gutierrez de Mock, Raquel. “Abordaje del Adolescente por el Médico de Atención Primaria” Panamá- 2009. Disponible: <http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2009/10/adolescente.pdf>
  13. Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad (2 a 20 años: Niños y Niñas), desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud -2000.  
<http://www.cdc.gov/growthcharts> kgs/m2 kgs/m2.
  14. Chaves de Carvalho, Paula V. “Anorexia y Bulimia en adolescentes – Sao Luis-2006” Tesis para obtener el Título Mestre em Saúde e Ambiente. Universidade Federal do Maranhao UFMA, 2008.  
[http://www.tedebc.ufma.br//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=330](http://www.tedebc.ufma.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=330)
  15. Arrufat Nebot, Francisco Javier. “Estudio de la Prevalencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la población adolescente de la Comarca de Osona Barcelona-2006”.
  16. Manrique A. Fred., Barrera S. Lina., Ospina D. Juan Manuel. “Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo asociados probablemente”. Avances de Enfermería Vol. XXIV No. 2 Julio – Dic. 2006. [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2\\_5.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_5.pdf)
  17. Rodríguez C. Teresa; Fernández, Luis B., Belmonte Ll. Antonia. “Nuevas Contribuciones al predominio de los Desórdenes Alimentarios en adolescentes Españoles”. Art. Orig. European Psychiatry. 2005;20(2):173-178.  
[http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/tralimentacion/general313/22741/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/tralimentacion/general313/22741/)
  18. Quintero Párraga, Evelyn; Pérez Montiel, Ana Cristina; Montiel Nava, Cecilia; Pirela, Dexy; Acosta, María Fernanda; Pineda, Ninoska. “Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo”: Estado Zulia-Venezuela. Invest. Clín; 44(3):179-193, sept. 2003.

19. Almenara Vargas Carlos A., “Análisis histórico crítico de la Anorexia y Bulimia nerviosas”. Tesis para optar el Título profesional de Psicólogo. Universidad Mayor de San Marcos. Lima Perú -2006.
20. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima-Perú 2003.
21. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima- Perú 2005.
22. Palpan, J., Jimenez C., Garay T., Jimenez V. “Factores Psicosociales asociados a los Trastornos de Alimentación en Adolescentes de Lima Metropolitana-2007” *Psychology Internacional*, Vol 18 No.4.
23. Hales, Robert E., Yudofsky, Stuart C., Talbott, John A. Tratado de Psiquiatría. Editorial Ancora S.A. 2006 Capítulo 25.
24. Roca E. y Roca B., La Bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn. Art. Publ. en el Portal de Psicología Científica en Argentina. Mayo, 2001. <http://www.comportamental.com/articulos/15.htm>
25. Fairburn CG.: *Overcoming Binge Eating*, Nueva York, Guilford Press, 1995.
26. Rava Dres. M. Fernanda, Silber Tomás J. Bulimia nerviosa: Desde la etiología hasta la Prevención. *Arch. argent. Pediatr.* v.102 n.6. Buenos Aires nov./dic. 2004
27. Sandoval Shaik, Olivia. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia, y Vigorexia. Art.Publ. en el Portal del mundo de la Psicología Psicocentro 2001. Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art42001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art42001)
28. Urrejola P, Zubarew T: Trastornos de la conducta alimentaria. Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Ediciones Universidad Católica 2003; 13: 171-82.

29. Moral de la R., José. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Un Complejo Biopsicosocial. Rev. Salud Pública y Nutrición. Vol.3 No.3 Julio – Septiembre- 2002.
30. Martínez Costa C, Brines J, Abella AM, García Vila A. Valoración antropométrica del estado de nutrición. Act Nutr 1995; 20: 47-58.
31. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz E, Sánchez E et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación Faustino Orbegozo. Madrid, Ed. Garsi, 1988.
32. Hamill PVV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB, Roche AF, Moore WM. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles (NCHS). Am J Clin Nutr 1979; 32: 607-29.
33. Euro-Growth. Haschke. Van't Hof MA. (eds.). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31 (Suppl 1). Disponible en CD.
34. Bellizzi M, Dietz WH. Workshop on childhood obesity: Summary of the discussion. Am J Clin Nutr 1999; 70: 173S-5S.
35. Cervera S, Gual MP, Lasa L, Prat O, Zandio M, Hernández C y cols. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Navarra: Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, 1995.
36. Bobes G. Julio, Paz G. María, Bascarán F. María, Sáiz M. Pilar. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría clínica. 2da. Edición. Ars Médica. Barcelona –España 2002. Capítulo 8, Pag. 96

## **CAPITULO XI**

### **ANEXOS**



**ENCUESTA (ANEXO 01)**

“PREVALENCIA DE BULIMIA EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS  
DE LAS ACADEMIAS PRE UNIVERSITARIAS DEL CERCADO DE  
TACNA.-ENERO 2010”

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SEXO: 1. FEMENINO

2. MASCULINO

Academia pre-universitaria en el que estudia:

1. CIMA ( )
2. César Vallejo ( )
3. Bryce ( )
4. Alexander Fleming ( )
5. Pedro Ruiz Gallo ( )

**Responde según creas conveniente:**

1. ¿Sigues diariamente las mismas costumbres en su alimentación? SÍ NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? SÍ NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? SÍ NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? SÍ NO

5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? SÍ NO

6. Si responde «SÍ», ¿con qué frecuencia lo hace?

1. Un día sí y otro no .....5
2. 2-3 veces a la semana .....4
3. Una vez por semana .....3
4. De vez en cuando .....2
5. Una sola vez..... 1

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso?

(Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).

- |                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| 1. PÍLDORAS ADELGAZANTES         | 0 2 3 4 5 6 7 |
| 2. TOMAR DIURÉTICOS              | 0 2 3 4 5 6 7 |
| 3. TOMAR LAXANTES                | 0 2 3 4 5 6 7 |
| 4. PROVOCARSE EL VÓMITO          | 0 2 3 4 5 6 7 |
| - Nunca .....0                   |               |
| - Ocasionalmente .....2          |               |
| - Una vez a la semana .....3     |               |
| - 2 o 3 veces a la semana..... 4 |               |
| - Diariamente .....5             |               |
| - 2 o 3 veces al día..... 6      |               |
| - 5 o más veces al día..... 7    |               |

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios? SÍ NO

9. ¿Considera que la comida domina su vida? SÍ NO

10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SÍ NO

11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida? SÍ NO
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás  
y luego se atiborra en secreto? SÍ NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? SÍ NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR  
de comer y comer? SÍ NO
15. ¿Cuando se siente ansiosa tiende a comer mucho? SÍ NO
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa? SÍ NO
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos  
(no sólo durante las comidas)? SÍ NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? SÍ NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come? SÍ NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SÍ NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer? SÍ NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come? SÍ NO
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del  
hambre que tenga? SÍ NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer? SÍ NO

25. ... si responde «SÍ», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo? SÍ NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola? SÍ NO
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?
1. 2-3 veces al día..... 6
  2. Diariamente..... 5
  3. 2-3 veces a la semana..... 4
  4. Una vez por semana ..... 3
  5. Una vez al mes.....2
  6. Casi nunca .....1
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón? SÍ NO
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable? SÍ NO
30. ¿Come alguna vez en secreto? SÍ NO
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios? SÍ NO
32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva? SÍ NO
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana? SÍ NO

Dependencia Familiar:

1. Madre
2. Padre
3. Ambos
4. Un familiar
5. Un amigo/tutor
6. Se auto mantiene

- 
- Peso: \_\_\_\_\_
  - Talla: \_\_\_\_\_
  - IMC: \_\_\_\_\_

(El alumno no llena este espacio) calculado según:

<http://www.mipediatra.com/alimentacion/indice-masa-corporal.htm>

- Percentil: (según sexo) (el alumno no marca esta pregunta)
1. Bajo Peso : IMC-para edad por abajo del 5° percentil.
  2. Normal : IMC-para edad entre el percentil 5° y el 84°
  3. Sobre peso: IMC-para edad entre el 85° y el 94° percentil
  4. Obesidad : IMC-para edad en el 95° percentil o mayor.

## ANEXO 02

## TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BITE)

<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>0.872</b>

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Sigue diariamente las mismas cosumbres en su alimentación?	10.0576	61.864	0.204	0.872
¿Realiza usted dietas rigurosas?	10.0025	59.862	0.543	0.867
¿Tiene Sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta aunque sólo sea una vez?	9.8972	58.424	0.643	0.864
¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen?	9.9674	59.403	0.568	0.866
¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero?	9.8070	58.443	0.571	0.865
Si responde sí ¿Con qué frecuencia lo hace?	9.4236	51.220	0.605	0.865
<b>PILDORAS ADELGAZANTES</b>	9.9825	59.686	0.185	0.877
<b>TOMAR DIURÉTICOS</b>	10.1253	62.733	0.000	0.873
<b>TOMAR LAXANTES</b>	10.0125	60.319	0.250	0.872
<b>PROVOCARSE EL VÓMITO</b>	9.7268	52.460	0.564	0.866
¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios?	9.9875	59.193	0.644	0.866
¿Considera que la comida domina su vida?	10.0276	60.248	0.519	0.868
¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal?	9.9699	59.667	0.524	0.867

¿Hay veces que l único que puede hacer es pensar en la comida?	9.8546	59.612	0.426	0.868
¿Come cantidades razonables delante de ls demás?	9.9474	58.834	0.639	0.865
¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo?	10.1003	62.342	0.148	0.872
¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer?	9.7243	60.627	0.244	0.871
¿Cuándo se siente ansiosa tiende a comer mucho?	9.9148	60.867	0.267	0.871
¿Le aterroriza la idea de llegar a convertirse en obesa?	9.4762	59.984	0.341	0.870
¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)?	9.3985	60.622	0.275	0.871
¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios?	10.0351	60.491	0.484	0.868
¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?	9.9273	58.706	0.633	0.865
¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	10.0326	61.810	0.184	0.872
¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?	9.8947	61.919	0.096	0.874
¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?	9.9574	58.860	0.650	0.865
La cantidad que come, ¿Depende directamente del hambre que tenga?	9.8020	62.737	-0.030	0.876
¿Se da siempre grandes atracones de comer?	9.9724	59.037	0.644	0.865
Si responde sí ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo?	10.0602	60.182	0.649	0.867
Si se excede comiendo ¿lo hace únicamente cuando está sola?	9.9524	59.126	0.595	0.866
Si se excede comiendo ¿Con qué frecuencia lo hace?	7.6742	55.245	0.299	0.883
Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?	9.8897	59.229	0.508	0.867

<b>Si come en exceso ¿Se siente siempre muy culpable?</b>	9.7794	58.539	0.544	0.866
<b>¿Come alguna vez en secreto?</b>	9.9223	59.042	0.570	0.866
<b>¿Considera normales sus hábitos alimentarios?</b>	9.9900	59.839	0.524	0.867
<b>¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva?</b>	10.0100	59.814	0.569	0.867
<b>¿Varía su peso en más de 2,5 Kg a la semana?</b>	10.0827	61.478	0.383	0.870



Tabla 01(Anexo 03)

Distribución de la Escala de Gravedad según el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna-Enero 2010

		N	%
<b>ESCALA DE GRAVEDAD</b>	SIN GRAVEDAD	296	74.2%
	GRAVEDAD SIGNIFICATIVA	85	21.3%
	GRAN GRAVEDAD	18	4.5%
	Total	399	100.0%

Fuente: Encuesta: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

Podemos observar en la Tabla 03 (anexo 03), un 4,5% de adolescentes identificadas según el BITE tienen una escala de gran gravedad de bulimia, en cambio si podemos afirmar que existe un 21,3% que presenta gravedad significativa que ameritaría atención médica y un del total de adolescentes el 74,2% no presentan ningún indicador de gravedad respecto a bulimia.

Tabla 02 (Anexo 04)

Relación de la Escala de Gravedad con la Escala de Síntomas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en Adolescentes de las Academias Preuniversitarias del Cercado de Tacna-Enero 2010

		ESCALA DE SINTOMAS										P
		Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida		Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)		Bulimia nerviosa subclínica		Patrón de comportamiento muy alterado (BULIMIA)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>ESCALA DE GRAVEDAD</b>	SIN GRAVEDAD	270	91.2%	17	5.7%	7	2.4%	2	0.7%	296	100.0%	0.000
	GRAVEDAD SIGNIFICATIVA	45	52.9%	22	25.9%	10	11.8%	8	9.4%	85	100.0%	
	GRAN GRAVEDAD	2	11.1%	0	0.0%	11	61.1%	5	27.8%	18	100.0%	
	Total	317	79.4%	39	9.8%	28	7.0%	15	3.8%	399	100.0%	

Fuente: Encuesta: Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)  
Prueba Estadística Chi cuadrado de Pearson (p=0.000).

En la Tabla 02 (Anexo 04), se observa la asociación entre la escala de gravedad con la escala de síntomas según el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), observando que en el grupo con escala de gran gravedad (n=18), el 27,8% cursa con un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia) y el 61,1% tienen bulimia nerviosa subclínica, estas diferencias son muy significativas ( $p=0,000$ ). Entonces podemos afirmar que a mayor escala de gravedad mayor escala de síntomas, siendo su relación directamente proporcional.

En el grupo de la escala de gravedad significativa (n=85) el 9,4% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (Bulimia), seguido de un 11,8% con bulimia subclínica, pero ya se identifica un 25,9% con algún trastorno alimentario anormal, y un 52,9% tiene ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida.

En el grupo con escala sin gravedad (n=296), el 0,7% presenta un patrón de comportamiento muy alterado (bulimia), solo un 2,4% bulimia nerviosa subclínica, y un 5,7% algunos patrones alimentarios anormales y un 91,2% presentan ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida.