



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“INCIDENCIA DE BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DIVERSIFICADO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES: INFORMÁTICA, CRISTO REY Y COLEGIOS FISCALES: NACIONAL PORTOVIEJO, TÉCNICO URUGUAY. PORTOVIEJO. JUNIO A DICIEMBRE DEL 2006”.

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

AUTORAS

MOLINA VERA ELINA ALEXIS

VACAS MOREIRA JULIA ISABEL

DIRECTORA DE TESIS

LCDA. SANDRA LINARES GILER

PORTOVIEJO, DICIEMBRE DEL 2006

TEMA

“INCIDENCIA DE BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DIVERSIFICADO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES: INFORMÁTICA, CRISTO REY Y COLEGIOS FISCALES: NACIONAL PORTOVIEJO, TÉCNICO URUGUAY. PORTOVIEJO. JUNIO A DICIEMBRE DEL 2006”.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho orgullo principalmente al Divino Creador que me dio energía para alcanzar mis metas con la ayuda de mis padres.

A mi madre Sra. María Teresa Vera Cedeño quien con su abnegación, sacrificio, prudencia, fortaleza, sonrisas y lágrimas lograron con esmero inculcarme una educación centrada y familiar dándome ánimo para que pueda cristalizar y culminar mis logros.

A mi padre Sr. Aníbal Molina García, quien fue el guía, amigo y maestro, quien me orientó en la ruta del deber, de la honradez y del trabajo y con quien conté durante todo el trayecto de mi vida estudiantil brindándome el soporte moral y económico.

A mi esposo y compañero Freddy Ibarra García quien con su apoyo, esmero y constancia me alentó para culminar esta meta.

A mi hija Grace Kelly Ibarra Molina para que se sienta orgullosa de mi, al tener a una madre profesional y que con el pasar del tiempo, poderle inculcar mis conocimientos.

A mis hermanos: Ab. Aníbal Leonidas, Maryin Freel, Ing. Williams Bladimir y Aníbal Xavier Molina Vera, quienes no desmayaron en ofrecerme su solidaridad y apoyo día a día.

A mi abuelito Agustín Molina Reinoso quien con su sabio ejemplo y cariño incondicional me apoyo en los grandes momentos de mi vida estudiantil.

A mi amiga, compañera y comadre Julia Vacas Moreira con quien compartí todos estos años de estudios, teniendo vivencias y adquiriendo experiencias en toda esta etapa de mi vida que con dificultades y buenos momentos logramos cristalizar nuestra meta.

Para todos ellos mil gracias y que Díos los bendiga por el apoyo incondicional, por ser la base y la razón de mis acciones.

Para concluir dejo plasmado un gran pensamiento de mis padres ¡Solo se alcanza el éxito con esfuerzo constante!

Autor

Eliana Alexis Molina Vera

DEDICATORIA

En este momento en el que he culminado una de mis más grandes metas en mi vida de llegar a ser una Doctora en Medicina y Cirugía; sueño que no hubiera sido posible sin la ayuda de varias personas a quien dedico este título:

A Díos quien sin duda alguna ha sido quien me ha dado la fortaleza espiritual y la perseverancia.

A mis padres Julio Vacas Salmon y Auxiliadora Moreira Sornoza quienes con su cariño, apoyo, confianza e inspiración para culminar con mi meta propuesta siempre me alentaron para seguir adelante.

A mi compañera de estudio Elina Molina Vera por su amistad y por que al concluir esta etapa hemos confirmado que cuando se quiere cumplir una meta se puede lograr.

A mis hermanos Shirley, Miguel y en especial a Juan Vacas Moreira quien me acompañó en mi vida estudiantil compartiendo el mismo sueño, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y su gran apoyo.

También dedico esta Tesis con gratitud a mi distinguida Directora Lcda. Sandra Linares quien con su vasto conocimiento nos enrumbo en la culminación de este trabajo investigativo.

A mis maestros también va dirigido ya que ellos depositaron en mí todas sus enseñanzas y me capacitaron para un futuro mejor y que siempre pondré al servicio del bien, la verdad y la justicia.

Autor

Julia Isabel Vacas Moreira

AGRADECIMIENTO

Nuestro más imperecedero agradecimiento a todas y cada una de las personas que estuvieron junto a nosotras en todos estos años de estudio y que lograron inculcarnos los conocimientos necesarios para un buen desarrollo profesional.

A nuestros padres y hermanos quienes con su constancia, perseverancia y apoyo incondicional lograron que se cristalizaran nuestras metas.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Medicina que fue la gestora junto con sus catedráticos quienes colaboraron para nuestra capacitación y formación como profesionales.

A la Lcda. Sandra Linares Giler, Directora de Tesis, por su acertada dirección en la ejecución y culminación de este proyecto.

Pero este éxito no se lo alcanza aisladamente, necesitamos de la ayuda, del apoyo de la gente capaz, comprensiva, de gente que nos impulse a alcanzar esos objetivos y metas como nuestra amiga Sra. Mariela Villavicencio Lucas quien con su esfuerzo y apoyo colaboró en la elaboración de nuestro proyecto.

Autoras

Elena Alexis Molina Vera

Julia Isabel Vacas Moreira

CERTIFICACIÓN

Quien suscribe la presente, Directora de la Tesis titulada “INCIDENCIA DE BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DIVERSIFICADO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES: INFORMÁTICA, CRISTO REY Y COLEGIOS FISCALES: NACIONAL PORTOVIEJO, TÉCNICO URUGUAY, EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. JUNIO A DICIEMBRE DEL 2006”, elaborado por: ELINA ALEXIS MOLINA VERA y JULIA ISABEL VACAS MOREIRA, previo a la obtención del Título de DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA. CERTIFICO que han sido revisados y corregidos los borradores de la tesis, investigación que ha sido culminada bajo mi dirección y la supervisión periódica de quienes conforman el Tribunal de Revisión y Evaluación.

Lcda. Sandra Linares Giler
DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

**“INCIDENCIA DE BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DE QUINTO Y
SEXTO CURSO DIVERSIFICADO DE LOS COLEGIOS
PARTICULARES: INFORMÁTICA, CRISTO REY Y COLEGIOS
FISCALES: NACIONAL PORTOVIEJO, TÉCNICO URUGUAY, EN LA
CIUDAD DE PORTOVIEJO. JUNIO A DICIEMBRE DEL 2006”**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizado por el Honorable Consejo Directivo, como requisito previo a la obtención del título de:

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

Dr. Bosco Barberán
Decano de la facultad de
Ciencias de la Salud

Ab. Yandry Sabando
Asesor jurídico

Lcda. Sandra Linares Giler
Directora de tesis

Dra. Ana Molina Naranjo
Presidente del tribunal

Dr. Gonzalo Salazar Mendoza
Miembro del Tribunal

Dr. Carlos Gómez Alvear
Miembro del Tribunal

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR.

“La responsabilidad por los hechos e ideas expuestas en esta tesis corresponden exclusivamente a las autoras quienes asumimos todo tipo de procedimientos que la ley señala para el efecto y el patrimonio intelectual de la tesis de grado corresponderá a la Universidad Técnica de Manabí”.

Elina Alexis Molina Vera

CI 130954626-3

Julia Isabel Vacas Moreira

CI 130991364-6

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
PRELIMINAR	
Tema	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	v
Certificación de la directora de tesis	vi
Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación	vii
Declaración sobre derechos de autor	viii
Indice	ix
Resumen	xiii
Summary	xv
PRINCIPAL	
I-Introducción	1
II- Antecedentes y Justificación	2
III- Planteamiento del problema	4
IV- Objetivos generales y específicos	8
V- Marco teórico	9
5.1. Generalidades	9
5.2. Epidemiología	10
5.3. Etiopatogenia	11
5.4. Cuadro Clínico	12
5.4.1. Características Biológicas	12
5.4.2. Características Psicológicas	12
5.4.3. Comorbilidad	13
5.5. Factores influyentes	13
5.5.1. Cultural	13
5.5.2. Moda	14
5.5.3. Medios de Comunicación	14
5.5.4. Educativos	15
5.5.5. Familiares	15
5.5.6. Vulnerabilidad personal	16
5.5.7. Temporales	16
5.5.8. Genéticos	16
5.5.9. Otros factores	17
5.6. Diagnóstico	17
5.6.1. EATING ATTITUDES TEST (EAT)	18
5.6.2. Exploraciones complementarias	19
5.7. Tratamiento	20
5.7.1. Opciones de tratamiento	20
5.7.1.1. Psicoterapia tradicional	20
5.7.1.2. Modificaciones de la conducta	20
5.7.1.3. Terapia conductivista comnitiva	20

5.7.1.4. Terapia de grupo	21
5.7.1.5. Terapia de familia	21
5.7.1.6. Terapia nutricional	21
5.8. Complicaciones de la Bulimia	23
5.8.1. Perspectiva a largo plazo	23
5.8.2. Problemas médicos	23
5.8.3. Problemas psicológicos y comportamiento autodestructor	23
5.8.4. Medicamentos sin prescripción	24
5.9. Pronóstico	24
5.10. Profilaxis	24
G5.11. Marco institucional	25
VI- Variables	26
VII- Operacionalización de variables	27
VIII- Diseño metodológico	29
IX- Presentación de resultados	32
X- Discusión de resultados	59
XI- Conclusiones	65
XII- Recomendaciones	66

REFERENCIAL

Presupuesto	67
Cronograma	68
Bibliografía	69
Anexos	72

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

CONTENIDO	PÁGINAS
Tabla y Gráfico N° 1 Total de estudiante de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	32
Tabla y Gráfico N° 2 Incidencia de bulimia en la población de adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	33
Tabla y Gráfico N° 3 Bulimia por colegios en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006.	34
Tabla y Gráfico N° 4 Bulimia por grupo de edad en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	35
Tabla y Gráfico N° 5 Bulimia por género en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	36
Tabla y Gráfico N° 6 Bulimia por género en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	37
Tabla y Gráfico N° 7 Bulimia por hábitos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	38
Tabla y Gráfico N° 8 Bulimia por régimen en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	39
Tabla y Gráfico N° 9 Bulimia por régimen en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	40
Tabla y Gráfico N° 10 Bulimia por tipo de colegios en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales.	

Portoviejo, 2006	41
Tabla y Gráfico N° 11	
Bulimia por curso en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	42
Tabla y Gráfico N° 12	
Bulimia por procedencia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	43
Tabla y Gráfico N° 13	
Bulimia por patología asociada en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	44
Tabla y Gráfico N° 14	
Bulimia por patología asociada en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	45
Tabla y Gráfico N° 15	
Bulimia por antecedentes familiares en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	46
Tabla y Gráfico N° 16	
Bulimia por antecedentes familiares en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	47
Tabla y Gráfico N° 17	
Bulimia por colegios y grupo de edad en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	48
Tabla y Gráfico N° 18	
Bulimia por colegios y género en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	49
Tabla y Gráfico N° 19	
Bulimia por colegios y hábitos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	50
Tabla y Gráfico N° 20	
Bulimia por colegios y régimen prescrito en adolescentes de	

quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	51
Tabla y Gráfico N° 21 Bulimia por colegios y régimen no prescrito en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	53
Tabla y Gráfico N° 22 Bulimia por colegios y cursos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	55
Tabla y Gráfico N° 23 Bulimia por colegios y procedencia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	56
Tabla y Gráfico N° 24 Bulimia por colegios y patologías asociadas en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	57
Tabla y Gráfico N° 25 Bulimia por colegios y antecedentes familiares en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales. Portoviejo, 2006	58

RESUMEN

El presente estudio identifica la incidencia de bulimia en los adolescentes de quinto y sexto curso diversificado de los colegios particulares: Informática, Cristo Rey y colegios fiscales: Nacional Portoviejo, Técnico Uruguay, de Portoviejo. Junio a diciembre del 2006.

Se realizó un estudio Descriptivo transversal, a todos los estudiantes matriculados en Quinto y Sexto Cursos diversificado de los colegios Cristo Rey, Informática, Portoviejo y Uruguay, con una población total de 2103 estudiantes; siendo del colegio Cristo Rey 240 estudiantes, colegio Informática 513 estudiantes, colegio Portoviejo 745 estudiantes, colegio Uruguay 605 estudiantes; se les aplicó el test EAT 26 para detectar bulimia, se diagnosticó bulimia a los que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 20. A esta población bulímica se le aplicó una segunda encuesta en el que valora factores biológicos, estilo de vida, factores sociales, patologías asociadas y antecedentes familiares de bulimia. La tabulación se realizó en forma manual bajo la responsabilidad de los investigadores.

Los resultados demuestran que la incidencia de bulimia en la población de adolescentes de los colegios particulares y fiscales de Portoviejo, es de un 12 %, siendo este mayor en el colegio Nacional Portoviejo con un 48%. Según el grupo de edad la mayor incidencia se encontró en la población estudiantil de 16-17 años con 77%. Tomando como referencia solo la población bulímica por género, el femenino fue afectado en un 84% y el masculino en un 16%. Según los hábitos no se encontró mucha diferencia entre el consumo de tabaco y alcohol, dado que el porcentaje de tabaquismo es de un 17% y el de alcoholismo es del 14% en la población de estudio. El 82% de los adolescentes bulímicos realizan régimen no prescrito. La dieta en régimen prescrito y no prescrito alcanzó el mayor porcentaje, siendo en el prescrito el 81% y en el no prescrito el 89%. Considerando la procedencia se encontró un mayor índice de bulimia en los estudiantes que provienen de la zona urbana con un 79% a diferencia de la zona rural afectados en un 21%. Respecto a las patologías asociadas a la bulimia, se determinó que el 55% presentan asociadas otras patologías como: anemia en un

54%, gastritis en el 25%, ansiedad en 15%, gastroenteritis 4% y depresión en un 2%. Tomando como referencia los antecedentes familiares de bulimia, se determinó que un 94% de los estudiantes bulímicos no presentan antecedentes familiares de este desorden.

PALABRAS CLAVES: Incidencia; bulimia; adolescentes; colegios particulares y fiscales.

SUMMARY

The present study identifies the bulimia incidence in the adolescents of fifth and sixth diversified course of the particular schools: Computer science, Christ King and fiscal schools: National Portoviejo, Technical Uruguay, of Portoviejo. June to December of the 2006.

He/she was carried out a traverse Descriptive study, to all the students registered in Fifth and diversified Sixth Courses of the schools Christ King, Computer science, Portoviejo and Uruguay, with a total population of 2103 students; being of the school Christ King 240 students, school Computer science 513 students, school Portoviejo 745 students, school Uruguay 605 students; they were applied the test EAT 26 to detect bulimia, bulimia was diagnosed to those that obtained a same or bigger value at 20. To this population with bulimia was applied a second survey in which values biological factors, lifestyle, social factors, associate pathologies and family antecedents of bulimia. The tabulation was carried out in form manual under the responsibility of the investigators.

The results demonstrate that the bulimia incidence in the population of adolescents of the particular and fiscal schools of Portoviejo, is of 12%, being this adult in the National school Portoviejo with 48%. According to the age group the biggest incidence was in the 16-17 year-old student population with 77%. Taking like alone reference the population with bulimia for gender, the feminine one was affected in 84% and the masculine one in 16%. According to the habits he/she was not a lot of difference between the consumption of tobacco and alcohol, since the percentage of the consumption of tobacco is of 17% and that of alcoholism is of 14% in the study population. 82% of the adolescents with bulimia carries out not prescribed régime. The diet in prescribed régime and not prescribed it reached the biggest percentage, being in the one prescribed 81% and in the no prescribed 89%. Considering the origin was a bigger bulimia index in the students that come from the urban area with 79% contrary to the rural area affected in 21%. regarding the pathologies associated to the bulimia, it was determined that 55% presents

associated other pathologies like: anemia in 54%, gastritis in 25%, anxiety in 15%, gastroenteritis 4% and depression in 2%. Taking like reference the family antecedents of bulimia, it was determined that 94% of the students with bulimia doesn't present family antecedents of this disorder.

KEY WORDS: Incidence; bulimia; adolescents; particular and fiscal schools.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La bulimia es un padecimiento muy frecuente en nuestra sociedad desencadenado por el estrés, alteraciones emocionales y por las exigencias de la moda. Afecta la calidad de vida; siendo más propensos a presentar una conducta impulsiva, abuso de drogas y a una depresión franca con un mal estado nutricional.

La aparición de esta enfermedad relacionada con la alimentación se da especialmente en la adolescencia, entre los 14 y 19 años, ya que es una etapa en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que tenemos del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica.

Esta problemática bio-psico-social debe alertar a los adultos en general y a los padres en especial acerca de los adolescentes inmersos dentro de los pseudomodelos y valores vigentes en nuestra cultura de hoy. Adultos y padres que muchas veces actúan ciegamente o simulan estar ciegos ante situaciones de este tipo.

Esta enfermedad se caracteriza por episodios recidivantes de apetito voraz, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida del control sobre la ingesta y participa en vómitos autoinducidos, empleo de laxantes o diuréticos, rigurosas dietas o ayunos para superar los efectos de las comilonas.

Las personas afectas de bulimia tienden a tener remordimiento o sentimiento de culpabilidad

Su tratamiento incluye dos abordajes: el cognoscitivo conductista y el farmacológico. La terapéutica cognoscitivo-conductista por lo común administrada por psicólogos, es eficaz y actualmente es objeto de investigación.

CAPITULO II

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La bulimia aparece sobre todo en adolescentes, en especial en las mujeres, debido a diferentes mecanismos psicológicos; el más obvio es la respuesta a la presión social que valora la delgadez como atractivo físico, pero también por las dificultades para asumir un cuerpo sexuado. Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva; por otro lado, La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito.

El propósito de este trabajo es determinar la incidencia de bulimia en adolescentes de Quinto y Sexto Curso diversificado de los Colegios Particulares: Informática y Cristo Rey y de los Colegios Fiscales: Portoviejo y Uruguay de la ciudad de Portoviejo.

La prolijidad del análisis a esta problemática servirá, además para determinar los diversos factores que influyen en la incidencia de esta patología, como factores biológicos, estilo de vida, factores sociales, patologías asociadas y antecedentes familiares de bulimia en los estudiantes de los colegios particulares y fiscales referidos

La presente investigación permitirá realizar un análisis comparativo con la tesis anterior de Bulimia, realizada en la Universidad Técnica de Manabí en la carrera de Medicina de primero a décimo semestre, cuyos autores son Muñoz Zambrano José Johann y Zamora Corral Maria del Carmen en el periodo 2004, este análisis será enfocado desde una perspectiva distinta, considerando que dicha tesis contiene un enfoque en edad adulta.

El referido análisis y los resultados que se obtengan, permitirá asumir conjuntamente con padres de familia y autoridades de los planteles, compromisos para realizar acciones preventivas, que beneficie a los adolescentes de estos centros de estudios y

de esta forma evitarles complicaciones posteriores en su estado de salud, con lo cual se estaría disminuyendo la incidencia de esta patología en adolescentes.

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Parece que tanto la anorexia como la bulimia son especialmente frecuentes desde los años 80 en la cultura de los países desarrollados. La bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los últimos cinco años.

Han bastado diez años para que las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia en nuestro país se equiparen a las del resto de los países europeos, convirtiéndose así en la tercera enfermedad (la primera es el asma, y la segunda la obesidad) más frecuente entre los adolescentes. Ahora, aproximadamente, una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 19 años cae en las garras de la anorexia, mientras que un 2,4% desarrolla bulimia. Y no sólo el sexo femenino se está enganchando a los trastornos de la alimentación, también los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas. La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes (10-19 años¹) y jóvenes adultas (20-29 años) es aproximadamente del 1-3%, siendo diez veces menor en los varones².

El vivir en naciones económicamente desarrolladas en cualquier continente parece plantear un riesgo mayor para el desarrollo de los trastornos del comer que el pertenecer a un grupo étnico particular. La vida en la ciudad es un factor de riesgo de bulimia pero no de anorexia.

El Doctor Ira Sacker, director de la Unidad de Desordenes Alimenticios del Centro Médico Universitario Brookdale en Brooklyn, afirma que en los últimos 6 años se han incrementado sus pacientes masculinos con trastornos de la alimentación. Él piensa que aunque usualmente el comparativo entre mujeres y hombres con desordenes de la alimentación es de 19 a 1, para el año 2000 en su Unidad esta diferencia es tan solo de 9 a 1. "Las mujeres que sufren trastornos de la alimentación

¹ Organización Mundial de la Salud. Series de Informes Técnicos N°731. Young people's health-a challenge to society. Ginebra, 1986

²Salud mental y emocional de los jóvenes; ANOREXIA Y BULIMIA; 2006; disponible en: pmatey@salud.el-mundo.net; fecha de acceso: 23 de julio del 2006. Buscador Google.

no son recriminadas por su padecimiento en cambio los hombres afectados reciben tratamiento negativo; la sociedad relaciona a un hombre muy flaco con una enfermedad grave, mientras que por ser flaca no se juzga a una mujer³.

Un estudio reciente entre los hombres de la armada reportó una prevalencia de 2.5% de anorexia, 6.8% de bulimia. Un estudio entre los hombres civiles con trastornos del comer reportó que 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con anorexia reportaron ser asexuales.

En los Estados Unidos -El Centro de Información y Referencia sobre Desordenes de la Alimentación- cree que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desordenes alimentarios -90 % mujeres y 10 % son hombres

Según el doctor Gonzalo Morandé, jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de anorexia y Bulimia en España hasta el año 1996 mostraban el 83,1 % son anoréxicas, el 14.7 % son bulímicas y el 2,2 % restante corresponden a cuadros mixtos. El 92 % de estos episodios se produjo en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales el 92.8 % eran mujeres.

En Argentina un equipo de profesionales del hospital local que llevan a cabo un programa de detección y tratamiento de trastornos alimentarios encontraron en las estadísticas del último semestre de 1997 que de 190 personas atendidas: un 37% presentaba anorexia, un 15 % bulimia y el resto, otras patologías relacionadas a la alimentación como la obesidad y sobrepeso. El 4% de los afectados eran hombres, el 60% del total de víctimas no superan los 25 años.

De acuerdo con la psicóloga Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", el 0.5 % de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5 % bulimia.

³ **SACKER**, Ira, Unidad de Desordenes Alimenticios del Centro Médico Universitario Brookdale; Brooklyn. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.com//piab/citast;>. Buscador: Google. fecha de acceso: 22 de agosto del 2006

En Colombia Nora Elena Bartolini, psiquiatra especializada en el tratamiento de trastornos alimenticios señala que: “La patología esta floreciendo, hasta ahora hemos analizado unas 500 bachilleres y hemos descubierto casos de colegios en donde hay hasta 6 alumnas con anorexia y bulimia avanzada”⁴

En Portoviejo se realizó un estudio sobre bulimia en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Técnica de Manabí, por Muñoz Zambrano José Johann y Zamora Corral María del Carmen en el año 2004. Se aplicó el test Eat 26 a 855 estudiantes de los cuales el 17% presentaban bulimia, el promedio de edad fue de 20 años en un rango de 17 y 30 años. El 56% de los que la padecían eran mujeres y el 44% fueron varones. El 86% era de zona urbana y el 14% de zona rural, el 53% provenía de colegio particular y el 47% de colegio fiscal⁵.

A nivel terapéutico, Rosen y su equipo de la Universidad de Vermont son los autores que en los últimos años han elaborado de forma más estructurada programas para el tratamiento del trastorno de la imagen corporal (1990-1995-1989). Desde el punto de vista de Rosen, Reiter y Orosan (1995) el trastorno de la imagen corporal es el aspecto patológico básico dada su importancia en la etiología y recuperación de los trastornos alimentarios⁶.

Por último, y a modo de conclusión, queremos resaltar que aunque la intervención cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de alimentación, los estudios con seguimientos a largo plazo de dos o más años han mostrado tasas de recaída bastante elevadas (alrededor del 30 %) en las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Por tal motivo hemos planteado el siguiente problema:

⁴ **BARTOLINI;** Nora; Incidencia de Bulimia en Colombia; 2002; disponible en: <http://aupec.univalle.edu.com/piab/citast>; Buscador Google; fecha de acceso: 14 de agosto del 2006.

⁵ **MUÑOZ;** José y Zamora María; Tesis de grado en Medicina “ Bulimia en Estudiantes de la Escuela de Medicina en la UTM”, Año 2004.

⁶ Ayast N. (1999). Alimentación equilibrada. En V.J. Turón (Ed.), Trastornos de alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (pp.259-270). Barcelona: Masson.

¿Cuál es la incidencia de Bulimia en los adolescentes de Quinto y Sexto curso Diversificado de los Colegios Particulares: Informática, Cristo Rey y Colegios fiscales: Nacional Portoviejo, Técnico Uruguay, en la ciudad de Portoviejo. Junio a Diciembre del 2006?

CAPITULO IV

OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de bulimia en los adolescentes de quinto y sexto curso diversificado de los Colegios Particulares y Fiscales de la ciudad de Portoviejo. Junio a Diciembre 2006.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✧ Determinar la incidencia de bulimia en los estudiantes entre los colegios particulares y fiscales según factores biológicos
- ✧ Establecer la incidencia de bulimia en la población en estudio según estilo de vida
- ✧ Indicar la incidencia de bulimia en la población en estudio según factores sociales.
- ✧ Determinar la incidencia de bulimia entre los estudiantes de los colegios particulares y fiscales según patologías asociadas y antecedentes familiares.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5.1 GENERALIDADES.

Galeno describió ya la "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia. Aparece por primera vez en el, 1980 con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en el, 1987⁷.

La Bulimia es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso.

A veces el comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia por sí misma no produce pérdidas importantes de peso. Lo que sí produce a veces, debido a los vómitos provocados, son problemas gastrointestinales e hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en sangre) graves, así como lesiones en los dientes debido a la acidez de los vómitos.

El proceso de vomitar y el uso de laxantes pueden estimular la producción de opioides -narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico. Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritable, deprimido, y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y así siegue el patrón. El comer

⁷ Ayast N. (1997). Alimentación equilibrada. En V.J. Turón (Ed.), Trastornos de alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (pp.259-270). Barcelona: Masón.

dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés⁸.

Sus signos y síntomas más corrientes son:

- ✧ Preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, dándose grandes atracones de comida en cortos periodos de tiempo y generalmente a escondidas.
- ✧ Vómitos autoprovocados.
- ✧ Menstruaciones irregulares.
- ✧ Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
- ✧ Peso normal o ligero sobrepeso.
- ✧ Miedo a subir de peso.

Todo ello puede producir en la/el enferma/o 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 que incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente
- ✧ Aislamiento social.
- ✧ Falta de autoestima.

5.2 EPIDEMIOLOGIA.

La incidencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor. Entre el 15 y el 20% presentan desordenes de la alimentación⁹.

⁸ García-Chamba E. 2001. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masón. 79 pp.

⁹ MATEY; Patricia; Trastornos de la Alimentación. La nueva epidemia de los adolescentes; disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/teosis.shtml>.; fecha de acceso: 19 de julio del 2006; Buscador Google.

5.3 ETIOPATOGENIA

Es un trastorno que comparte con la anorexia nerviosa muchos de los factores desencadenantes. Los *factores genéticos* están bien acreditados y el *sexo femenino*, por razones culturales y biológicas, es mayoritario. También lo son antecedentes personales y familiares, especialmente maternos, de *sobrepeso* y obesidad.

En la bulimia nerviosa hay *alteraciones biológicas* implicadas en su etiopatogenia, sobre todo en su mantenimiento, secundarias a las irregularidades alimentarias. El metabolismo basal y la termogénesis se suponen bajos, favoreciendo el sobrepeso y por tanto la bulimia. Los sistemas de *neurotransmisión* están alterados y se ha postulado que la disfunción noradrenérgica facilitaría las alteraciones emocionales, las anomalías dopaminérgicas actuarían sobre la respuesta hedónica a los alimentos y las serotoninérgicas modulando la producción de serotonina, influirían en la clínica estacional de algunos pacientes. Las irregularidades en la ingesta alteran mecanismos reguladores del apetito; por ejemplo, disminuyen la colecistocinina periférica, aumentan la capacidad gástrica y enlentecen el vaciado gástrico, entre otros.

Estos pacientes suelen ser *impulsivos*, susceptibles socialmente y con baja autoestima, pero no es seguro que lo sean antes del trastorno. Suelen manifestar un escaso control de impulsos: robos, mentiras, promiscuidad sexual, consumo de tóxicos, suicidio. El 50-90% sufren *trastornos de personalidad*, especialmente límite e histriónico. Como en la anorexia nerviosa, el anhelo de delgadez suele causar la dieta restrictiva, sin la cual no se produciría la bulimia. Hay actividades de alto riesgo: gimnasia rítmica, danza y, en los varones, boxeo, lucha y halterofilia.

Los pacientes con bulimia y sus padres suelen percibir sus familias como desentendidas, hostiles, desorganizadas y conflictivas. Pero no es posible asegurar que esto sea así antes del trastorno. Una parte de tal "desorganización" familiar sería consecuencia de la personalidad bulímica. El 25-65% de familiares de primer grado sufren trastornos afectivos. También son frecuentes el alcoholismo, el abuso de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario.

La bulimia nerviosa parece desencadenarse a menudo por estrés. Este efecto es evidente en la precipitación de episodios bulímicos (atracones) una vez establecido el trastorno. En efecto, las situaciones estresantes, los estados de ánimo negativos y las circunstancias condicionadas (repetidas) suelen ser los desencadenantes inmediatos de los atracones. Pero la naturaleza de los episodios bulímicos no está aclarada. Una hipótesis es que el hambre voraz que los suscita está determinado por respuestas condicionadas orgánicas, hiperinsulinemia e hipoglucemia fundamentalmente, causadas por las irregularidades alimentarias.

5.4 CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas son múltiples:

5.4.1 Características biológicas

Puede haber sobrepeso u obesidad. Suele detectarse una ligera distensión abdominal, estreñimiento o diarrea. Los vómitos facilitan la hipertrofia de las parótidas, alteraciones dentarias, ulceraciones bucales, gastritis, esofagitis y erosiones en el dorso de los dedos que utilizan para provocar los vómitos. Vómitos, laxantes y/o diuréticos pueden dar lugar a tasas bajas de potasio, sodio, calcio, fósforo y magnesio, con las perturbaciones sistémicas pertinentes. La hiponatremia se da en un 5% y la hipokalemia en un 15%. Ésta debilita la musculatura, altera la conducción cardíaca y puede dar lugar a una miocardiomiopatía. En un tercio de los pacientes hay una tasa de bicarbonato sérico elevada, con riesgo de alcalosis.

5.4.2 Características psicológicas

Los atracones y comportamientos purgativos suelen ocultarse. La impulsividad es común, con frecuentes conductas de riesgo. Los sujetos con bulimia mienten y roban, habitualmente comida o dinero, para satisfacer su voracidad. Sus relaciones personales son inestables, variando con frecuencia de amigos y de pareja sexual.

La conflictividad familiar y social es mayoritaria. Los cambios de actividad y ocupación son frecuentes. También lo es el consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos. La labilidad emocional es constante. A la ansiedad precipitante de los

atracones se suma la provocada por éstos, los sentimientos de culpa y autodesprecio, que determinan estados disfóricos y depresivos a veces permanentes. La preocupación por su trastorno, su imagen corporal, su peso y la opinión de los demás determinan una autoestima muy baja y una autoimagen negativa.

5.4.3 Comorbilidad

El 45-75% de los pacientes sufren episodios de depresión mayor y un 35% incurren en tentativas de suicidio. Son frecuentes las crisis de angustia, ansiedad generalizada y trastornos fóbicos, así como trastornos de personalidad.

5.5 FACTORES INFLUYENTES

No podemos hablar de una única causa o causas específicas que desarrollen el trastorno pero sí de unos factores influyentes:

5.5.1 Culturales: Una de las imposiciones culturales mas perniciosas ha sido el mandato terminante de hacer dieta y controlar estrictamente el peso para satisfacer normas irreales de delgadez. Muchas mujeres jóvenes se encuentran dominadas por un ideal de cuerpo que no coincide con las formas reales que posee la mayoría en nuestra sociedad.

Como consecuencia de ello muchos jóvenes entre los 15 y los 26 años están insatisfechas con su silueta, y se sienten culpables de comer aunque sean porciones razonables. Se someten así a dietas desbalanceadas y sin control médico que pueden desembocar directamente en una serie de síntomas, como comer por atracones y sufrir abruptos cambios en el estado anímico. El ideal de delgadez extrema ha penetrado, tanto en nuestro sistema de valores, que mucho de los síntomas de los desordenes de la alimentación no son considerado anormales para la gente común. Se ha demostrado, por ejemplo, que este tipo de trastornos no se desarrolla solo en personas con perturbaciones de personalidad o problemas familiares.

Dadas las presiones culturales para conseguir o mantener la delgadez, no es difícil de entender como muchos mujeres, especialmente las inseguras, llegan a la conclusión

de que sus fracasos personales están relacionadas solo con su peso. O que ser absolutamente flacas puede mejorar probablemente su autoestima.

5.5.2 Moda: Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes -expresa el Dr. Olkies- las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero". Si te encontrarás entre ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los OUT.

La vida continua sugiere otras referencias. En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en la últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma mas que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.

5.5.3 Medios de comunicación:

Adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante. Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el

mundo desarrolla un trastorno alimentario. El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, mas allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como por ejemplo la firma de ropa SAIL que incluye en sus campañas gráficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades.

5.5.4 Educativos: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

5.5.5 Familiares: Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

5.5.6 Vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales... perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

5.5.7 Temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones / divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

5.5.8 Genéticos¹⁰.

En los últimos años los científicos han apuntado la existencia de factores genéticos involucrados en los trastornos de la alimentación, como la anorexia y la bulimia. Ahora, un nuevo estudio, en Nueva York (EEUU) durante la celebración de la Novena Conferencia Internacional de Trastornos de la Alimentación, acaba de demostrar que los genes juegan un papel fundamental en el desarrollo de estas enfermedades mentales. Cynthia Bulik y su equipo, de la Virginia Commonwealth University en Richmond, han realizado un estudio con 2.000 gemelos y concluyen que en la bulimia existe un 83% de influencia genética.

Los investigadores destacan, no obstante, que los factores genéticos no son suficientes para provocar que una adolescente desarrolle bulimia e insisten en que los factores ambientales, o determinadas experiencias traumáticas, son los que pueden precipitar que una persona con predisposición a padecer estas enfermedades acabe finalmente por desarrollarlas. Actualmente, Bulik, en colaboración con científicos de la Universidad de Pittsburgh (EEUU), está recogiendo cientos de muestras de sangre para tratar de identificar los genes involucrados en la bulimia y en la anorexia.

¹⁰ Black C., and T. Wilson. 1996. Assessment of Eating Disorders: Interview versus Questionnaire. Int J Eat Disord. 20:43-50.

5.5.9 Otros factores: Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física.

Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "Light", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.

5.6 DIAGNÓSTICO

Resulta complicado ya que los episodios de voracidad y vómitos se ocultan con facilidad. Además, algunos síntomas pueden ser confundidos con los de otras patologías. Para un diagnóstico adecuado es necesaria una entrevista psiquiátrica que desvele la percepción que el enfermo tiene del propio cuerpo y la relación que mantiene con la comida. Asimismo, es necesaria una exploración física completa para detectar los trastornos fruto de su comportamiento alimenticio.

Un médico deberá hacer un diagnóstico de bulimia si hay por lo menos dos episodios de bulimia por semana durante tres meses. Basándose en otros síntomas y antecedentes, el médico entonces categorizaría al paciente como:

- 1) Del tipo que utiliza la purgación que utiliza el vómito autoinducido o medicinas para eliminar la comida o el agua; o,
- 2) Del tipo que no efectúa la purgación pero ayuna: Instrumentos para la evaluación de los TCA **Eating Attitudes Test (EAT)**¹¹.

5.6.1 EATING ATTITUDES TEST (EAT)

Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a

¹¹ Johnson W., F. Grieve, C. Adams and J. Sandy. 1999. Measuring Binge Eating in adolescents: Adolescent and parent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord.* 26:301-314.

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

El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento¹².

5.6.2 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Son semejantes a las recomendadas en la anorexia nerviosa. Deben determinarse potasio, magnesio y sodio, que pueden estar disminuidos por las conductas purgativas y por potomanía. Han de practicarse hemograma completo y BUN. Cualquier signo o síntoma sospechoso obliga a practicar con ECG. Peso e índice de masa corporal deben controlarse con regularidad. Exploraciones psicológicas y psicopatológicas específicas deben evaluar la sintomatología bulímica, depresiva y ansiosa, así como los estilos de vida y las características de personalidad y adaptación social del paciente.

5.7 TRATAMIENTO.-En virtud de la gravedad se puede recurrir a un tratamiento ambulatorio o a la hospitalización. En primer lugar se trata de evitar los vómitos,

¹² INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA; disponible en: mcip@servidor.unam.mx; 2006. Buscador Google.

normalizar el funcionamiento metabólico del enfermo, se impone una dieta equilibrada y nuevos hábitos alimenticios. Junto a este tratamiento, encauzado hacia la recuperación física, se desarrolla el tratamiento psicológico con el fin de reestructurar las ideas racionales y corregir la percepción errónea que el paciente tiene de su propio cuerpo. El tratamiento también implica la colaboración de la familia, ya que en ocasiones el factor que desencadena la enfermedad se encuentra en su seno. La curación de la bulimia se alcanza en el 40 por ciento de los casos, si bien es una enfermedad intermitente que tiende a cronificarse. La mortalidad en esta enfermedad supera a la de la anorexia debido a las complicaciones derivadas de los vómitos y el uso de purgativos

5.7.1 OPCIONES DE TRATAMIENTO:

5.7.1.1 Psicoterapia tradicional.- Los métodos de terapia tradicionales animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, la paciente adquiriera una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

5.7.1.2 Modificaciones de la conducta.- Esta forma de terapia es quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra solo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre la basada un principio muy simple: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada¹³.

5.7.1.3 Terapia conductivista cognitiva.- Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja

¹³ Hadigan C., E. Anderson, K. Miller, J. Hubbard, D. Herzog, A. Klibanski and S. Grinspoon. 2000. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 28:284-292.

simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. TCC implica los siguientes pasos:

- ✧ Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamientos.
- ✧ Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- ✧ Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

5.7.1.4 Terapia de grupo.- La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Según un estudio reciente, esta terapia era más beneficiosa que los medicamentos o la terapia individual. Puesto que muchas bulímicas creen que son las únicas que se dedican a esas horribles prácticas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas.

5.7.1.5 Terapia de familia.- Muchos terapeutas recomiendan la terapia de familia como parte del tratamiento contra la bulimia nerviosa, porque las bulímicas con frecuencia son más jóvenes que las anoréxicas y todavía viven con sus familias. La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta¹⁴.

5.7.1.6 Terapia nutricional.- El objetivo de la terapia nutricional es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo, ella debe estar libre de su temor a que todo lo que coma la hará engordar. Para las bulímicas, el desafío consiste en aprender que comer pequeñas cantidades de sus comidas favoritas no conduce necesariamente a una sesión de atracón y purga.

¹⁴ Mintz L., A. Mulholland and S. O'Halloran. 1997. Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *J Couns Psychol.* 44:63-79.

En la bulimia nerviosa el tratamiento se realiza de forma ambulatoria, aunque en algunos casos es necesario considerar y recurrir a la hospitalización. Ésta es aconsejable cuando:

- 1) Existen alteraciones orgánicas importantes, que incluso hacen peligrar la vida del sujeto, debido fundamentalmente al abuso de conductas purgativas;
- 2) La depresión que presenta el sujeto puede ser mayor y existe algún riesgo de suicidio; y
- 3) El tratamiento ambulatorio ha fracasado.

Las claves para prevenir estas enfermedades son.

- ✧ Es difícil pensar en “no tener” una enfermedad de este tipo, pero si podemos trabajar con nuestra persona toda (cuerpo y mente) para evitar que las influencias de los medios de comunicación lleguen hasta nosotros en forma perjudicial. En otras palabras, querernos como somos, querer nuestro cuerpo y no buscar ser de otra manera, si no aceptarnos como somos y sentirnos bien así, aunque sea muchas veces difícil, pero seguramente imposible no.
- ✧ Consultar con un especialista antes de iniciar una dieta; sobre todo si se está en fase de crecimiento.
- ✧ Acudir al médico en cuanto se empiece a detectar una pérdida desproporcionada de peso.
- ✧ Solicitar ayuda psicológica para el enfermo y la familia.
- ✧ Comiendo sano y haciendo ejercicio de forma adecuada, permitirás a tu cuerpo mantenerse en el peso que necesita.
- ✧ Si lográramos llegar a aceptarnos como somos los unos a los otros todo el mundo sería más feliz, salvo la industria dietética que perdería todo un negocio de miles de millones de pesetas¹⁵.

¹⁵ Toro J., M. Salamero and E. Martínez. 1994. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand.* 89:147-151.

5.8 COMPLICACIONES DE LA BULIMIA:

5.8.1 Perspectivas a largo plazo. Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años¹⁶.

5.8.2 Problemas médicos. La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

5.8.3 Problemas psicológicos y comportamiento auto-destructor. Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban el alcohol y el 28% abusaban las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con

¹⁶ Álvarez G., AR. Vázquez, JM. Mancilla y G. Gómez. 2002. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Rev Mex Psicolog. 19:147-156

mayor frecuencia abusadas. En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructor, entre otros el auto-cortado y el robo¹⁷.

5.8.4 Medicamentos sin prescripción. Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito por lo general ipecac. Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Por ejemplo, se han notificado casos de intoxicación por ipecac, y algunas personas se tornan dependientes de los laxantes para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.

5.9 PRONÓSTICO

Tras unos 10 años de evolución alrededor de la mitad de los pacientes presenta una recuperación total. Una cuarta parte sufren cuadros parciales o trastornos no especificados. Alrededor del 20% siguen cumpliendo criterios de bulimia nerviosa. La mortalidad no suele superar el 1-2%.

5.10 PROFILAXIS

Es válido todo cuanto se dijo en relación con la anorexia nerviosa. El diagnóstico precoz queda dificultado por la ocultación del trastorno y por la frecuente inexistencia de signos externos de alarma, lo que diferencia notablemente la bulimia de la anorexia¹⁸.

¹⁷ Bulimia y anorexia nerviosa; disponible en: <http://www.monografias.com>; fecha de acceso: 9 de septiembre 2006. Buscador Google.

¹⁸ FARRERA; ROZMAN; MEDICINA INTERNA. 14º EDICION. Ediciones Harcourt, S. A. Madrid. España. 2000

5.11 MARCO INSTITUCIONAL.

El cantón Portoviejo tiene un población de alrededor 238.430 habitantes de los cuales un total de 170736 se encuentra en edades de 15 y más años. Los cuales asisten a diversas unidades educativas con ciclo diversificado tanto particulares como fiscales, en los cuales hay bases diferentes, en algunos basadas en normas religiosas y en otras simplemente dependiente de las normas del ministerio de educación.

La situación de la provincia con relación al resto del país es mixta en cuanto a garantizar los derechos a sus adolescentes. La proporción de adolescentes que no asiste a la secundaria es mayor que en todo el país. Pero, en lo positivo, los adolescentes tienen menos riesgo de morir por la violencia y otras causas evitables.

Al finalizar el año lectivo 2001-2002, 39% de los niños y niñas que terminaron la primaria no se matricularon en la secundaria el año siguiente.

En el año lectivo 2002-2004, 38% de los jóvenes de 12 a 17 años de la provincia de Manabí no se matriculó en los cursos correspondientes al nivel secundario¹⁹.

La población de estudiantes en los colegios del presente estudio en quinto y sexto curso fue:

✿ Uruguay:	605
✿ Portoviejo	745
✿ Cristo rey	240
✿ Informática	513

¹⁹ Datos poblacional de Manabí, disponible en: <http://www.Manabí.com>; fecha de acceso: 11 de diciembre 2006. Buscador Google.

CAPITULO VI

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- ✧ Bulimia

VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✧ Factores biológicos
- ✧ Estilo de vida
- ✧ Factores sociales
- ✧ Patologías asociadas
- ✧ Antecedentes familiares

VII.-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS Y PUNTAJE
BULIMIA	La Bulimia es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso.	Factores biológicos Estilo de vida Factores sociales Patologías asociadas Antecedentes familiares	Porcentajes de estudiantes con bulimia valorados con la Escala EAT 26 por colegios	
FACTORES BIOLÓGICOS	Factores representativos del funcionamiento y características de los seres vivos y de los fenómenos vitales	Edad	Porcentaje de estudiantes con bulimia por grupo de edad	<15 años 16 -17 años >18 años
		Género	Porcentaje de estudiantes con bulimia por género	Masculino Femenino
ESTILO DE VIDA	Conjunto de características que individualizan el modo de vivir en orden a la profesión, empleo,	Hábitos	Porcentaje de estudiantes con bulimia por hábito	Tabaco Alcohol Marihuana Cocaína
		Régimen	Porcentaje de estudiantes	Si No

	oficio u ocupación		con bulimia por régimen prescrito y según tipo de régimen	Medicamentos Dieta Ejercicio
FACTORES SOCIALES	Elementos que intervienen en el sistema de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad	Tipo de colegio	Porcentaje de estudiantes con bulimia según tipo de colegio	Fiscales Particulares
		Curso	Porcentaje de estudiantes con bulimia por año que cursa	Quinto Sexto
		Procedencia	Porcentaje de estudiantes con bulimia y área de procedencia.	Urbano Rural
PATOLOGIAS ASOCIADAS	Enfermedades asociadas a la bulimia	Tipo	Porcentaje de estudiantes por tipo de patología asociada	Presencia de una o más patologías
		Familiares	Porcentaje de estudiantes que tengan algún familiar con bulimia	Si No Madre Tíos Padre Hermanos
ANTECEDENTES FAMILIARES	Proceso que da lugar a que los seres humanos coincidan en ciertos detalles morfológicos o funcionales con sus antepasados			

CAPITULO VIII

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo transversal

ÁREA DE ESTUDIO: La ciudad de Portoviejo en:

Colegios Particulares: (Portoviejo):

✧ Cristo Rey

✧ Informática

Colegios Fiscales: (Portoviejo)

✧ Portoviejo

✧ Uruguay

POBLACIÓN DE ESTUDIO

2103 estudiantes matriculados en Quinto y Sexto Cursos diversificado a partir del 2006 en los Colegios Particulares: Cristo Rey (240) e Informática (513) y Colegios Fiscales: Portoviejo (745) y Uruguay (605). Para obtener la información se solicito permiso a las autoridades de los planteles, para la recolección de la información, una vez obtenido este, se nos facilitó las nóminas de los estudiantes (anexos 4), a excepción del colegio Uruguay en el que se recolecto la información por cursos, y la colaboración de los dirigentes de cada paralelo para la ejecución de la aplicación del test EAT-26 y el cuestionario para los estudiantes que estén en el rango de bulimia.

FUENTE DE INFORMACIÓN.

Las fuentes de información fueron de tipo Primaria, al aplicar el EAT 26 se entregó a cada estudiante que incluía 26 ítems

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

EAT 26: Aquellos estudiantes que tuvieron puntuaciones iguales o mayores de 20 se les aplicó una segunda hoja que consistió en un cuestionario en el que se valoraron

las siguientes variables: factores biológicos, estilos de vida, factores sociales, patologías asociadas, y antecedentes familiares.

INSTRUMENTOS

Anexo 1.- Test EAT 26

Anexo 2.- Cuestionarios de valoración de las variables de bulimia.

Anexo 3.- Instructivo del cuestionario de valoración de las variables de bulimia.

Anexo 4.- Nómina de estudiantes de quinto y sexto curso de los colegios Cristo Rey, Informática, Portoviejo; no constan las listas del colegio Uruguay.

PROCEDIMIENTO

A todos los estudiantes matriculados en Quinto y Sexto Cursos diversificado de los colegios Cristo Rey, Informática, Portoviejo y Uruguay, se les aplicó personalmente la hoja de criterios para la bulimia dadas por la test EAT 26.

Se realizó la respectiva evaluación con los instrumentos anteriormente nombrados, a todos los estudiantes que se encontraron en el aula de clases legalmente matriculados, se escogió como punto de referencia para bulimia tener un puntaje igual o mayor a 20

TABULACION Y ANALISIS

La tabulación se realizó en forma manual bajo la responsabilidad de los investigadores, posteriormente se utilizó los programas:

- ✧ EXCELL, Microsoft Windows XP: lo utilizamos para realizar los respectivos gráficos y tablas, considerando lo siguiente: distribución por frecuencia y porcentaje de los estudiantes matriculados en los cursos Cuarto y Quinto curso Diversificado de los Colegios Particulares: Informática, Cristo Rey y Colegios fiscales: Nacional Portoviejo, Técnico Uruguay, en la ciudad de Portoviejo. Junio a Diciembre del 2006. Bulimia en los estudiantes valorados con el test EAT 26; Bulimia en estudiantes según factores biológicos de los cuales se obtuvo: porcentaje de bulimia por grupo de edad,

porcentajes de bulimia por género; Bulimia en los estudiantes según estilo de vida de los cuales se obtuvo: porcentaje de bulimia por hábitos, porcentajes de bulimia que han realizado algún régimen para bajar de peso (medicación, ejercicios y dietas) prescritas y no prescritas; bulimia según factores sociales de los cuales se obtuvo: porcentaje de bulimia según tipo de colegio, porcentaje de bulimia por año que cursa, porcentaje de bulimia por área de procedencia; Porcentaje de bulimia con patologías asociadas; Porcentaje de bulimia con antecedentes familiares.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se utilizó para la presentación de los resultados los gráficos en barras, pastel, y tablas estadísticas bivariantes y univariantes

CAPITULO VIII

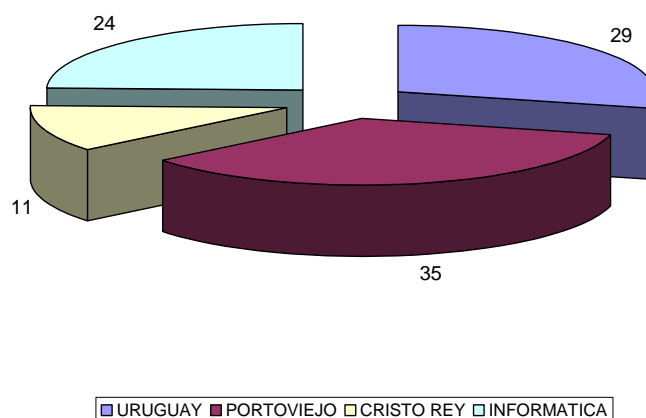
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIOS	ESTUDIANTES	PORCENTAJE
URUGUAY	605	29
PORTOVIEJO	745	35
CRISTO REY	240	11
INFORMATICA	513	24
TOTAL	2103	100

GRAFICO N° 1



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

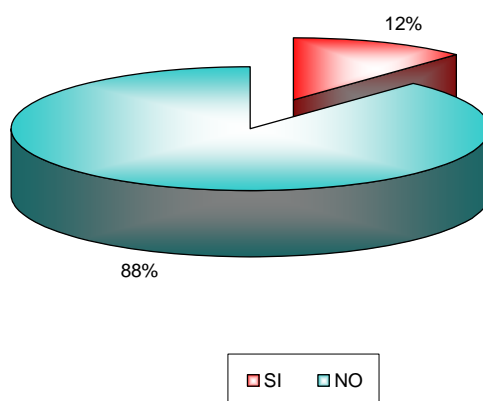
La población total de estudio fue de 2103 estudiantes de los cuales el mayor porcentaje se encontró en el colegio Nacional Portoviejo con un 35%

TABLA N° 2

INCIDENCIA DE BULIMIA EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

BULIMIA	%
SI	12
NO	88
TOTAL	100

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

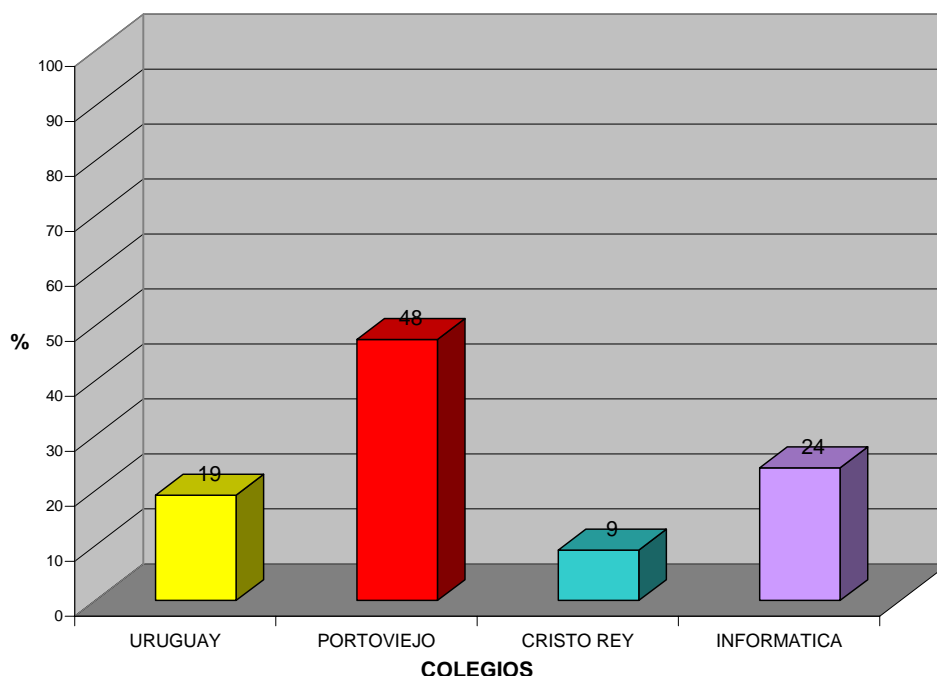
La incidencia de bulimia en la población de adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales de Portoviejo, se encontró un 12 % de bulimia, muy distante de un 88% que no son afectados por esta patología.

TABLA 3

**BULIMIA POR COLEGIOS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO
CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES.
PORTOVIEJO, 2006.**

COLEGIO	%
URUGUAY	19
PORTOVIEJO	48
CRISTO REY	9
INFORMATICA	24
TOTAL	100

GRAFICO N° 3



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

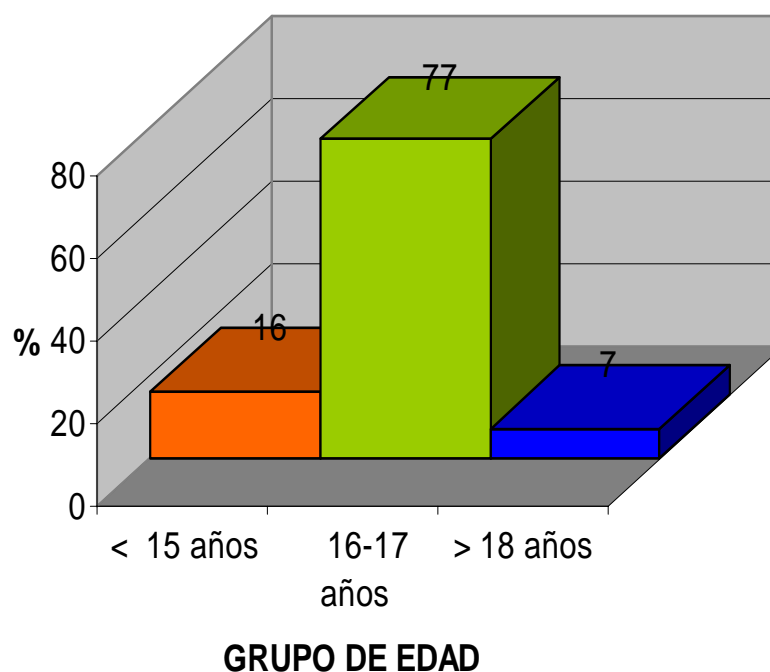
Del estudio realizado en la población de adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, al analizar los colegios se encontró un mayor porcentaje de bulimia en el colegio Portoviejo con un 48%, con la diferencia de un menor porcentaje de afectados de bulimia en el colegio Cristo Rey con un 9%; mientras que en colegio Informática resultan afectados un 24% sin mucha diferencia al colegio Uruguay que se encuentra afectado en un 19%

TABLA N° 4

BULIMIA POR GRUPO DE EDAD EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

GRUPO DE EDAD	%
< 15 años	16
16-17 años	77
> 18 años	7
TOTAL	100%

GRAFICO N° 4



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

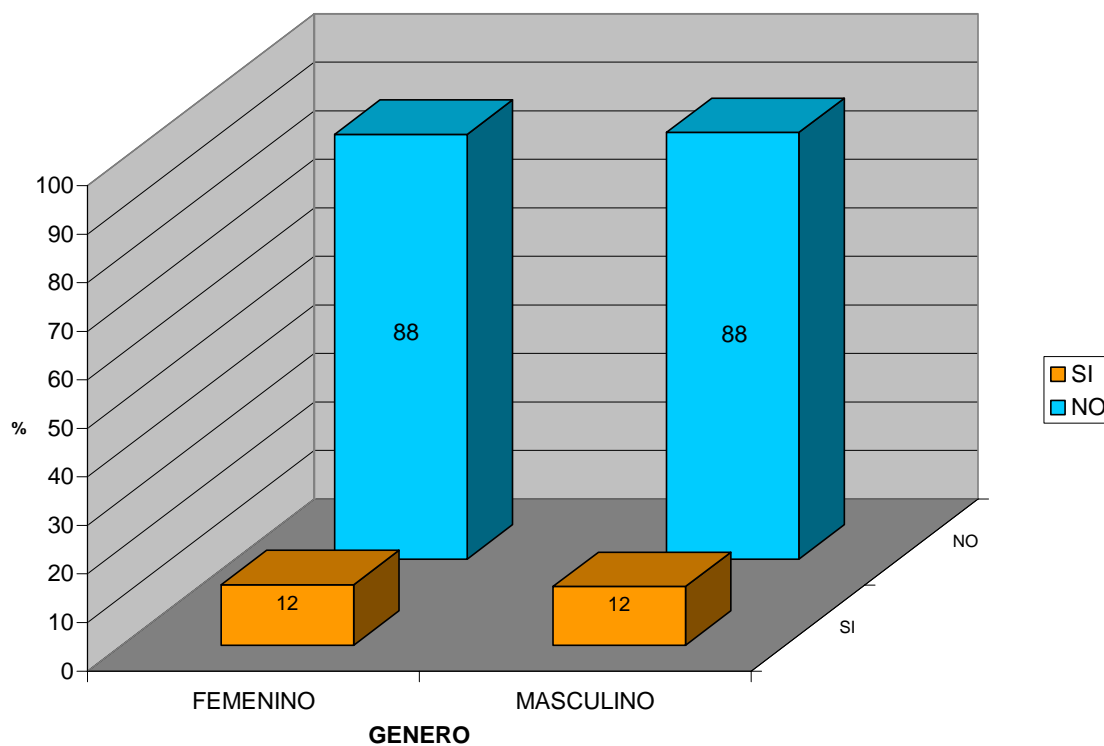
Al analizar el grupo de edad en la población de adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo la mayor incidencia de bulimia se encontró entre 16-17 años con 77%, con un resultado muy distante en el grupo de edad de < 15 años con un 16% afectado de bulimia, y con menor porcentaje en el grupo de edad de > 18 años con un 7%

TABLA N° 5

BULIMIA POR GÉNERO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

GENERO	POB.TOTAL	BULIMIA		
		SI	NO	TOTAL
FEMENINO	1764	12,5	87,5	100
MASCULINO	339	12,1	87,9	100

GRAFICO N° 5



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

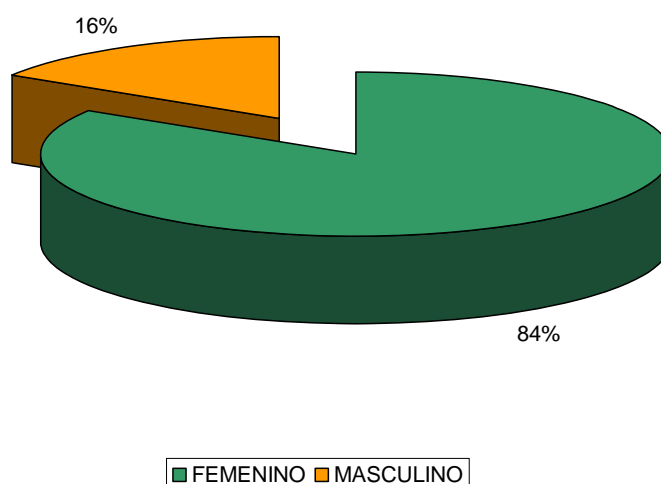
Tomando en consideración la incidencia de bulimia de acuerdo al género, no presentó mayor diferencia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, ya que en el género femenino la incidencia de bulimia es del 12,5% y en el género masculino el porcentaje de afectados es del 12,1%

TABLA N° 6

**BULIMIA POR GÉNERO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO
CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES.
PORTOVIEJO, 2006**

GENERO	%
FEMENINO	84
MASCULINO	16
TOTAL	100

GRAFICO N° 6



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

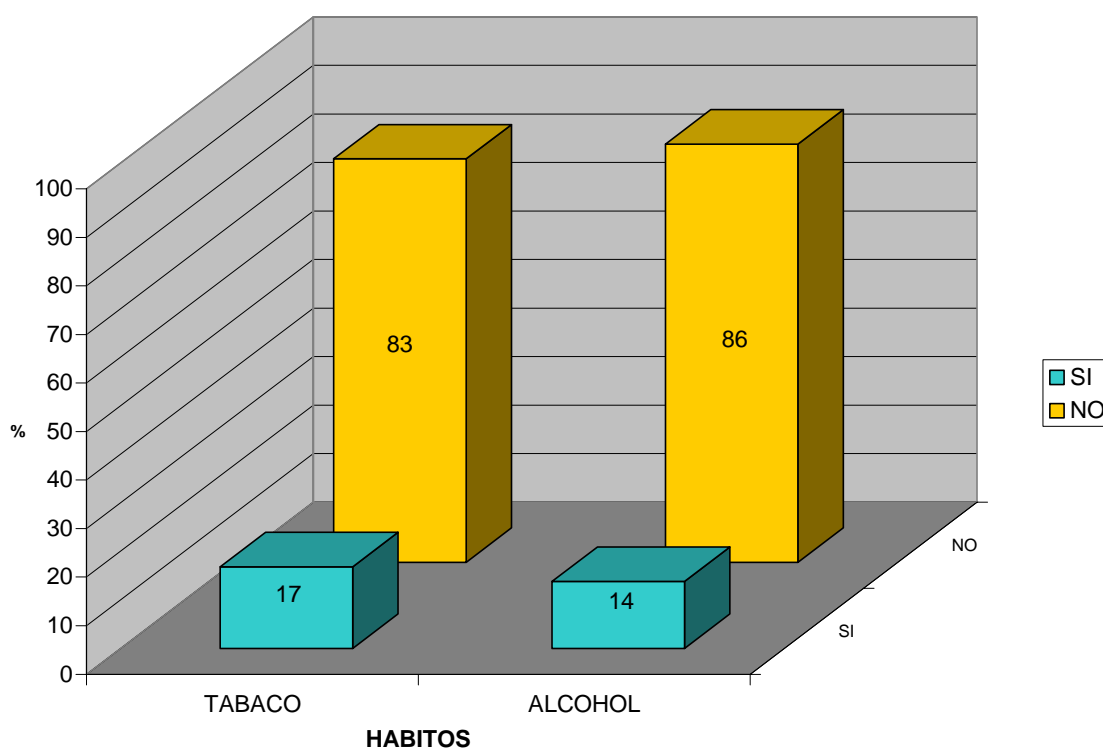
Tomando como referencia solo la población bulímica por género en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, encontramos en el género femenino un 84% afectadas por bulimia y el restante que es el 16%, en el género masculino

TABLA N° 7

**BULIMIA POR HÁBITOS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO
CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES.
PORTOVIEJO, 2006**

HÁBITO	SI	NO	TOTAL
TABACO	17	83	100
ALCOHOL	14	86	100

GRAFICO N° 7



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

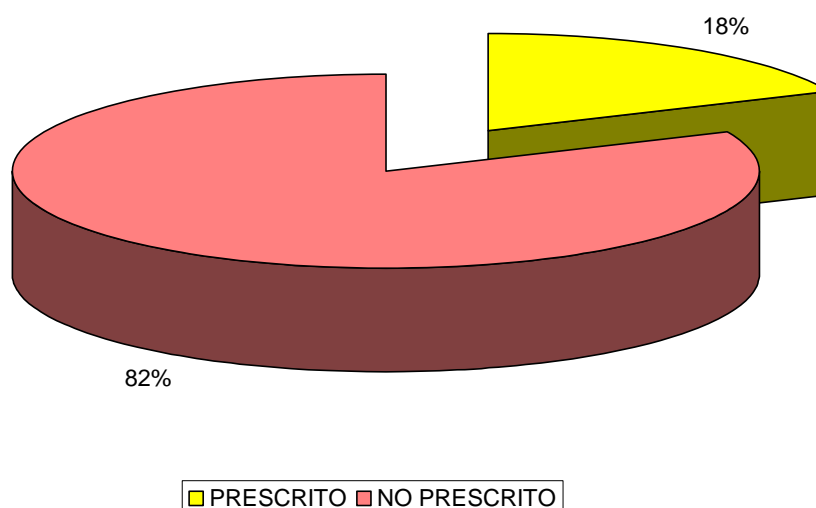
Al analizar la incidencia de bulimia por hábitos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, no se encontró mucha diferencia entre el consumo de tabaco y alcohol, dado que el porcentaje de tabaquismo es de un 17% y el de alcoholismo es del 14% en la población de estudio

TABLA N° 8

**BULIMIA POR RÉGIMEN EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO
CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES.
PORTOVIEJO, 2006**

RÉGIMEN	%
PRESCRITO	18
NO PRESCRITO	82
TOTAL	100

GRAFICO N° 8



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

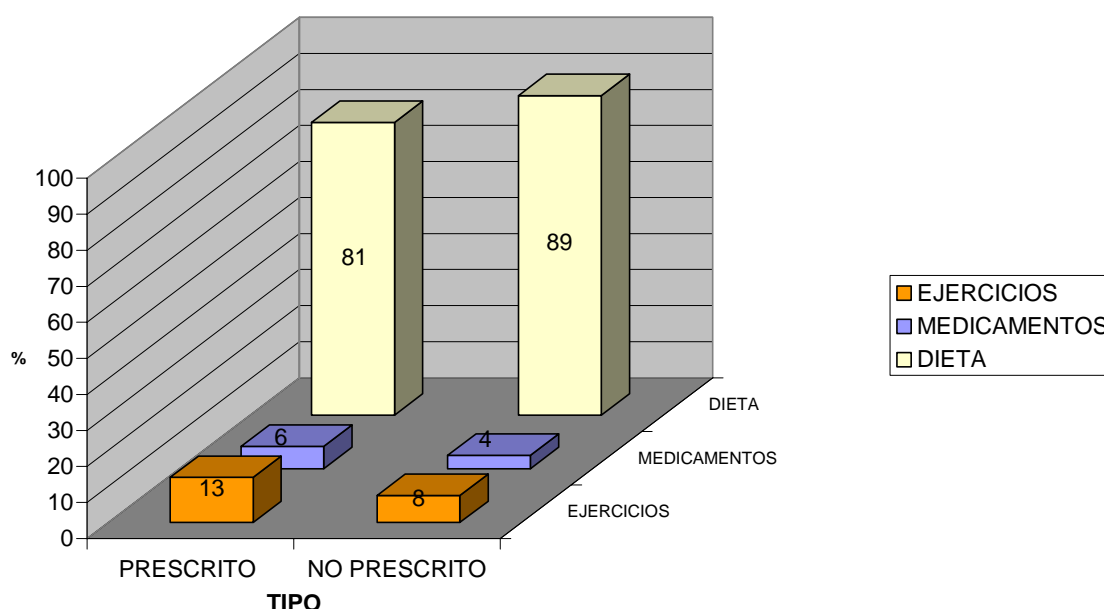
De acuerdo al estudio realizado, la incidencia de bulimia por régimen en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, tiene gran diferencia, optando los adolescentes en realizar régimen no prescrito en un 82% y un mínimo porcentaje de bulímicos que realizan régimen prescrito en un 18%

TABLA N° 9

BULIMIA POR TIPO DE RÉGIMEN EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

TIPO DE REGIMEN	PRESCRITO	NO PRESCRITO
MEDICAMENTOS	6	4
DIETA	81	89
EJERCICIOS	13	8
TOTAL	100	100

GRAFICO N° 9



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

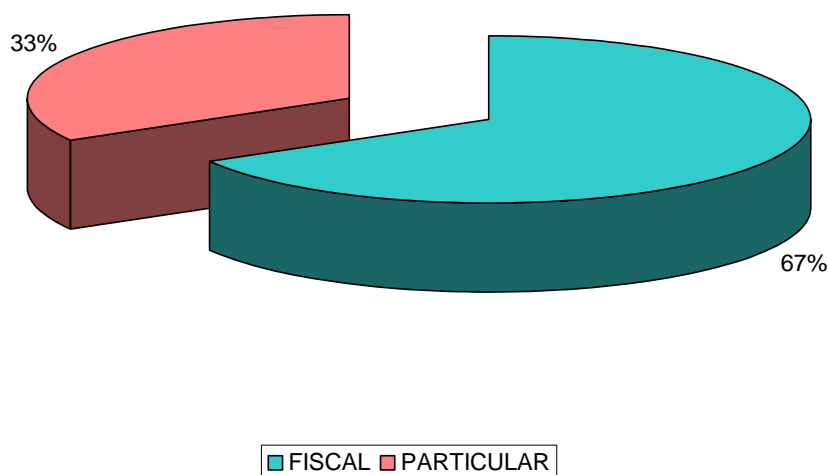
Analizando los bulímicos según tipo de régimen en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, tanto en el régimen prescrito y no prescrito alcanzó el mayor porcentaje la dieta, siendo en el prescrito el 81% y en el no prescrito el 89%; y el menor porcentaje en ambos tipos de régimen está en los medicamentos con el 6% en régimen prescrito y el 4% corresponde al no prescrito.

TABLA N° 10

BULIMIA POR TIPO DE COLEGIOS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	%
FISCAL	67
PARTICULAR	33
TOTAL	100

GRAFICO N° 10



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

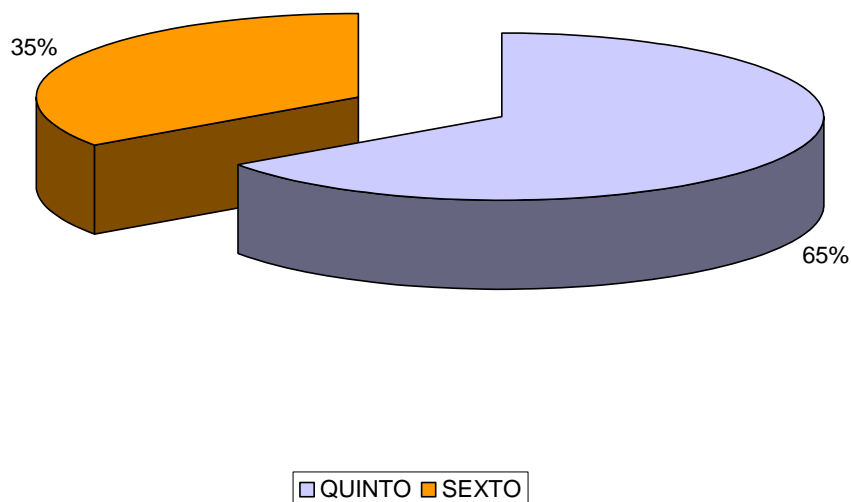
Según el análisis realizado tomando en cuenta el tipo de colegio en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, nos revela un alto índice de bulimia en los colegios fiscales con un rango del 67% a diferencia de los colegios particulares que presentan bulimia en un 33%

TABLA N° 11

**BULIMIA POR CURSO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO
CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES.
PORTOVIEJO, 2006**

CURSOS	%
QUINTO	65
SEXTO	35
TOTAL	100

GRAFICO N° 11



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

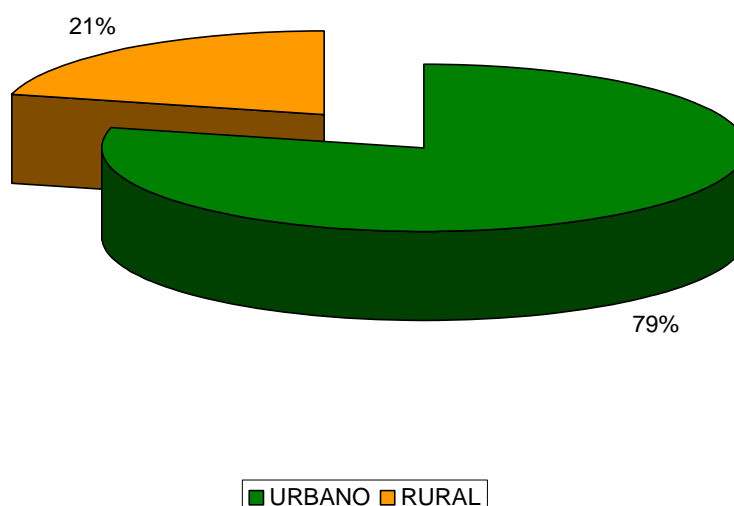
Comparando los resultados obtenidos por cursos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, nos muestra que el quinto curso tuvo el porcentaje mayor con 65% de bulimia, mientras que el sexto curso presenta el 35% de bulimia.

TABLA N° 12

BULIMIA POR PROCEDENCIA EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

PROCEDENCIA	%
URBANO	79
RURAL	21
TOTAL	100

GRAFICO N° 12



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

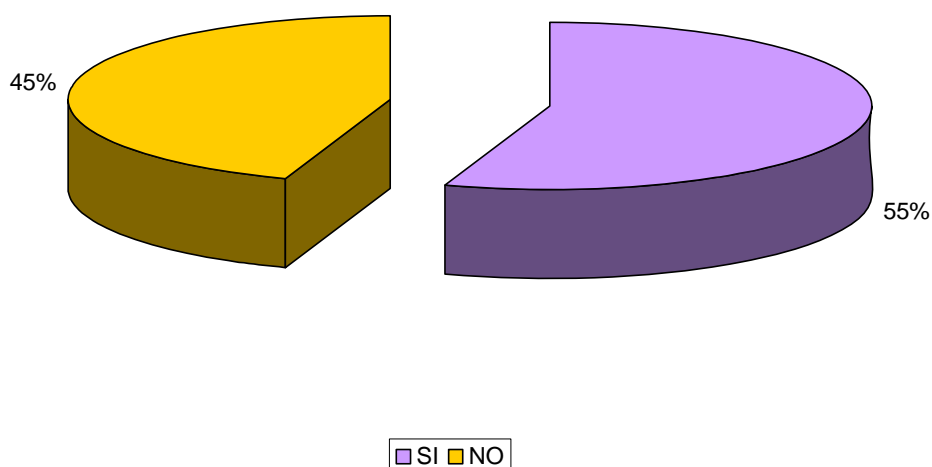
Analizando los resultados según procedencia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se encuentra un mayor índice en la zona urbana con 79% a diferencia de los estudiantes de la zona rural afectados el 21% con bulimia

TABLA N° 13

BULIMIA POR PATOLOGÍA ASOCIADA EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

PATOLOGÍAS ASOCIADAS	%
SI	55
NO	45
TOTAL	100

GRAFICO N° 13



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

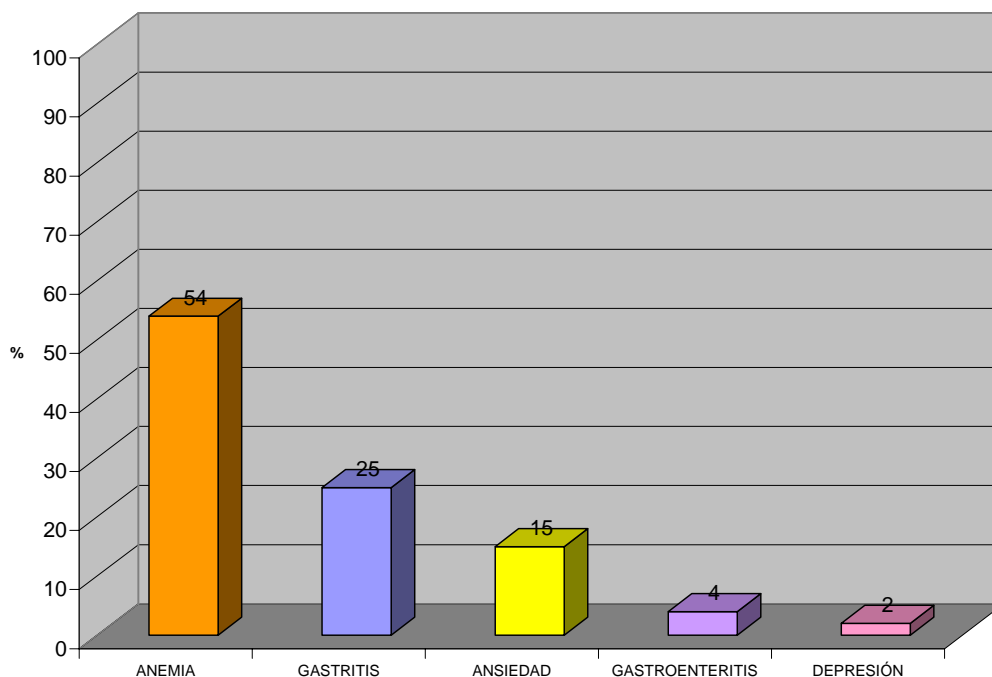
Podemos observar en el cuadro estadístico al analizar si hay patologías asociadas o no a la bulimia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, que no existe marcada diferencia, ya que se encontró que el 55% de los estudiantes con bulimia están asociados a otras patologías y el 45% no lo están.

TABLA N° 14

BULIMIA POR PATOLOGÍA ASOCIADA EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

PATOLOGÍAS ASOCIADAS	%
ANEMIA	54
GASTRITIS	25
ANSIEDAD	15
GASTROENTERITIS	4
DEPRESIÓN	2
TOTAL	100

GRAFICO N° 14



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

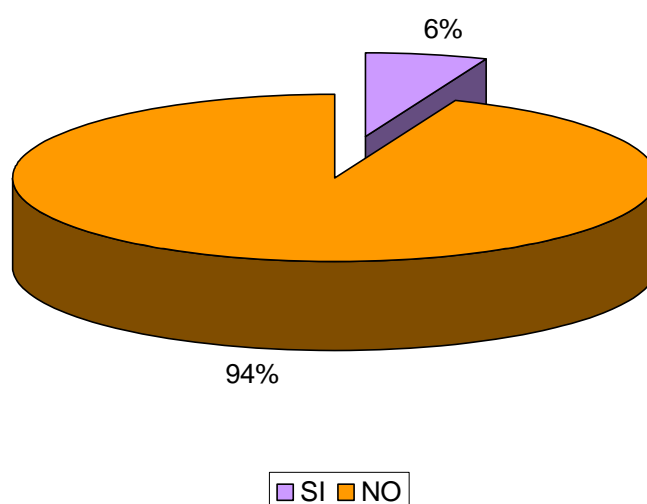
Analizando las diferentes patologías que se asocia a la bulimia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se puede detectar que el mayor porcentaje de bulímicos presentan anemia con 54%, le sigue la gastritis con el 25%, ansiedad con 15%, y en menor porcentaje la gastroenteritis y depresión con 4% y 2% respectivamente.

TABLA N° 15

BULIMIA POR ANTECEDENTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

ANTECEDENTES FAMILIARES	%
SI	6
NO	94
TOTAL	100

GRAFICO N° 15



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

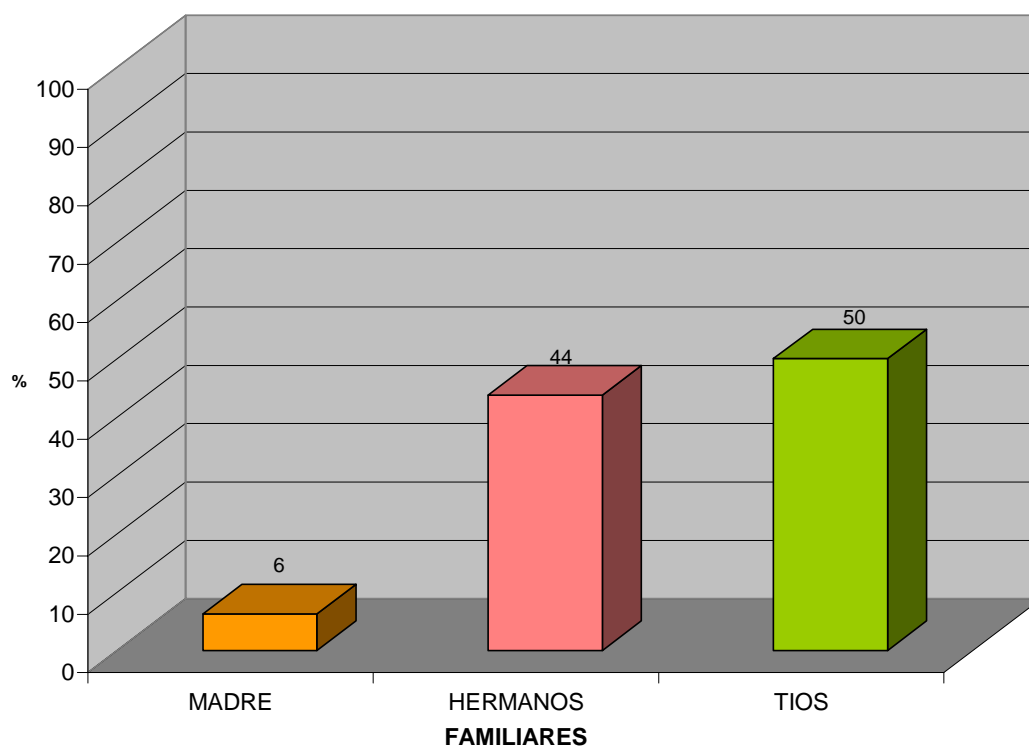
Tomando como referencia los antecedentes familiares de bulimia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, encontramos marcada diferencia entre los estudiantes con bulimia que no presentan antecedentes familiares en un 94% de los que si presentan con 6%

TABLA N° 16

BULIMIA POR ANTECEDENTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

ANTECEDENTES	%
MADRE	6
HERMANOS	44
TIOS	50
TOTAL	100

GRAFICO N° 16



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

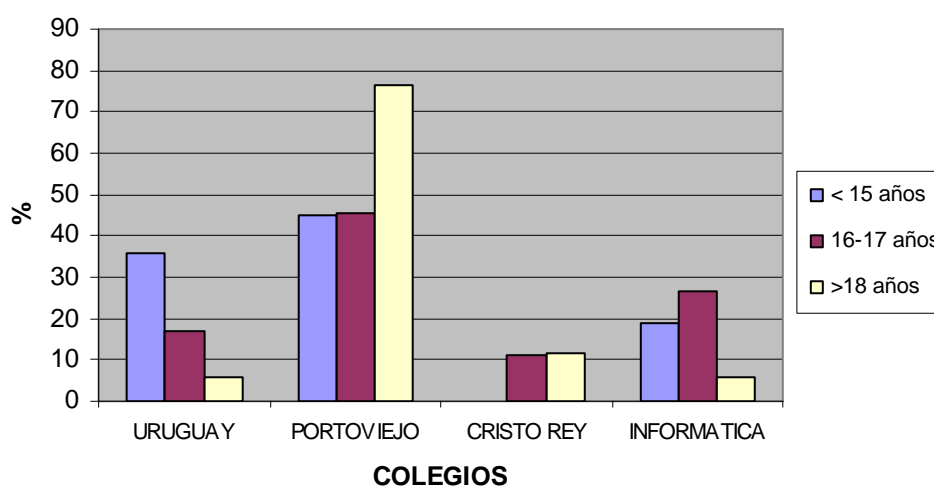
Analizando la mayor incidencia de bulimia con antecedentes familiares en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, fue proveniente de los tios en 50%, los hermanos 44%, y el menor porcentaje en las madres con 6%

TABLA N° 17

BULIMIA POR COLEGIOS Y GRUPO DE EDAD EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	< 15 AÑOS %	16-17 AÑOS %	> 18 AÑOS %
URUGUAY	36	17	6
PORTOVIEJO	45	46	76
CRISTO REY	0	11	12
INFORMATICA	19	27	6
TOTAL	100	100	100

GRAFICO N° 17



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

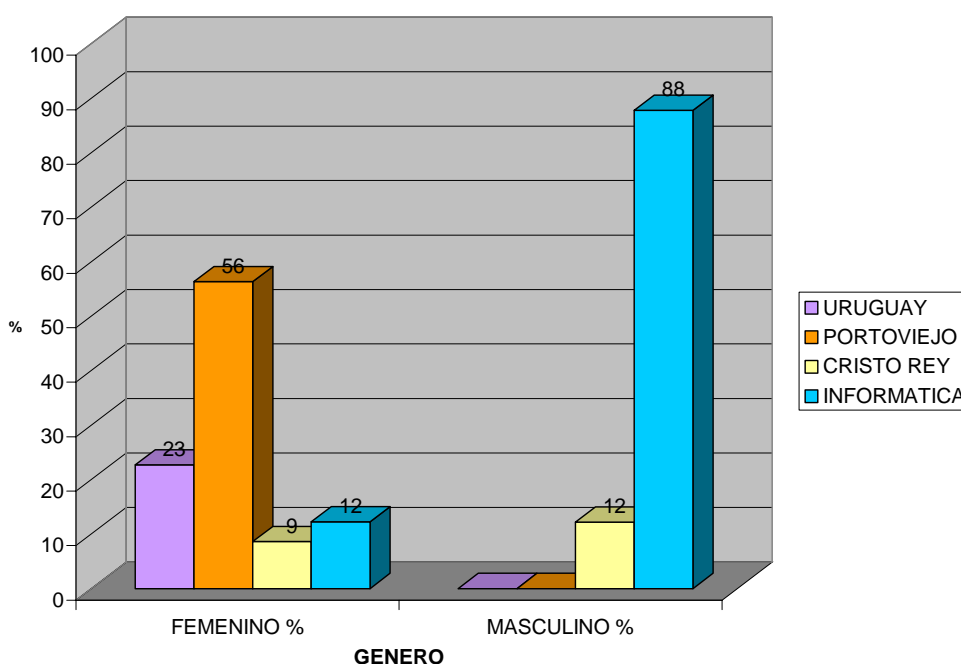
En el análisis comparativo entre colegios y grupo de edad en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, el resultado nos revela que en los tres grupos de edad el mayor porcentaje de bulimia se encontró en el colegio Portoviejo y el menor porcentaje de bulimia está en los primeros dos grupos de edad en el colegio Cristo Rey, mientras que la menor incidencia de bulimia en el grupo de >18 años se presentó en el mismo porcentaje en el colegio Informática y en el Uruguay con el 6%

TABLA N° 18

BULIMIA POR COLEGIOS Y GÉNERO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

GENERO	FEMENINO %	MASCULINO %
URUGUAY	23	
PORTOVIEJO	56	
CRISTO REY	9	12
INFORMATICA	12	88
TOTAL	100	100

GRAFICO N° 18



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

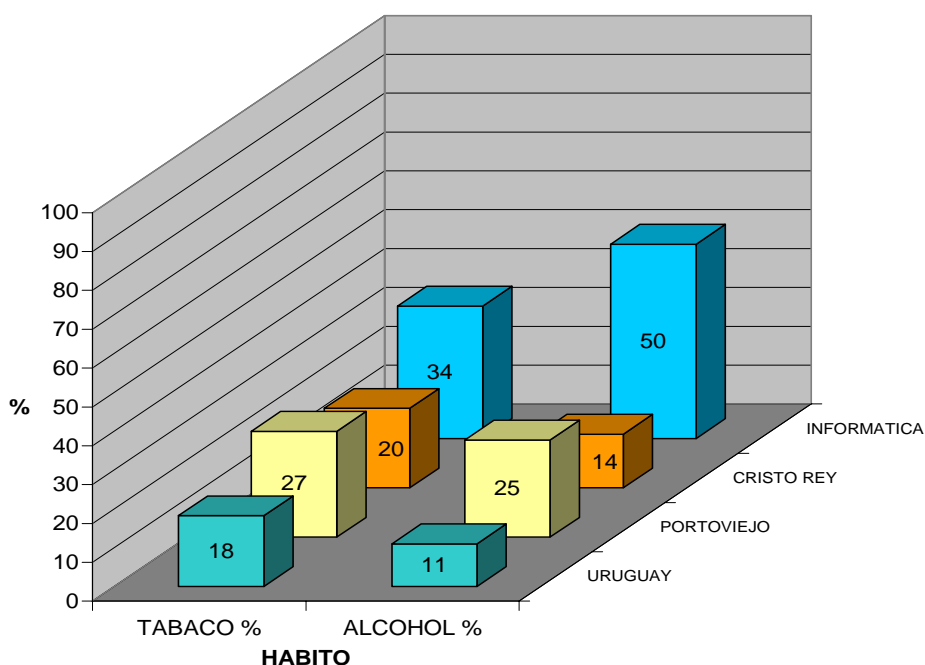
El resultado de la comparación de colegio con género en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, nos indica que la mayor incidencia de bulimia en el género femenino se lo encontró en el colegio Portoviejo con el 56%, le sigue el colegio Uruguay con el 23%; mientras que el menor porcentaje de bulimia está en el colegio Cristo Rey con 9%. Analizando el género masculino el mayor índice de bulimia está en el colegio Informática con 88%, valor muy alejado al 12% encontrados en el colegio Cristo Rey

TABLA N° 19

BULIMIA POR COLEGIOS Y HÁBITOS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	TABACO %	ALCOHOL %
URUGUAY	18	11
PORTOVIEJO	27	25
CRISTO REY	20	14
INFORMATICA	34	50
TOTAL	100	100

GRAFICO N° 19



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

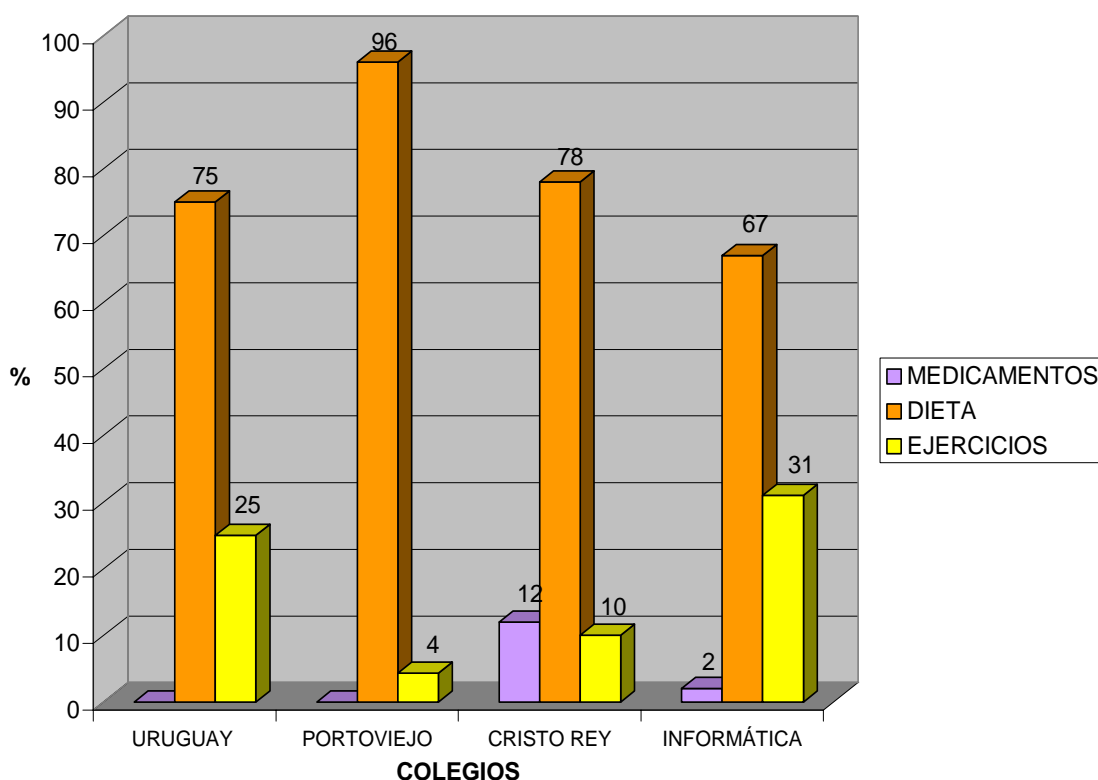
Analizando la relación entre colegio y hábitos en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se encontró que en el colegio Informática hubo el mayor porcentaje de consumo de tabaco y alcohol con el 34% y 50% respectivamente, le sigue el colegio Portoviejo con el 27% de consumo de tabaco y 25% de consumo de alcohol. En menor porcentaje encontramos al colegio Uruguay con el 18% de consumo de tabaco y el 11% de consumo de alcohol

TABLA N° 20

BULIMIA POR COLEGIOS Y RÉGIMEN PRESCRITO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

TIPO	URUGUAY %	PORTOVIEJO %	CRISTO REY %	INFORMÁTICA %
MEDICAMENTOS	0	0	12	2
DIETA	75	96	78	67
EJERCICIOS	25	4	10	31
TOTAL	100	100	100	100

GRAFICO N° 20



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

Al relacionar los colegios y régimen prescrito en adolescentes bulímicos de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se encontró que el

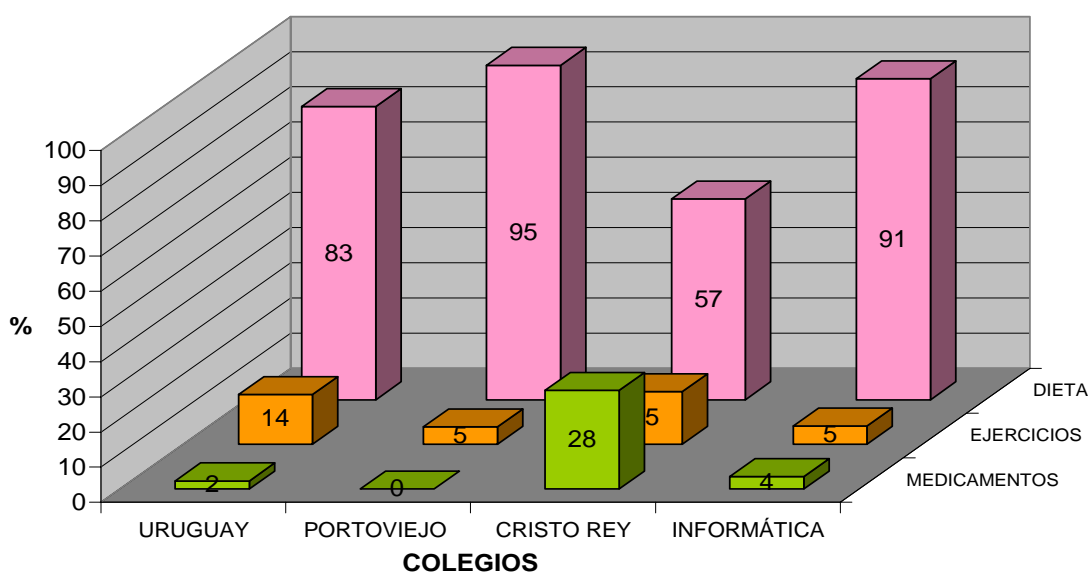
mayor porcentaje de bulimia por régimen prescrito en todos los colegios es la dieta ocupando el primer lugar el colegio Portoviejo en un 96%, sin mucha diferencia en los demás colegios. En cuanto al régimen por ejercicios se encontró que los bulímicos del colegio Informática lo realizan en un 31%, sin mayor diferencia las estudiantes del colegio Uruguay lo practican en el 25%; valor muy distante de los bulímicos del colegio Cristo Rey y Portoviejo, que lo realizan en el 10% y 4% respectivamente. En lo referente al consumo de medicamento se detectó que la mayor incidencia de adolescentes bulímico que se administran medicamentos prescrito es en colegio Cristo Rey con un 12% y con mínimo valor en el Informática con 12% sin encontrar resultados en los colegios Fiscales.

TABLA N° 21

BULIMIA POR COLEGIOS Y RÉGIMEN NO PRESCRITO EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

TIPO	URUGUAY %	PORTOVIEJO %	CRISTO REY %	INFORMÁTICA %
MEDICAMENTOS	2	0	28	4
DIETA	83	95	57	91
EJERCICIOS	14	5	5	5
TOTAL	100	100	100	100

GRAFICO N° 21



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

Al analizar colegio por régimen no prescrito en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, es evidente que los resultados se asemejan al cuadro de régimen prescrito, encontrándose que la dieta vuelve a ocupar el primer lugar en todos los colegios presentando el mayor porcentaje en el colegio Portoviejo en un 95%, sin mucha diferencia en los demás colegios. En cuanto al

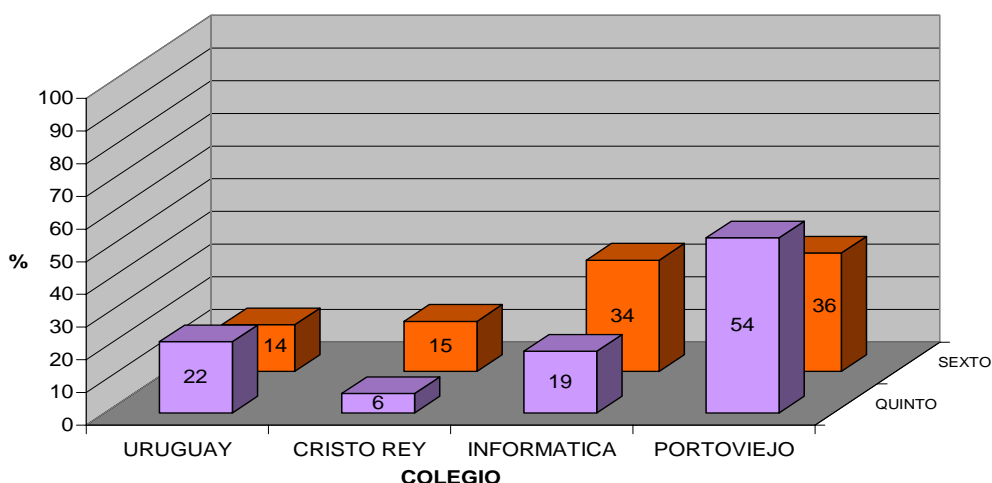
régimen por ejercicios se determina que los bulímicos que mantienen una vida activa están en el colegio Cristo Rey y Uruguay con el 15% y 14% respectivamente, sin mayor diferencia de los resultados del colegio Portoviejo e Informática en un 5% ambos. En cuanto a los medicamentos no prescritos los mayores consumidores también se encontraron en el colegio Cristo Rey con un 28%, resultado muy distante del encontrado en el colegio Uruguay en el 2%, e informática en el 4%, sin encontrar resultados en el colegio Portoviejo.

TABLA N° 22

BULIMIA POR COLEGIOS Y CURSOS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	QUINTO %	SEXTO %
URUGUAY	22	14
PORTOVIEJO	54	36
CRISTO REY	6	15
INFORMATICA	19	34
TOTAL	100	100

GRAFICO N° 22



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

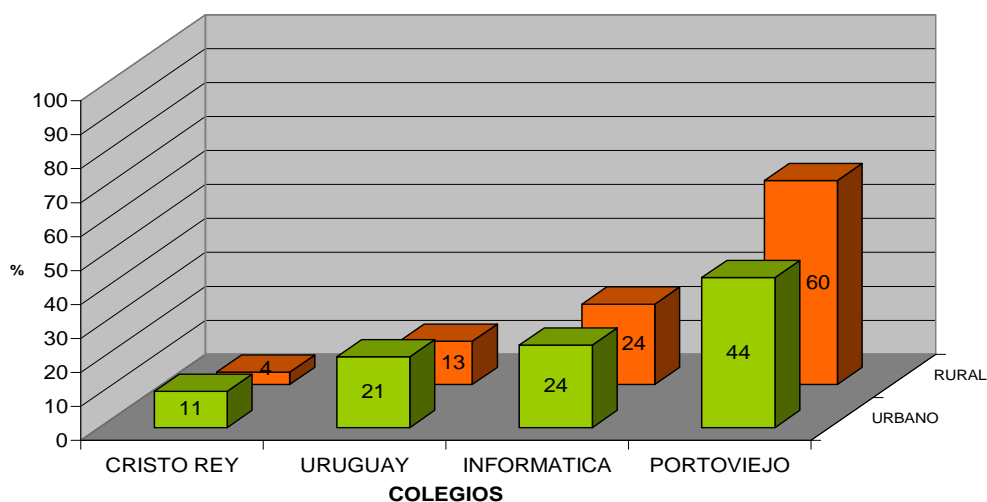
Al relacionar colegio por curso en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se encuentra que la mayor incidencia de bulimia en quinto y sexto curso está en el colegio Portoviejo con 54% y 36% respectivamente, y en menor incidencia de bulimia están los estudiantes que cursan el quinto curso en el colegio Cristo rey con 6% y los de sexto curso sin mucha diferencia el colegio Cristo Rey con 15% y el colegio Uruguay con 14%.

TABLA N° 23

BULIMIA POR COLEGIOS Y PROCEDENCIA EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	URBANO %	RURAL %
URUGUAY	21	13
PORTOVIEJO	44	60
CRISTO REY	11	4
INFORMATICA	24	24
TOTAL	100	100

GRAFICO N° 23



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

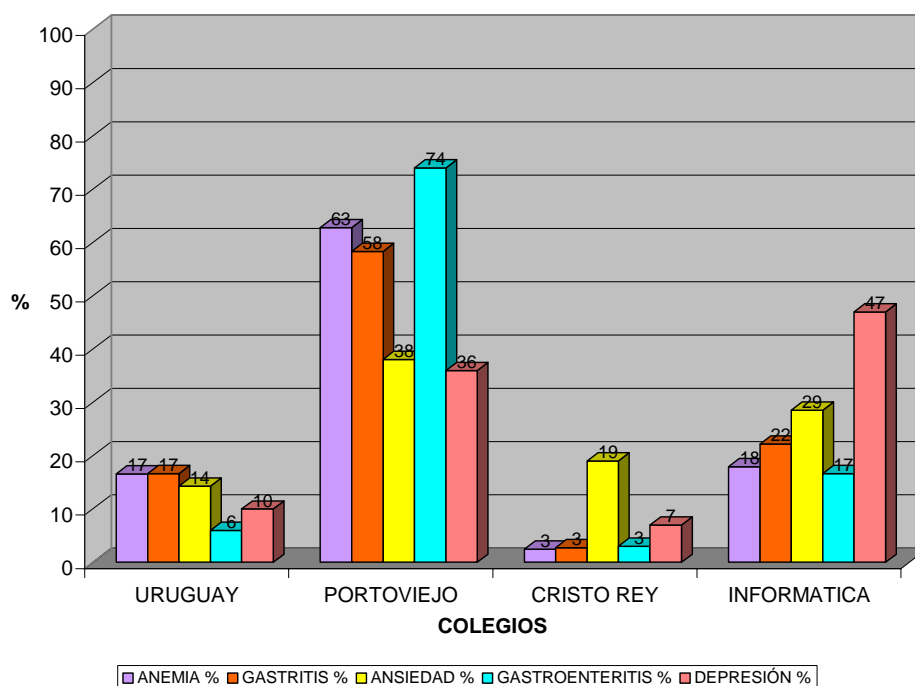
Analizando colegio por procedencia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se encontró el mayor porcentaje tanto en zona urbana como en rural en el colegio Portoviejo con el 44% y 60% respectivamente, seguido de el colegio Informática que presenta el 24% en ambas zonas, el menor porcentaje se encontró en el colegio Cristo Rey con el 11% en la zona urbana y 4% en la zona rural.

TABLA N° 24

BULIMIA POR COLEGIOS Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	ANEMIA %	GASTRITIS %	ANSIEDAD %	GASTROENTERITIS %	DEPRESIÓN %
URUGUAY	17	17	14	6	10
PORTOVIEJO	63	58	38	74	36
CRISTO REY	3	3	19	3	7
INFORMATICA	18	22	29	17	47
TOTAL	100	100	100	100	100

GRAFICO N° 24



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

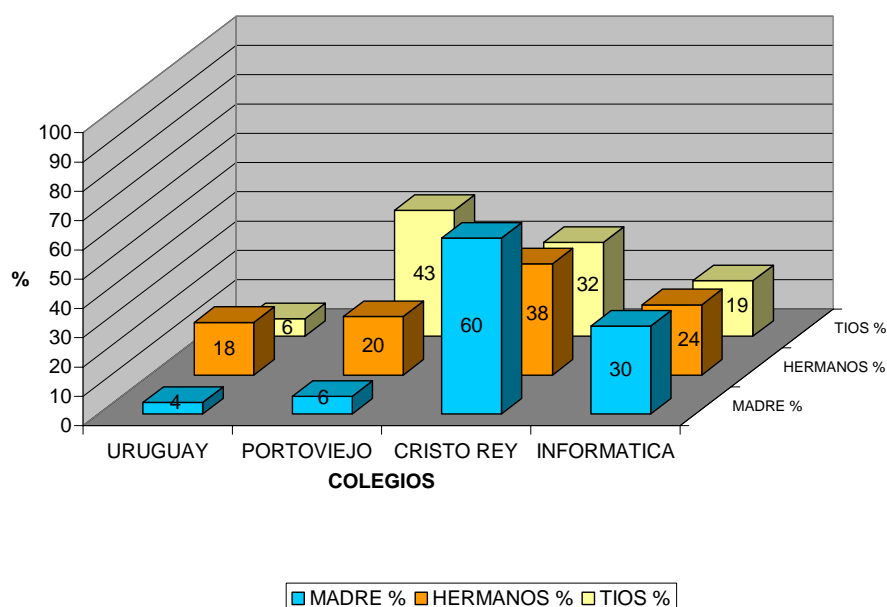
Al comparar colegio con patología asociada a la bulimia en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, se determinó que en el colegio Portoviejo hay mayor índice de patologías asociadas a la bulimia que en orden de frecuencia está la gastroenteritis en el 74%, anemia con 63%, gastritis con 58%, ansiedad en 38% y depresión en 36%, mientras que en el colegio Cristo Rey se detectó bulimia con menos patologías asociadas, siendo la ansiedad una de las patologías que tubo prioridad 19%, en relación a las otras cuyo valor es similar 3%

TABLA N° 25

BULIMIA POR COLEGIOS Y ANTECEDENTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE QUINTO Y SEXTO CURSO DE LOS COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES. PORTOVIEJO, 2006

COLEGIO	MADRE %	HERMANOS %	TIOS %
URUGUAY	4	18	6
PORTOVIEJO	6	20	43
CRISTO REY	60	38	32
INFORMATICA	30	24	19
TOTAL	100	100	100

GRAFICO N° 25



Fuente: Encuesta, EAT 26

Elaborado por: E. Molina y J. Vacas

Análisis:

Al realizar el estudio relacionando colegio con antecedentes familiares en adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios Particulares y Fiscales de Portoviejo, es evidente que en el colegio Cristo Rey se a detectado el mayor porcentaje de bulímicos con antecedentes familiares proviniendo de la madre con 60%, seguido de hermanos con 38%, mientras que en el colegio Portoviejo la mayor influencia hereditaria está en los tíos con el 43%. A diferencia del menor porcentaje de bulímicos con herencia familiar lo encontramos en madre en el colegio Uruguay con el 4%.

CAPITULO VIII

DISCUSION DE RESULTADOS.

La incidencia de bulimia en la población de adolescentes de quinto y sexto curso de los colegios particulares y fiscales de Portoviejo, se encontró un 12 % (**TABLA Y GRAFICO N° 2**) de bulimia, muy distante de un 88% que no son afectados por esta patología, estos porcentajes son menores en relación con un estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 en la cual se encontró un 17% cifra que sin embargo sigue siendo elevada según la Asociación Americana de Psiquiatría en la cual representa el 1 a 3 %.

Del estudio realizado en la población de adolescentes, al analizar los colegios se encontró un mayor porcentaje de bulimia en el colegio Portoviejo con un 48% (**TABLA Y GRAFICO N° 3**), básicamente esto se da porque esta institución recibe estudiantes de toda la provincia y el número de alumnos es mayor que en el resto de la instituciones involucradas en el presente estudio.

Al analizar el grupo de edad la mayor incidencia de bulimia en lo planteles en estudio estuvo entre los 16-17 años con un 77% (**TABLA Y GRAFICO N° 4**); lo que esta acorde con los diversos estudios realizados a nivel mundial, en los cuales se señalan que la mayor frecuencia esta en el grupo de 14-19 años, debido a que durante la adolescencia intermedia es la etapa en la cual estos estudiantes intentan mejorar su aspecto personal, pero muchas veces no lo hace de la manera adecuada debido a que no hay aceptación del mismo; a diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 puesto que el grupo de edad afectado se encontraba en el promedio de 20 años teniendo esta tesis un rango de estudio entre 17 y 30 años. Según el doctor Gonzalo Morandé, jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de anorexia y Bulimia en España hasta el año 1996 mostraban que el 92 % de estos episodios se produjo en jóvenes de 15 a 29 años

Tomando en consideración la incidencia de bulimia de acuerdo al género, no presentó mayor diferencia, ya que en el género femenino la incidencia de bulimia es

del 12,5% (**TABLA Y GRAFICO N° 5**) y en el género masculino el porcentaje de afectados es del 12,1%, lo cual no coincide con la literatura universal ya que es considerado que las mujeres son diez veces más afectadas que los hombre por esta enfermedad.

Tomando como referencia solo la población bulímica por género, encontramos en el género femenino un 84% (**TABLA Y GRAFICO N° 6**) afectadas por bulimia y el restante que es el 16%, en el género masculino, esta diferencia se estableció porque el estudio se realizó con mayor población femenina; a diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 siendo el género femenino el más afectado en un 56% y el masculino en un 44% existiendo una marcada diferencia en relación a nuestro estudio.

Al analizar la incidencia de bulimia por hábitos, no se encontró mucha diferencia entre el consumo de tabaco y alcohol, dado que el porcentaje de tabaquismo es de un 17% (**TABLA Y GRAFICO N° 7**) y el de alcoholismo es del 14% (**TABLA Y GRAFICO N° 7**) estos porcentaje son relativamente bajos debido a los rasgos culturales de sus familias, lo cual influye en los pacientes con desordenes alimenticios al utilizar con mayor avidez este tipo de sustancia empeorando su condición; a diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el Período 2004 en los que se encontró un 52% de alcoholismo, un 19% de tabaco, un 27% de consumo de tabaco más alcohol y un 2% de consumo de alcohol más marihuana, mientras que en nuestro estudio no se reportó consumo de marihuana. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban del alcohol y el 28% abusaban de las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente

De acuerdo al estudio realizado, la incidencia de bulimia por régimen, tiene gran diferencia, optando los adolescentes en realizar régimen no prescrito en un 82% (**TABLA Y GRAFICO N° 8**) y un mínimo porcentaje de bulímicos que realizan régimen prescrito en un 18% (**TABLA Y GRAFICO N° 8**), en base a que la mayoría obtienen la mayor información de variedades de regimenes de manera

sencilla, básicamente por medio de la televisión, el Internet o revistas, haciendo fácil la obtención de estos; a diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 cuyo régimen prescrito esta en un 36% y el régimen no prescrito en un 64%. Existiendo una semejanza en comparación con nuestro estudio.

Analizando los bulímicos según tipo de régimen, tanto en el régimen prescrito y no prescrito alcanzó el mayor porcentaje la dieta, siendo en el prescrito el 81% (**TABLA Y GRAFICO N° 9**) ya que una de las imposiciones culturales mas perniciosas ha sido el mandato terminante de hacer dieta y controlar estrictamente el peso para satisfacer normas irreales de delgadez. A diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 en el que existe predominio ejercicio más dieta en un 47%, siguiendo el ejercicio en un 36%, dieta 12% y medicamentos un 5%.

Según el análisis realizado tomando en cuenta el tipo de colegio, nos revela un alto índice de bulimia en los colegios fiscales con un rango del 67% (**TABLA Y GRAFICO N° 9**) a diferencia de los colegios particulares que presentan bulimia en un 33% (**TABLA Y GRAFICO N° 10**), debido a que estos adolescentes en muchas ocasiones son menos controlados por sus padres, y por lo tanto son mas vulnerables a sufrir de esta patología. Mientras que en el estudio realizado en la UTM en el periodo 2004 el 53% provenían de colegios particulares y el 47% de colegios fiscales.

Comparando los resultados obtenidos por cursos, nos muestra que el quinto curso tuvo el porcentaje mayor con 65% (**TABLA Y GRAFICO N° 11**) de bulimia, mientras que el sexto curso presenta el 35% (**TABLA Y GRAFICO N° 12**) de bulimia. A diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 el 60% de los estudiantes bulímicos se encontraban en los tres primeros semestres de la carrera.

Analizando los resultados según procedencia en adolescentes de quinto y sexto curso, se encuentra un mayor índice en la zona urbana con 79% (**TABLA Y GRAFICO N° 12**) a diferencia de los estudiantes de la zona rural afectados el 21%

(TABLA Y GRAFICO N° 12) con bulimia, coincidiendo con el estudio realizado en la Universidad Técnica de Manabí en los estudiantes de Medicina periodo 2004 donde el 86% era de zona urbana y el restante 14% de zona rural.

Podemos observar en el cuadro estadístico al analizar si hay patologías asociadas o no a la bulimia, que no existe marcada diferencia, ya que se encontró que el 55% **(TABLA Y GRAFICO N° 13)** de los estudiantes con bulimia están asociados a otras patologías y el 45% **(TABLA Y GRAFICO N° 13)** no lo están. A diferencia del estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 el 14% presentaban otra patología.

Analizando las diferentes patologías que se asocian a la bulimia, se puede detectar que el mayor porcentaje de bulímicos presentan anemia en un 54% **(TABLA Y GRAFICO N° 14)**. Mientras que en el estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004 presentaron rinitis un 52% y gastritis en un 24%. En Argentina un equipo de profesionales del hospital local que llevan a cabo un programa de detección y tratamiento de trastornos alimentarios encontraron en las estadísticas del último semestre de 1997 que de 190 personas atendidas: un 37% presentaba anorexia, un 15 % bulimia y el resto, otras patologías relacionadas a la alimentación como la obesidad y sobrepeso, lo cual no se encontró en la presente investigación.

Tomando como referencia los antecedentes familiares de bulimia encontramos marcada diferencia entre los estudiantes con bulimia que no presentan antecedentes familiares en un 94% **(TABLA Y GRAFICO N° 15)**. Analizando la mayor incidencia de bulimia con antecedentes familiares fue proveniente de los tíos en 50% **(TABLA Y GRAFICO N° 16)**. Mientras que en el estudio realizado en los estudiantes de la universidad Técnica de Manabí en el periodo 2004, el 10% presentaron antecedentes familiares. Según estudios realizados tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física influyen en la bulimia. Cynthia Bulik y su equipo, de la Virginia Commonwealth

University en Richmond, han realizado un estudio con 2.000 gemelos y concluyen que en la bulimia existe un 83% de influencia genética.

En el análisis comparativo entre colegios y grupo de edad, el resultado nos revela que en los tres grupos de edad el mayor porcentaje de bulimia se encontró en el colegio Portoviejo, debido a su mayor población de estudio; y el menor porcentaje de bulimia está en los primeros dos grupos de edad en el colegio Cristo Rey, mientras que la menor incidencia de bulimia en el grupo de > 18 años se presentó en el mismo porcentaje en el colegio Informática y en el Uruguay con el 6% (**TABLA Y GRAFICO N° 17**).

El resultado de la comparación de colegio con género, nos indica que la mayor incidencia de bulimia en el género femenino se lo encontró en el colegio Portoviejo con el 56% (**TABLA Y GRAFICO N° 18**) Analizando el género masculino el mayor índice de bulimia está en el colegio Informática con 88% (**TABLA Y GRAFICO N° 18**).

Analizando la relación entre colegio y hábitos, se encontró que en el colegio Informática hubo el mayor porcentaje de consumo de tabaco y alcohol con el 34% (**TABLA Y GRAFICO N° 19**) y 50% (**TABLA Y GRAFICO N° 19**) respectivamente.

Al relacionar los colegios y régimen prescrito, se encontró que el mayor porcentaje de bulimia por régimen prescrito en todos los colegios es la dieta ocupando el primer lugar el colegio Portoviejo en un 96% (**TABLA Y GRAFICO N° 20**), sin mucha diferencia en los demás colegios. En cuanto al régimen por ejercicios se encontró que los bulímicos del colegio Informática lo realizan en un 31% (**TABLA Y GRAFICO N° 20**). En lo referente al consumo de medicamento se detectó que la mayor incidencia de adolescentes bulímico que se administran medicamentos prescrito es en colegio Cristo Rey con un 12% (**TABLA Y GRAFICO N° 21**) y con mínimo valor en el Informática con 12% (**TABLA Y GRAFICO N° 21**) sin encontrar resultados en los colegios Fiscales.

Al analizar colegio por régimen no prescrito, es evidente que los resultados se asemejan al cuadro de régimen prescrito, encontrándose que la dieta vuelve a ocupar el primer lugar en todos los colegios presentando el mayor porcentaje en el colegio Portoviejo en un 95% (**TABLA Y GRAFICO N° 21**). En cuanto al régimen por ejercicios se determina que los bulímicos que mantienen una vida activa están en el colegio Cristo Rey y Uruguay con el 15% y 14% (**TABLA Y GRAFICO N° 21**) respectivamente. En cuanto a los medicamentos no prescrito los mayores consumidores también se encontraron en el colegio Cristo Rey con un 28% (**TABLA Y GRAFICO N° 21**).

Al relacionar colegio por curso, se encuentra que la mayor incidencia de bulimia en quinto y sexto curso está en el colegio Portoviejo con 54% y 36% (**TABLA Y GRAFICO N° 22**) respectivamente.

Analizando colegio por procedencia, se encontró el mayor porcentaje tanto en zona urbana como en rural en el colegio Portoviejo con el 44% y 60% (**TABLA Y GRAFICO N° 23**) respectivamente.

Al comparar colegio con patología asociada a la bulimia, se determinó que en el colegio Portoviejo hay mayor índice de esta relación, obtenidas por entrevistas realizadas a los estudiantes. En orden de frecuencia está la gastroenteritis en el 74%, anemia con 63%, gastritis con 58%, ansiedad en 38% y depresión en 36% (**TABLA Y GRAFICO N° 24**).

Al realizar el estudio relacionando colegio con antecedentes familiares, es evidente que en el colegio Cristo Rey se a detectado el mayor porcentaje de bulímicos con antecedentes familiares proviniendo de la madre con 60% (**TABLA Y GRAFICO N° 25**).

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.

Con los resultados y el análisis se a llegado a las siguientes conclusiones: Una vez realizado el presente trabajo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- ✧ La incidencia de bulimia en la población de estudio, fue de un 12 %.
- ✧ La incidencia de bulimia por factores biológicos se encontró que el grupo de edad con mayor incidencia fue entre 16-17 años con 77%. En cuanto al género: el femenino fue afectado en un 84% y el masculino en un 16%
- ✧ La incidencia de bulimia por estilo de vida según hábitos se detectó tabaquismo en un 17% y alcoholismo en un 14% .Por régimen encontramos que el no prescrito tuvo un 82% y el prescrito un 18%. La dieta en régimen prescrito y no prescrito alcanzó el mayor porcentaje, siendo en el prescrito el 81% y en el no prescrito el 89%.
- ✧ La incidencia de bulimia por factores sociales encontramos en los colegios fiscales un 67% y en los colegios particulares un 33%. Por cursos se muestra que el quinto curso tuvo un 65% y el sexto curso un 35%. Según procedencia en la zona urbana fue un 79% y en la zona rural un 21%
- ✧ La incidencia de bulimia según patologías asociadas se encontró que el 55% de los estudiantes con bulimia están asociados a otras patologías y el 45% no lo están. Anemia con 54%, gastritis con el 25%, ansiedad con 15%, gastroenteritis 4% y depresión un 2%
- ✧ La incidencia de bulimia según antecedentes familiares, se encontró en el 6%. Que provenían de los tíos en un 50%, y las madres con el 6%, otros mencionaron que tenían hermanos bulímicos en un 44%.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES

Todo proceso de investigación es un acercamiento más al conocimiento de la realidad, en esta experiencia obtenida se ve claramente uno de los problemas fundamentales de la población manabita. Lo cual permite hacer las siguientes recomendaciones:

1) A la Universidad:

Existiendo 2 estudios, uno de estudiantes universitarios en medicina y este de adolescentes se debería:

- Difundir los resultados de estas 2 investigaciones para de una manera conjunta entre universidad, autoridades de salud, realizar un proyecto de intervención orientado a los grupos que padecen de bulimia.

2) A las autoridades de salud:

- Se les recomienda que tomen un rol activo en la prevención de esta enfermedad con la exposición de vallas publicitarias para promocionar la buena salud desde el punto de vista nutricional.
- Enfatizar en la realización y promoción de programas de salud dirigidos a los adolescentes.

3) A los colegios:

- Se recomienda que se desarrolle más el área de Psicología y que se atienda a los estudiantes y a sus familiares en cada uno de los planteles, para de esta manera mejorar la detección de este tipo de trastornos.
- Proporcionar charlas de prevención y tratamiento de pacientes bulímicos.
- Adjuntar al pensum académico materias que abarquen los valores humanos de tal manera que los estudiantes mejoren su autoestima.

PRESUPUESTO

ITEMS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Paquete de hojas Din A-4	15	\$3.50	\$52.50
Esferos y lápices	10	\$0.50	\$5.00
Cd's	8	\$0.50	\$4.00
Cartuchos de tinta	6	\$5.50	\$33.00
Copias de texto	200	\$0.03	\$6.00
Trabajos de computación	10	\$30.00	\$300.00
Copias de tesis	1000	\$0.03	\$30.00
Gastos de Internet	50 horas	1 hora(\$1.20)	\$120.00
Transporte	50	\$1.00	\$50.00
Imprevistos			\$300.00
TOTAL			\$900.50

BIBLIOGRAFÍA

1. **ADATAEX.** Asociación de defensa de trastornos alimentarios en Extremadura). Los teléfonos de contacto son 927-210750 en Cáceres y el 924-235467 en Badajoz.
2. **ÁLVAREZ G., AR.** Vázquez, JM. Mancilla y G. Gómez. 2002. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Rev Mex Psicolog. 19:147-156
3. **AYAST N.** (1997). Alimentación equilibrada. (Ed.), Trastornos de alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (pp.259-270). Barcelona: Masson.
4. **AYAST N.** (1999). Alimentación equilibrada. En V.J. Turón (Ed.), Trastornos de alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (pp.259-270). Barcelona: Masson.
5. **BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA;** disponible en: <http://www.monografías.com>; fecha de acceso: 9 de septiembre. Buscador Google.
6. **DICCIONARIO MEDICO ESPASA DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.**
7. **MARK H. BEERS, M.D.** Manual Merck; Décima Edición; Editorial Harcourt Brace; España, 1999; CD ROOM
8. **FARRERA; ROZMAN;** MEDICINA INTERNA. 14º EDICION. Ediciones Harcourt, S. A. Madrid. España. 2000
9. **MUÑOZ;** José y Zamora María; “Bulimia en Estudiantes de la Escuela de Medicina en la UTM”, Año 2004.

10. **ROSEN, J.C.** y Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment of bulimia. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *A handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 193-209). Nueva York: Guildford Press.
11. **SACKER, Ira**, Unidad de Desordenes Alimenticios del Centro Médico Universitario Brookdale; Brooklyn; disponible en: <http://aupec.univalle.edu.com//piab/citast>; fecha de acceso: 22 de agosto del 2006
12. **SALDAÑA, Tomás** y Bachs; Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. Fuente:: *Ansiedad y Estrés* 3, 2-3 (pp. 319-337)
13. **SÁNCHEZ L.** Trastornos de la alimentación. En: Vallejo J, ed. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, 3.a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1991.
14. **SCHMIDT, U.** y Treasure, J. (1996). *Aprender a comer. Un programa para bulímicos*. Barcelona: Martínez Roca.
15. **SCHWALBERG, M.D.**, Barlow, D.H., Alger, S.A. y Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4). 675-681.
16. **SHARP, C.W.** y Freeman, C.P.L. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 162, 452-462.
17. **STEERE, J.**, Butler, G. y Cooper, P. (1990). The anxiety symptoms of bulimia nervosa: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), 293-301.
18. **STROBER, M.**, Freeman, R., Bower, S. y Rigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: a ten-year

prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 519-532.

19. Datos poblacional de Manabí, disponible en: <http://www.Manabí.com>; fecha de acceso: 11 de diciembre 2006. Buscador Google.

20. **SUNDAY, S.R.**, Reeman, I.M., Eckert, E. y Halmi, K.A. (1996). Ten-year outcome in adolescent onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 533-544.

21. **TORO J, VILARDELL E.** Anorexia nerviosa. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1987.

ANEXO 1

ESCALA EAT 26

Instrucciones: Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta

- A:** siempre
B: casi siempre
C: a menudo
D: a veces
E: pocas veces
F: nunca

A B C D E F

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

ANEXO 2

Cuestionario de valoración de las variables de bulimia en los estudiantes matriculados en el quinto y sexto curso diversificado de los Colegios Cristo rey, informática, Uruguay y Portoviejo.

Datos biológicos

NOMBRES Y

APELLIDOS:.....

EDAD:

.....

SEXO:.....

Estilo de vida

TABACO: SI..... NO.... Frecuencia:.....

ALCOHOL: SI..... NO.... Frecuencia:.....

MARIHUANA: SI NO.... Frecuencia:.....

COCAÍNA: SI..... NO.... Frecuencia:.....

EXTASIS: SI..... NO.... Frecuencia:.....

HAS HECHO ALGÚN RÉGIMEN PARA BAJAR DE PESO: SI..... NO.....

PRESCRITO:

NO PRESCRITO:

Ejercicios SI..... NO.....

Ejercicios SI..... NO.....

Dietas SI..... NO.....

Dietas SI..... NO.....

Medicamentos SI..... NO.....

Medicamentos SI..... NO.....

Sociales

COLEGIO:CURSO:.....

PROCEDENCIA: Urbana:..... Rural:.....

Antecedentes patológicos personales

INFANCIA:.....

ADOLESCENCIA:

.....

PADECES DE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE:

SI..... NO.....

Cual:

.....

Antecedentes patológicos familiares

.....

Existe alguien en tu familia diagnosticada con bulimia: SI..... NO.....

Indique parentesco:

.....

ANEXO 3

INSTRUCTIVO PARA REGISTRO DEL CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE VARIABLES DE BULIMIA

Una vez realizado el test EAT 26 a los estudiantes del quinto y sexto curso diversificado de los Colegios Cristo Rey, Informática, Uruguay y Portoviejo; se escogerán a los estudiantes cuya puntuación sea igual o mayor a 20 para ejecutar una segunda encuesta que consta de :

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: En años cumplidos

SEXO: Femenino o masculino

CONSUMO:

TABACO: Se coloca una X si fuma o no; de ser afirmativa la respuesta se escribirá la cantidad (número de cigarrillos) y frecuencia (cuántas veces al día, semana, mes y año)

ALCOHOL: Colocará una X si ingiere alcohol o no, de ser afirmativa la respuesta se describirá la cantidad (número de copas) y frecuencia (cuántas veces al día, semana, mes y año)

MARIHUANA: Colocará una X si fuma o no, de ser afirmativa la respuesta se escribirá la cantidad (número de cigarrillos) y frecuencia (cuántas veces al día, semana, mes y año)

COCAÍNA: Colocará una X si su respuesta es si o no, de ser afirmativa la respuesta se escribirá la cantidad (en gramos) y frecuencia (cuántas veces al día, semana, mes y año)

HAS HECHO ALGÚN RÉGIMEN PARA BAJAR DE PESO: Esta pregunta se refiere a los procedimientos que has utilizado para bajar de peso; para lo cual deberán responder con una X si a optado por realizarlos o no.

En caso de ser afirmativa su respuesta deberá indicar con una X si el plan a utilizar fue prescrito (indicado por el médico) o no. De ser positivo existirán 3 opciones (medicamentos, ejercicios y dietas).

En cuanto a medicamentos colocara una x si no los ha recibido, los escribirá silos ha tomado, y marcara con una x si no lo recuerda.

En cuanto a ejercicios se colocara una x si su respuesta es afirmativa o negativa.

En cuanto a dietas se colocara una x si su respuesta es afirmativa o negativa.

En caso de ser prescrito (no indicado por un medico) existirá tres opciones (medicamentos, ejercicios y dietas).

En cuanto a medicamentos colocara una x si no los ha recibido, los escribirá si los ha tomado, y marcara con una x si no lo recuerda.

En cuanto a ejercicios se colocara una x si su respuesta es afirmativa o negativa.

En cuanto a dietas se colocara una x si su respuesta es afirmativa o negativa.

Si su respuesta a la pregunta inicial es negativa colocara una x.

CURSO: Que coloque el curso al cual pertenece

COLEGIO: Colocar una X en el colegio que se encuentre

PROCEDENCIA: Colocar una X según el sector donde habita si es zona Urbana o Rural

PADECES DE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE: colocara una x si su respuesta es afirmativa o negativa, de ser positiva escribirá la enfermedad que padece y colocara el tratamiento que esta recibiendo.

APF: Si existe algún familiar diagnosticado de bulimia colocara una x si su respuesta es negativa o positiva, de ser así deberá escribir parentesco.