

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA DESARROLLAR
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA
NERVIOSA; EN ESCOLARES DE 6° AÑO DE PRIMARIA DEL INSTITUTO JOSÉ
VASCONCELOS DE TOLUCA EN EL CICLO ESCOLAR 2013-2014

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN

PRESENTAN:
P.L.N GUADALUPE ELIZABETH GARCÍA BÉJAR
P.L.N DIANA GARCÍA RIVERA

DIRECTORA:
M. EN TAN. ALEJANDRA MERCEDES GARCÍA MALDONADO

REVISORES:
L.N. DIANA YOLANDA REYES BARRETERO
Lic. FILIBERTO HINOJOSA GARCÍA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA DESARROLLAR
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA
NERVIOSA; EN ESCOLARES DE 6° AÑO DE PRIMARIA DEL INSTITUTO JOSÉ
VASCONCELOS DE TOLUCA EN EL CICLO ESCOLAR 2013-2014

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

Arturo y Natalia.

Por ser mi motivo de lucha y superación.

A MIS PADRES

Juan Antonio y Martha

Por ser mi ejemplo de perseverancia y apoyo incondicional.

A ELI

Por ser una gran amiga y mi compañera en este trabajo.

DIANA

A MIS PADRES

Por su amor, apoyo y comprensión

Por ustedes lo he logrado: Rey y Lulú

A MI HERMANA

Por siempre estar ahí en todo momento

Uno de mis ejemplos: Ady

A MIS AMIGOS

Porque sin ustedes no sería lo mismo

En especial a Diana por ayudarme siempre

Son los mejores: Ana, Diana, Hugo, Aris, Octavio, May, Karen, Sac, Elías.

ELI

INDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. MARCO TEÓRICO	7
I.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	7
I.1.1 Epidemiología.....	8
I.1.2 Factores de riesgo	8
I.1.3 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	10
I.1.4 Complicaciones de los Trastornos de la conducta alimentaria	11
I.2 ANOREXIA NERVIOSA	12
I.2.1 Definición.....	12
I.2.2 Tipos	12
I.2.3 Manifestaciones	13
I.2.4 Diagnóstico	13
I.2.5 Síntomas	14
I.2.6 Abordaje terapéutico	15
I.3 BULIMIA NERVIOSA.....	17
I.3.1 Definición.....	17
I.3.2 Tipos	17
I.3.3 Manifestaciones	18
I.3.4 Diagnóstico	18
I.3.6 Abordaje terapéutico	19
I.4 ESCOLARES	22
I.4.1 Importancia de la Nutrición.....	22
I.4.2 Cambios que se producen en la maduración del sistema nervioso	22
I.4.3 Influencia de diferentes entornos en el desarrollo de niño en edad escolar	24
I.4.4 Medios de comunicación y manipulación.....	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
III. JUSTIFICACIÓN.....	27

III.1 CIENTÍFICA.....	27
III.2 ACADÉMICA	27
III.3 SOCIAL.....	27
IV. HIPÓTESIS	28
IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS.....	28
IV.1.1 Unidad de observación.....	28
IV.1.2 Variable de estudio	28
IV.1.3 Dimensión espacio temporal	28
V. OBJETIVOS	29
V.1 OBJETIVO GENERAL	29
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
VI. MÉTODO.....	30
VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	30
VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO	31
VI.3.1 Criterios de inclusión	31
VI.3.2 Criterios de exclusión	31
VI.3.3 Criterios de eliminación	31
VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	32
VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO.....	32
VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	33
VI.7 DISEÑO DE ANÁLISIS	33
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	34
VIII. RESULTADOS	35
IX. CONCLUSIONES.....	47
X. SUGERENCIAS.....	48
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	49
XII. ANEXOS.....	52
XII.1 ANEXO No. 1	52
XII.2 ANEXO No. 2	53
XII.3 ANEXO No. 3	54
XII.4 ANEXO No. 4	55
XII.5 ANEXO No. 5	56

RESUMEN

Marco teórico: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son manifestaciones de una perturbación psicológica de la personalidad. Afectan a la población femenina entre los 15 y los 18 años, pero actualmente se observa un aumento de su aparición en el sexo masculino y cada vez a edades más tempranas.⁽¹⁾

De acuerdo a los resultados de ENSANUT 2012 las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en los individuos mexicanos de 10 a 19 años de edad fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come.

Objetivo: Identificar las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014.

Resultados: El total de la población de estudio fueron 14 alumnos de los cuales 2 no se incluyeron debido a que los tutores no dieron su consentimiento. Se aplicaron un total de 12 cuestionarios de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).

En cuanto al sexo de los participantes, el femenino fue predominante, sin embargo, el sexo masculino fue quien presentó una puntuación más alta al responder el cuestionario con un total de 7 puntos.

El ítem que presentó más evidencia fue: “He hecho dietas para tratar de bajar de peso” donde un total de 5 alumnos respondieron con la opción “a veces”. Por otro lado los ítems con menos puntuación fueron: “He usado pastillas para tratar de bajar de peso”, “He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso” y “He tomado laxantes para tratar de bajar de peso” con respuesta “nunca o casi nunca” por la totalidad de los alumnos.

Conclusiones: Ningún participante de este estudio presenta riesgo en las conductas alimentarias características de los Trastornos de Conducta Alimentaria de acuerdo al punto de corte (≥ 11 puntos) del Cuestionario de Conductas Alimentarias.

ABSTRACT

Theoretical framework: The disordered eating behavior are manifestations of a psychological disturbance in the personality. They affect the female population around 15 to 18 years old, but now it can see an increase in the prevalence in the male sex and more early ages.

In accordance to the results of ENSANUT 2012 the eating behaviors of risk more frequently in the Mexican people around 10 to 19 years old were: worry about fatten, eat too much and lose the control with the food that eat.

Object: Identify risk eating behavior to develop disordered eating behavior in students of 6th grade of Institute José Vasconcelos de Toluca in the 2013- 2014 year.

Results: The total study population consisted of 14 students, 2 of which were not included because the parents did not consent. We applied a total of 12 questionnaires of "Conductas Alimentarias de Riesgo" (CAR).

About the sex of the participants, the female sex had more prevalence however the male sex showed who was presented a higher score to the questionnaire with a total of 7 points.

The item that showed more evidence was "I've done diets to try to lose weight" where five students respond with the option "sometimes". On the other hand the items with less score were: "I used drugs to try to lose weight", "I have taken diuretics to try to lose weight" and "I have taken laxatives to try lose weight" all with the answer "never or almost never" by all the students.

Conclusions: No participants in this study presents risk eating behaviors characteristic of eating disorders according to cutoff (≥ 11 points) Eating Behaviors Questionnaire (CAR).

I. MARCO TEÓRICO

I.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son manifestaciones de una perturbación psicológica de la personalidad que pueden llegar a poner en riesgo la vida de las personas que los padecen, comprenden graves anomalías en la ingesta de alimentos.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado la anorexia y bulimia como trastornos mentales y del comportamiento.⁽²⁾

Tiene una gran importancia sociosanitaria por sus características clínicas, su gravedad y complejidad, el interés social que despiertan, la tendencia a la cronicidad y por las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Ambos procesos pueden conducir a la incapacidad o muerte prematura. Dada la causalidad multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria el tratamiento debe ser multidisciplinario, y generalmente es prolongado.⁽³⁾

En los últimos años, se ha incrementado su prevalencia llegando a constituir la tercera enfermedad crónica en mujeres adolescentes. Esto está íntimamente relacionado con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias y con las consecuencias de la desnutrición. En todo ello pueden influir muchos factores como la tendencia social actual a realizar dietas, la mayor divulgación de estas patologías a través de los medios de comunicación, los problemas propios de la adolescencia con una personalidad en desarrollo.⁽³⁾

Afectan de forma característica a la población femenina entre los 15 y los 18 años, pero en la actualidad se observa un aumento de su aparición masculina y edades más tempranas.⁽¹⁾

I.1.1 Epidemiología

De acuerdo a los resultados de ENSANUT 2012, de los individuos en 10 a 19 años de edad que participaron en ésta encuesta, y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006.⁽⁴⁾

Los resultados de la ENSANUT muestran que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en los individuos mexicanos de 10 a 19 años de edad fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).⁽⁴⁾

I.1.2 Factores de riesgo

En las últimas décadas, la hipótesis multifactorial ha reemplazado a la de un único factor causal. Dichos factores se dividen en tres, los cuales son:⁽³⁾

FACTORES PREDISPONENTES

- **Factores individuales**
 - Psicológicos.
 - a) Trastornos afectivos
 - b) Baja autoestima.
 - c) Pobre relación social
 - d) Hiperactividad
 - e) Personalidad insegura
 - f) Escasa tolerancia a la frustración
 - g) Perfeccionismo
 - h) Elevado rendimiento escolar

- Biológicos.
 - a) Edad: entre los 9 y 25 años.
 - b) Género femenino
 - c) Antecedentes de sobrepeso u obesidad
 - d) Menarquía con un IMC >30
 - e) Enfermedades o problemas físicos

- Genéticos
 - a) Gemelos monocigóticos

- **Factores familiares**
 - Presencia de TCA en otros familiares
 - Maltrato psicológico o sexual
 - Padres con gran preocupación por la apariencia
 - Familia sobreprotectora
 - Patologías psiquiátricas (consumo de alcohol, adicciones, depresiones)

- **Factores socio-culturales**
 - Cultura de la delgadez
 - Medios de comunicación
 - Modas.
 - Vulnerabilidad del adolescente con una personalidad en desarrollo.

FACTORES PRECIPITANTES

- Acontecimientos que afectan al sujeto (separaciones familiares, ofensas, agresiones).
- Insatisfacción corporal.
- Comportamientos alimentarios restrictivos inadecuados.
- Actividad física de gran exigencia.
- Cambios corporales propios de la pubertad.

FACTORES PERPETUANTES

- Malnutrición
- Refuerzo social de disminuir su peso
- Problemas familiares
- Falta de adecuada respuesta familiar y social.

Se consideran poblaciones de riesgo las bailarinas, modelos, gimnastas y atletas que tiene que controlar su peso, así como los pacientes con enfermedades médicas que afectan a la autoimagen: fibrosis quística de páncreas, diabetes mellitus, escoliosis, obesidad y colitis ulcerosa, entre otras. Igualmente, los varones homosexuales.⁽³⁾

Además es importante mencionar que a la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura.⁽⁵⁾

Con el fin de reducir los malos hábitos alimenticios y los trastornos alimenticios, las intervenciones preventivas se enfocan en estudiantes de escuela preescolar, primaria, secundaria y preparatoria.⁽⁶⁾

I.1.3 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria ⁽⁷⁾ **Clasificación DSM- IV**

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; incluye el trastorno por atracón

Para fines de éste estudio, sólo se abordarán los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, por ser los que se presentan con mayor frecuencia.

I.1.4 Complicaciones de los Trastornos de la conducta alimentaria ⁽³⁾

- Hematológicas
- Gastrointestinales
- Metabólicas
- Cardiovasculares
- Endocrinológicas
- Neurológicas
- Renales
- Músculo esqueléticas
- Inmunológicas
- Dermatológicas y orales

I.2 ANOREXIA NERVIOSA

I.2.1 Definición

Es un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso corporal y la comida, una conducta dirigida a la pérdida de peso, patrones peculiares de manipulación de la comida, pérdida de peso, miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea⁽⁸⁾. Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida ó mantenida por el mismo enfermo.⁽⁹⁾

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psicosomática que se caracteriza por una pérdida inducida y mantenida por la propia persona que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad).⁽³⁾

La característica fundamental de la anorexia nerviosa consiste en una pérdida significativa de peso, por debajo del nivel normal mínimo, mediante un exhaustivo control de la ingesta de alimento.⁽¹⁰⁾

I.2.2 Tipos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV podemos distinguir dos subtipos de anorexia nerviosa⁽¹⁰⁾:

- Restrictiva: Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue mediante de la privación de la alimentación, ayuno o realización de ejercicio intenso. Durante los episodios estas personas no recurren a atracones o purgas.

- Purgativa: se recurre a atracones y purgas. Las purgas se provocan mediante el vómito o utilización de diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

I.2.3 Manifestaciones

Se distinguen 3 fases durante la manifestación de la AN: fase prodrómica, de inicio y de estado.⁽³⁾

- Prodrómica: malestar psicológico por las dificultades de afrontar situaciones personales o de relación con el entorno.
- Inicio: se produce la restricción alimentaria con la pérdida de peso que va evolucionando de forma insidiosa.
- Estado: la restricción alimentaria y pérdida de peso se acompañan de una conducta alimentaria anormal.

Existe una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. El cuerpo en general y determinadas partes del mismo (muslos, cadera, abdomen) son consideradas voluminosas y generan ansiedad.

I.2.4 Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria

ANOREXIA NERVIOSA (F 50.0)

DSM IV-TR (2002) ⁽³⁾

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso de conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% de esperado).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o siluetas corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

I.2.5 Síntomas

Los síntomas de la anorexia se pueden manifestar desde los 10 a los 30 años, pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. El comienzo generalmente pasa desapercibido para la familia. A veces la decisión de bajar de peso va precedida por un evento precipitante, que no siempre es reconocido por la paciente o su familia. ⁽⁵⁾

Se pueden distinguir dos tipos de síntomas, los cuáles son físicos y comportamentales. ⁽¹¹⁾

Físicos

- Pérdida alarmante de peso
- Amenorrea
- Intolerancia al frío
- Tensión arterial baja, arritmias
- Vómitos

Comportamentales

- Negación del hambre
- Pánico a ganar peso
- Restricción de alimentos con alto contenido calórico
- Disminución de la ingesta de líquidos
- Conducta alimentaria extraña (comer de pie, cortar la comida en pedazos pequeños)
- Hiperactividad tras la comida
- Aumento del ejercicio físico

- Disminución de las horas de sueño
- Irritabilidad
- Pesarse frecuentemente
- Usos de laxantes y diuréticos
- Aislamiento social

I.2.6 Abordaje terapéutico

Los trastornos alimentarios son enfermedades complejas con un curso crónico. Suelen requerir tratamiento a largo plazo, que puede tomar 5 a 6 años en promedio desde el diagnóstico inicial. Por esto, la intervención temprana es esencial, para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo. ⁽¹²⁾

El tratamiento debe ser interdisciplinario con atención especializada donde se sumen conocimientos médicos y psicológicos; es fundamental el tratamiento psiquiátrico y nutricional, que debe llevarse a cabo en unidades especializadas. El tratamiento abarca varios aspectos: ⁽⁷⁾

- Establecer y mantener una relación de confianza durante todo el tratamiento.
- Restablecer un peso adecuado y controlar los efectos derivados de la malnutrición.
- Mejorar el comportamiento alimentario.
- Mejorar el psiquismo de la paciente.
- Mejorar el área social.

De acuerdo con la Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria, el abordaje terapéutico debe incluir: ⁽¹³⁾

Manejo médico y psiquiátrico

- Descartar la presencia de comorbilidad psiquiátrica que debe ser atendida por el especialista.
- Realizar psicoeducación (estrategia que consiste en la exposición ante el paciente y su familia a las características del padecimiento, consecuencias físicas y mentales, información acerca de una nutrición sana.
- Ponderar el inicio de propulsores de la motilidad intestinal, complementos vitamínicos que tengan zinc y de estimulantes del hambre.
- Seguimiento subsecuente con una frecuencia semanal recomendada hasta que el paciente se encuentre en peso saludable.

Manejo nutricional

El objetivo primordial es la interrupción de la pérdida de peso. Recomendándose las siguientes medidas:

- Identificación de los antecedentes alimentarios.
- Evaluación inicial que incluya índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional.
- Determinar el aporte energético de la dieta inicial, mediante el registro del consumo de alimentos.
- Ajuste de los requerimientos basales.
- Asignación de un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el mismo paciente.
- Distribuir las calorías diarias en cinco tomas.
- En forma ambulatoria se recomienda aumentar el consumo calóricos de 100 a 300 kcal diarias por semana, ya que incrementos mayores pueden desarrollar el Síndrome de Realimentación.
- La ganancia de peso ponderal esperada es de 0.5 a 1.0 kg/semana.
- Se recomienda seguir las proporciones recomendadas en el plato del bien comer.

I.3 BULIMIA NERVIOSA

I.3.1 Definición

Es un trastorno mental que se caracteriza por presentar episodios de atracones seguidos de autopurgación (lo cual significa ingerir compulsiva y desmesuradamente grandes cantidades de comida en un periodo muy corto de tiempo, seguido de variados intentos de deshacerse de las calorías), con la finalidad de autocastigarse por aquello de lo cual de forma arbitraria se culpan. ⁽¹⁴⁾

Se caracteriza por un miedo exagerado a engordar, y por una distorsión de la imagen corporal; existe un sentimiento de pérdida de control con la comida, siendo característicos los atracones compulsivos; para contrarrestar estos atracones de comida suelen provocarse vómitos y usar laxantes en exceso. ⁽¹¹⁾

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada (atración) y exagerada de alimentos en períodos muy cortos de tiempo. Todo esto, acompañado de una conducta tendiente a eliminar los efectos de esta ingesta calórica a través de la autoprovocación del vómito, uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física. ⁽¹⁵⁾

I.2.2 Tipos

Purgativa: describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. ⁽¹⁶⁾

No purgativa: describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio. ⁽¹⁶⁾

I.2.3 Manifestaciones

Se distinguen 2 fases durante la manifestación de la BN: fase de inicio y de estado. ⁽³⁾

- Fase de inicio: las bulimias parciales permanecen años sin ser descubiertas. Deben asociarse varios factores emocionales para que la persona se descontrole.
- Fase de estado: El peso es normal o hay sobrepeso. La mayoría tienen antecedentes de sobrepeso.

I.2.4 Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria

BULIMIA NERVIOSA (F 50.2)

DSM IV (2002) ⁽³⁾

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Ingesta de alimento en un corto período de tiempo (p.ej., 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p, ej., sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación ; usos excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo

- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no parece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

I.2.5 Síntomas ⁽¹¹⁾

- Aumentos y disminuciones de peso
- Atracones y vómitos posteriores
- Lesiones en las manos por vómitos autoprovocados
- Constantes dietas, ayunos y utilización de laxantes y diuréticos
- Realización de ejercicio intenso
- Erosión de esmalte dentario
- Depresión

I.2.6 Abordaje terapéutico

Por la complejidad de su manejo, el tratamiento debe ser cuidadosamente coordinado por un grupo multidisciplinario que, de acuerdo a cada caso y a la disponibilidad, podría incluir al médico primario, ya sea pediatra o especialista en medicina de adolescentes, al psiquiatra de niños y adolescentes, al psicólogo, al trabajador social y al nutricionista. Hay casos que requieren la evaluación del ginecólogo, del endocrinólogo y del gastroenterólogo, entre otros. ⁽¹²⁾

La meta principal del tratamiento debe ser promover un estado de vida saludable, incluyendo como parte esencial del plan ⁽¹²⁾:

- Restaurar el peso apropiado de acuerdo al índice de masa corporal y el metabolismo normal del cuerpo.
- Normalizar los patrones de alimentación y revertir el proceso de inanición.
- Tratar cualquier complicación médica resultante.
- Eliminar conductas compensatorias maladaptativas.

De acuerdo con la Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria, el abordaje terapéutico debe incluir: ⁽¹³⁾

Manejo médico y psiquiátrico

- Descartar la presencia de comorbilidad psiquiátrica que debe ser atendida por el especialista.
- Realizar psicoeducación (estrategia que consiste en la exposición ante el paciente y su familia a las características del padecimiento, consecuencias físicas y mentales, información acerca de una nutrición sana.
- Ponderar el inicio de propulsores de la motilidad intestinal y antiácidos.
- En caso de comorbilidad con depresión mayor, el médico general puede iniciar manejo psicofarmacológico. Es indispensable que se informe completamente acerca de las características de cualquier medicamento que se elija, especialmente de sus efectos secundarios.
- Seguimiento subsecuente con una frecuencia mensual recomendada hasta que el paciente se encuentre abstinente de las conductas alimentarias anómalas, y en su caso termine su tratamiento psicofarmacológico.

Manejo nutricional

El objetivo es la recuperación en la ingestión de los grupos alimenticios requeridos por el paciente en cuestión. Recomendándose las siguientes medidas:

- Identificación de los antecedentes alimentarios.

- Evaluación inicial que incluya índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional.
- Determinar el aporte energético de la dieta inicial, mediante el registro del consumo de alimentos, incluyendo los consumidos durante los atracones en su caso.
- Estimular el reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad.
- Desalentar la práctica de ayunos prolongados.

- Asignación de un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el mismo paciente.
- Distribuir las calorías diarias en cinco tomas.
- Se recomienda seguir las proporciones recomendadas en el plato del bien comer.

I.4 ESCOLARES

La segunda infancia se inicia a partir de los 6 años, cuando el niño inicia la escuela primaria. Este tiempo se ha caracterizado por muchos teóricos clásicos como el período cuando un niño entra en la sociedad y empieza a establecer la base para ser un miembro de su comunidad. ⁽¹⁷⁾

Suele decirse que los niños de 6 a 11 años están en la edad escolar porque es la etapa de la vida cuyo eje es el aprendizaje, que se logra en las clases, en juegos y en las relaciones con los demás. La escuela es el centro del aprendizaje. ⁽¹⁸⁾

El término edad escolar también suele llamársele *preadolescencia* que se le suele definir como la etapa que va de los 9 a los 11 años de edad en niñas y de 10 a 12 años en niños. ⁽¹⁹⁾

I.4.1 Importancia de la Nutrición

Durante la edad escolar, la nutrición adecuada desempeña todavía una función importante para asegurar que el niño alcance su pleno potencial de crecimiento, desarrollo y salud. Respecto al peso, se observan ambos extremos del espectro. La prevalencia de obesidad va en aumento, pero también es posible detectar el comienzo de trastornos alimenticios en algunos niños en edad escolar y preadolescentes. Por tanto, la nutrición adecuada y el establecimiento de conductas saludables de alimentación tal vez contribuyan a prevenir problemas de salud inmediatos. ⁽¹⁹⁾

I.4.2 Cambios que se producen en la maduración del sistema nervioso

Área motora

La relación al crecimiento físico, entre los 6 y 12 años, comienza a disminuir su rapidez. En términos generales, la altura del niño aumentará en 5 o 6% por año, y el peso se incrementará en aproximadamente un 10% por año. ⁽¹⁷⁾

Los niños pierden sus dientes de leche y comienzan a aparecer los dientes definitivos. Muchas niñas comienzan a desarrollar entre los 9 y 10 años las características sexuales secundarias, aún cuando no están en la adolescencia.⁽¹⁷⁾

Por otro lado, los niños de esta edad se vuelven más fuertes, más rápidos, hay un continuo perfeccionamiento de su coordinación, muestran placer por ejercitar su cuerpo, en probar y aprender nuevas destrezas. Su motricidad, fina y gruesa, en esta edad muestran todas las habilidades posibles.⁽¹⁷⁾

Lenguaje

A partir de los 5 o 6 años el niño empieza a dominar el lenguaje cada vez con más soltura y precisión. Se da cuenta que el lenguaje es una herramienta de innumerables aplicaciones prácticas. La adquisición del lenguaje es uno de los pasos más difíciles, y al mismo tiempo importante en la vida del niño. Es fundamental para lograr un aprendizaje eficaz del lenguaje, la estimulación que reciba del medio ambiente y de las personas que le rodean, incidiendo esto también sobre la evolución intelectual o cognitiva global.⁽¹⁷⁾

Desarrollo psicosexual

Las hormonas referidas al desarrollo sexual empiezan un arrebato gradual aproximadamente a los 8 años, continuando a su punto máximo en la pubertad. Alrededor de los 8 años de edad, se crean las agrupaciones del mismo sexo; en las niñas aparece la atracción por ídolos, definiendo así su identidad.⁽¹⁷⁾

En el período escolar existen varias características asociadas al concepto masculino y femenino. Normalmente los chicos juegan al aire libre en grupos grandes y heterogéneos y principalmente eligen juegos competitivos, a diferencia de las niñas. En general, los chicos desarrollan funciones instrumentales y las chicas funciones expresivas. En el rendimiento académico, las chicas tienden a tener mejores resultados en las áreas verbales y los chicos en matemáticas y ciencias.⁽¹⁷⁾

Autoconcepto

Se basa en el conocimiento de lo que hemos sido y lo que hemos hecho y tiene por objetivo guiarnos a decidir lo que seremos y lo que haremos. El conocimiento de sí mismo se inicia en la infancia en la medida en que el niño se va dando cuenta de que es una persona diferente de los otros y con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sus acciones. A los 6-7 años comienza a desarrollarse los conceptos del yo verdadero y del yo ideal. ⁽¹⁷⁾

Autoestima

Esta es la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo. Se construye a través de la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en qué medida se es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales. La autoestima se basa en: ⁽¹⁷⁾

- Significación: grado en que el niño siente que es amado y aceptado por aquellos que son importantes para él.
- Competencia: capacidad de desempeñar tareas que consideramos importantes
- Virtud: consecución de los niveles morales y éticos
- Poder: grado en que el niño puede influir en su vida y en la de los demás.

I.4.3 Influencia de diferentes entornos en el desarrollo de niño en edad escolar

Familia: El desarrollo del ego se realiza a través de un proceso de reflejo e idealización. El niño necesita que los adultos lo admiren para desarrollar un narcisismo saludable. Los niños también necesitan poder admirar a sus padres y otros modelos y aspirar a ser como ellos. ⁽¹⁷⁾

Compañeros: El grupo de amigos puede ser una influencia positiva para el desarrollo del niño en edad escolar o puede ser una inhibición de este. Los

factores de inclusión y aceptación, así como los juicios de los otros niños tendrán un papel importante en la autoimagen y valores del niño escolar. ⁽¹⁷⁾

Desarrollo a nivel social

El aspecto negativo en este ámbito es que los niños de esta edad son muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo con los pares. Esto principalmente afecta a los niños de baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas. En términos generales, la relación con los pares, contrapesa la influencia de los padres, abriendo nuevas perspectivas y liberando a los niños para que puedan hacer juicios independientes. ⁽¹⁷⁾

Es por esto que los medios de comunicación tienen gran influencia sobre los niños en esta etapa de la vida.

I.4.4 Medios de comunicación y manipulación

La manipulación sobreviene desde los diversos medios de comunicación (prensa, revistas, TV), que realizan la difusión de la delgadez; el receptor de los mensajes es invadido y manipulado hasta el punto de llegar a ser víctima de unas pocas personas (especialistas en marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, modistos etc.) que deciden cómo debe ser el cuerpo ideal. Existe una relación entre las imágenes de delgadez anormal que dominan los medios de comunicación y el aumento de las patologías vinculadas al ideal físico. La manipulación se ejerce a través de la coacción publicitaria, el mercado del adelgazamiento, la difusión del cuerpo delgado de los modelos como estereotipo y la difusión de páginas pro-anorexia ("*pro ana*") a través de Internet. ⁽²⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como característica principal un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal.

Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso, y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema. ⁽²¹⁾

Estudios realizados en la comunidad y en las escuelas sugieren que las conductas alimentarias riesgosas como someterse a dietas, preocuparse por la delgadez o la provocación de vómitos, son comunes, particularmente en los adolescentes. ⁽²²⁾

De acuerdo a los resultados de ENSANUT 2012, de los individuos en 10 a 19 años de edad que participaron en ésta encuesta, y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006. ⁽⁴⁾

Los resultados de la ENSANUT muestran que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en los individuos mexicanos de 10 a 19 años de edad fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). ⁽⁴⁾

El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa es con frecuencia demasiado caro, un gran número de víctimas requieren monitoreo y tratamiento psiquiátrico y nutricional prolongado que generalmente dura más de dos años.

Con la finalidad de evitar que los escolares presenten los trastornos descritos, se pretende que este estudio sirva de guía para detectar en etapas iniciales la probabilidad de presentar dichos trastornos, por lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en escolares de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 CIENTÍFICA

El realizar un trabajo de tesis representa la primera actividad de investigación formal en el ámbito profesional, y la posibilidad de ser utilizado como material de apoyo en otros trabajos; además de ser una aportación científica ya que no existe suficiente información sobre el tema.

III.2 ACADÉMICA

Para obtener el título de la Licenciatura en Nutrición

III.3 SOCIAL

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria han cobrado mayor importancia no solo entre los adultos, sino también entre los niños. Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles disparadores del aumento en la frecuencia de dichos trastorno. ⁽¹⁸⁾

Los trastornos de la conducta alimentaria en los niños, son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud, la calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso la muerte y generalmente se acompañan de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas.

IV. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio observacional, nuestro trabajo de investigación carece de hipótesis.

IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

IV.1.1 Unidad de observación

Alumnos de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca.

IV.1.2 Variable de estudio

- Variable dependiente: Trastornos de la conducta alimentaria.
- Variable independiente: Conductas alimentarias de riesgo en escolares de 6° año de primaria.

IV.1.3 Dimensión espacio temporal

Alumnos de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR).
- Conocer las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria en los alumnos.
- Clasificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo por sexo.

VI. MÉTODO

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal.

VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	TÉCNICA ESTADÍSTICA	ÍTEM
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento a la fecha.	Años cumplidos	Cuantitativa continua	11 años	Media, desviación estándar mínimo y máximo	Ficha de identificación
Sexo	Es aquel que se le asigna al individuo al momento de nacer de acuerdo con la apariencia de los genitales.	Femenino Masculino	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Media, desviación estándar mínimo y máximo	Ficha de identificación
Conducta alimentaria de riesgo	Comportamiento aberrante relacionado con el consumo de alimentos.	Interpretación de la escala de Likert de la "escala" del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	Ordinal	Ordinal 0 Nunca o casi nunca 1 A veces 2 Con frecuencia 3 Con mucha frecuencia	Interpretación de escala de Likert con frecuencias y porcentajes.	1-10

VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los alumnos inscritos al 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014.

VI.3.1 Criterios de inclusión

- Alumnos de 6° año de primaria con 11 años cumplidos.
- Alumnos cuyos padres o tutores aceptaron que perticipen en el estudio.
- Alumnos que aceptaron participar en el estudio.

VI.3.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que aún no hayan cumplido 11 años.
- Alumnos cuyos padres o tutores no aceptaron que participen en el estudio.
- Alumnos que no aceptaron participar en el estudio.

VI.3.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios con doble respuesta.

VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Es un instrumento que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994).

Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta:

0=nunca o casi nunca

1=algunas veces

2=Con frecuencia -dos veces a la semana.

3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana.

Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.

VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

Se solicitó permiso al Instituto José Vasconcelos de Toluca para llevar a cabo la aplicación del CAR en los alumnos de 6° año de primaria.

Se otorgaron cartas de consentimiento informado a los padres y cartas de asentimiento a los alumnos.

Se contó con la presencia de las investigadoras para explicar a los alumnos de forma oral la manera en cómo contestar el cuestionario y se resolvieron dudas.

Teniendo la población de estudio, se realizó el autollenado del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR).

Los datos obtenidos fueron analizados y discutidos para realizar conclusiones utilizando el programa Microsoft Office Excel 2010.

VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

El estudio se llevó a cabo en el periodo Febrero – Diciembre 2013.

El trabajo en el Instituto José Vasconcelos de Toluca se llevó a cabo en el mes de Agosto, para el autollenado del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR).

Se trabajó en la biblioteca y aulas de la Facultad de Medicina para analizar la información obtenida y concluir el trabajo.

VI.7 DISEÑO DE ANÁLISIS

Los datos que se obtuvieron por medio del instrumento de investigación antes descrito, se analizaron para la obtención de gráficas, porcentajes y frecuencias que permitan la interpretación de los datos.

Lo anterior se realizó mediante el programa Microsoft Office Excel 2010.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Ley General de Salud, los cuestionarios se manejaron de manera anónima y con el previo consentimiento de la institución académica donde se realizó la investigación; así como, el consentimiento informado que se les dio a padres y alumnos agregados en el presente trabajo.

Se garantizó a los participantes la confidencialidad de la información facilitada proporcionando de manera personal los resultados del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR), en caso de ser solicitados.

El estudio no implica riesgo físico, psicológico o social y el alumno tuvo la libertad de elegir participar o no en la investigación; así como de retirarse del estudio en el momento que lo deseara.

VIII. RESULTADOS

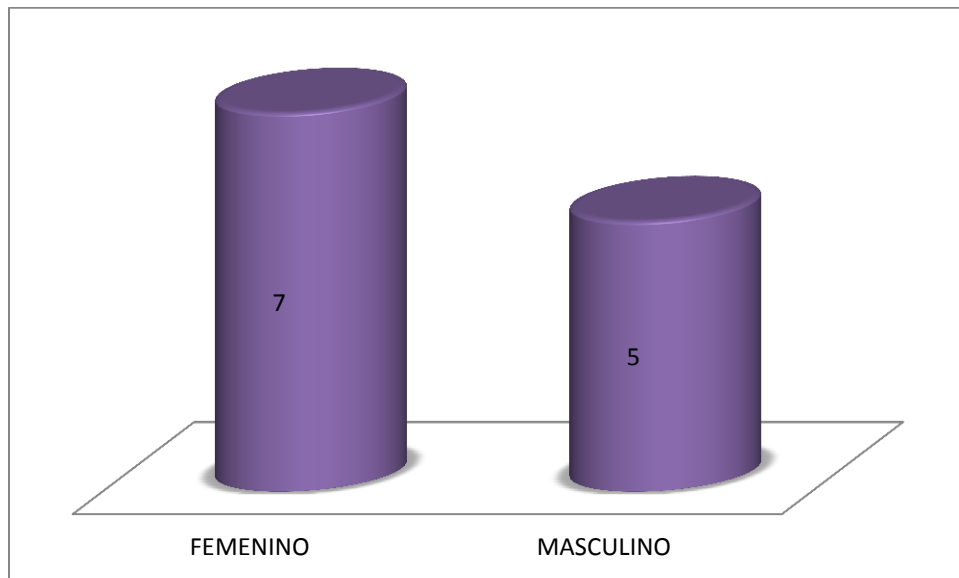
La población de estudio estaba conformada por 14 alumnos de 6° año de primaria, de los cuales 2 de ellos no fueron incluidos debido a que sus tutores no dieron su consentimiento para su participación; por tanto la muestra final fue de 12 alumnos,

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SEXO

	NUMERO
FEMENINO	7
MASCULINO	5
TOTAL	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 1. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: instrumento de investigación CAR

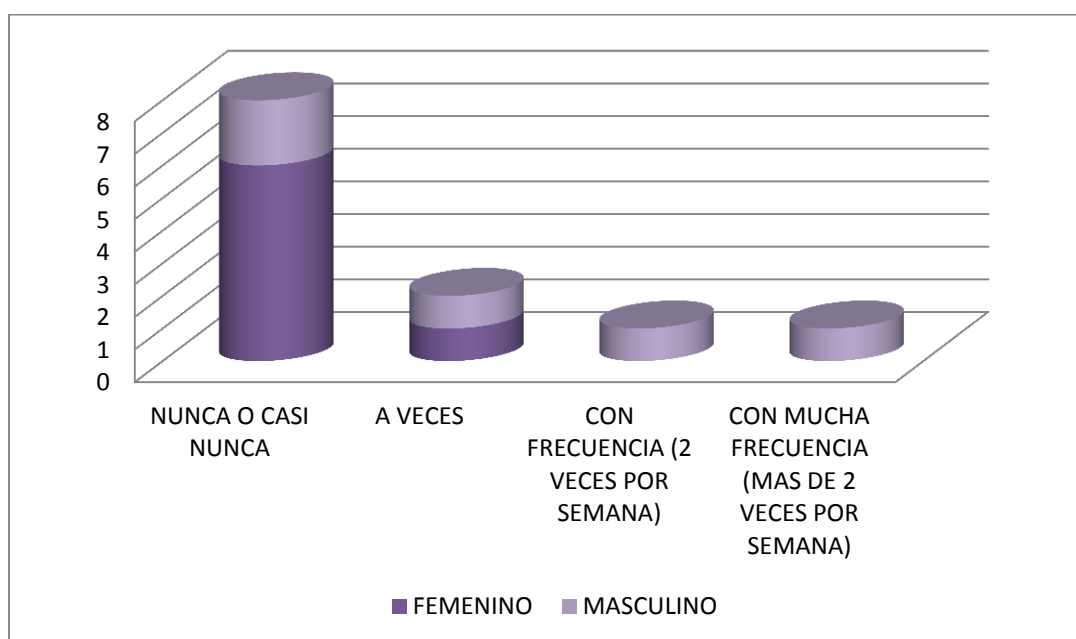
El sexo femenino fue predominante dentro de la población de estudio, como se mencionó anteriormente este sexo puede presentar un mayor riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. (3,4)

TABLA 2. ME HA PREOCUPADO ENGORDAR

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	6	2	8
A VECES	1	1	2
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	1	1
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	1	1
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 2. ME HA PREOCUPADO ENGORDAR



Fuente: instrumento de investigación CAR

Un total de 8 alumnos respondieron que nunca o casi nunca tienen la preocupación por engordar, siendo de mayor prevalencia el sexo femenino.

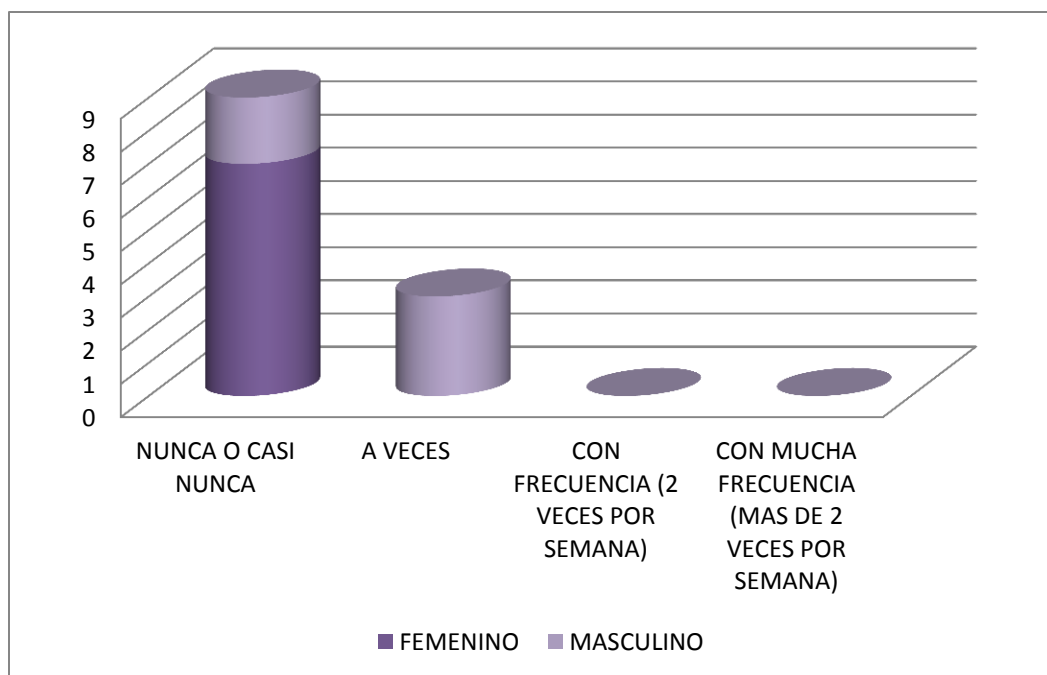
Por otra parte podemos notar que el sexo masculino es quien presenta una mayor inquietud por engordar siendo al menos dos veces a la semana.

TABLA 3. EN OCASIONES HE COMIDO DEMASIADO, ME HE ATASCADO DE COMIDA

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	2	9
A VECES	0	3	3
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 3. EN OCASIONES HE COMIDO DEMASIADO, ME HE ATASCADO DE COMIDA



Fuente: instrumento de investigación CAR

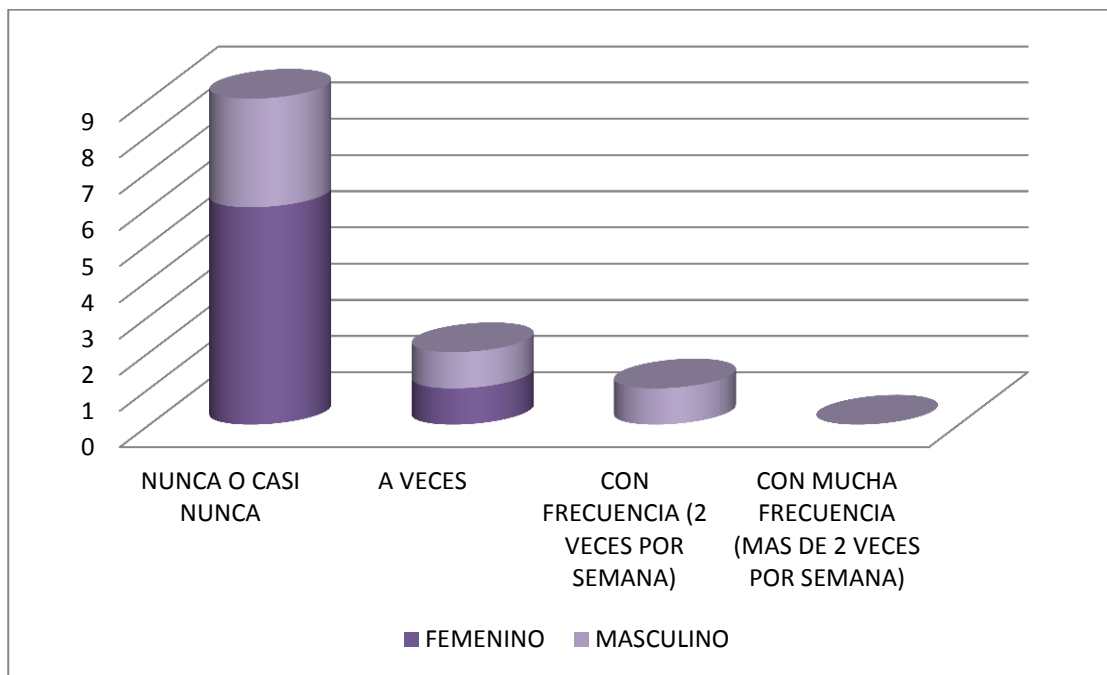
Respecto a esta conducta alimentaria de riesgo, podemos notar que el sexo femenino considera que nunca o casi nunca ha comido demasiado; en comparación con el sexo masculino donde 3 de ellos consideran haberlo hecho “A veces”.

TABLA 4. HE PERDIDO EL CONTROL SOBRE LO QUE COMO (TENGO LA SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER)

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	6	3	9
A VECES	1	1	2
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	1	1
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 4. HE PERDIDO EL CONTROL SOBRE LO QUE COMO (TENGO LA SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER)



Fuente: instrumento de investigación CAR

Ningún alumno ha presentado una pérdida del control “Con mucha frecuencia” sobre lo que come, sin embargo un participante de sexo masculino respondió que dos veces por semana ha perdido el control.

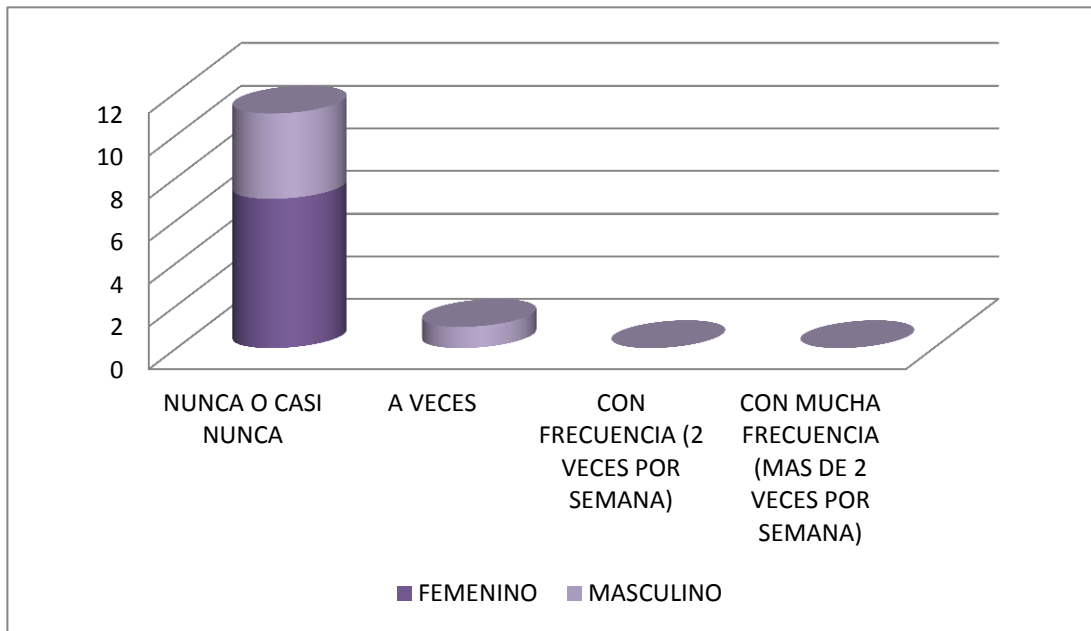
La mayor parte de los participantes del sexo masculino (3 alumnos) y del sexo femenino (6 alumnas) consideran que “Nunca o casi nunca” han perdido el control sobre lo que comen.

TABLA 5. HE VOMITADO DESPUES DE COMER, PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	4	11
A VECES	0	1	1
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 5. HE VOMITADO DESPUES DE COMER, PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

El total de alumnos del sexo femenino respondió que “Nunca o casi nunca” han vomitado después de comer como medida para tratar de bajar de peso. Coincidiendo con esta respuesta cuatro alumnos del sexo masculino; solamente uno de ellos lo ha hecho “A veces”.

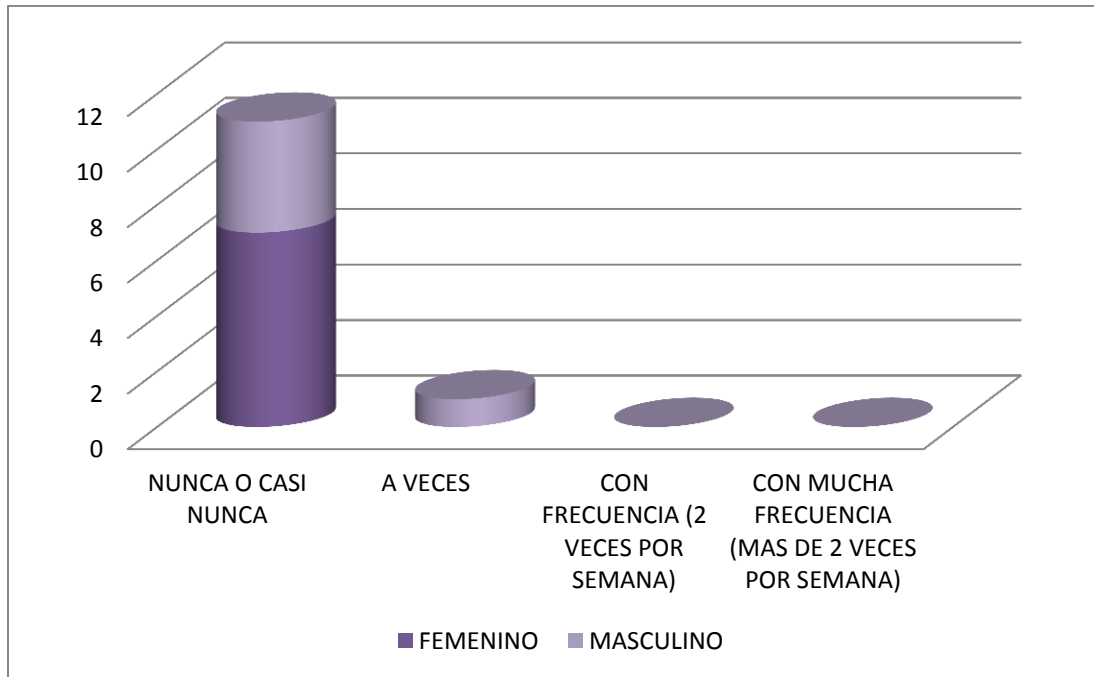
Las opciones “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia” no fueron seleccionadas.

TABLA 6. HE HECHO AYUNOS (DEJAR DE COMER POR 12 HORAS O MAS)
PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	4	11
A VECES	0	1	1
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 6. HE HECHO AYUNOS (DEJAR DE COMER POR 12 HORAS O MAS)
PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

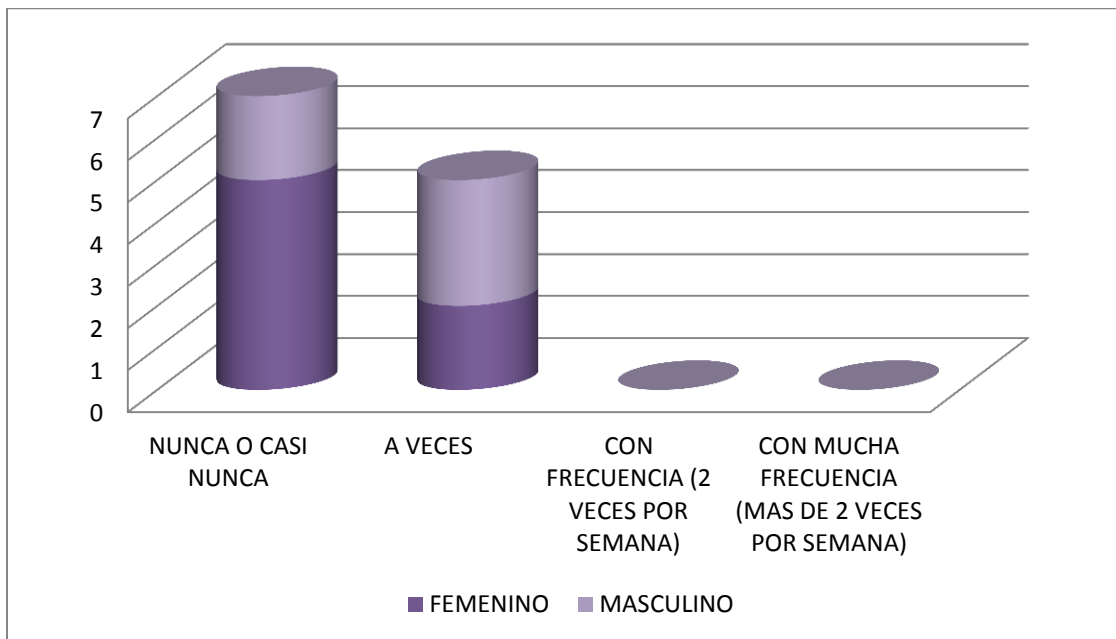
En esta interrogante la respuesta “A veces” fue dada por un alumno del sexo masculino, el resto de la población respondió a la misma con “Nunca o casi nunca”.

TABLA 7. HE HECHO DIETAS PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	5	2	7
A VECES	2	3	5
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 7. HE HECHO DIETAS PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

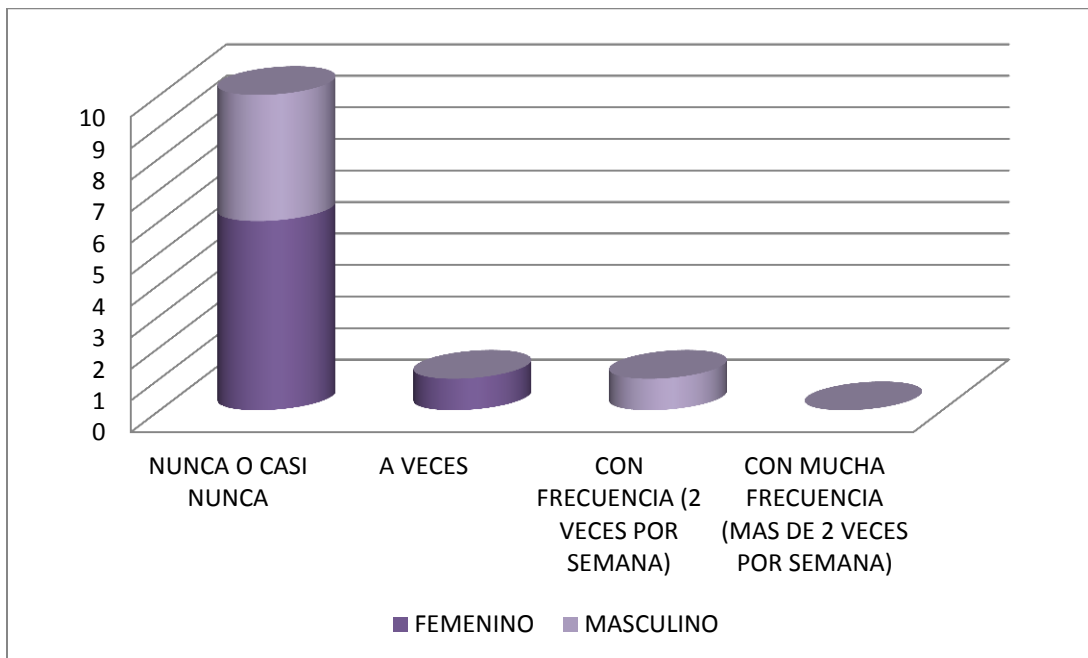
Se puede observar que cinco de los participantes del estudio han recurrido a hacer alguna dieta con el fin de bajar de peso ya que eligieron la opción “ A veces”. De ellos la mayor prevalencia está dada por el sexo masculino.

TABLA 8. HE HECHO EJERCICIO PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	6	4	10
A VECES	1	0	1
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	1	1
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 8. HE HECHO EJERCICIO PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

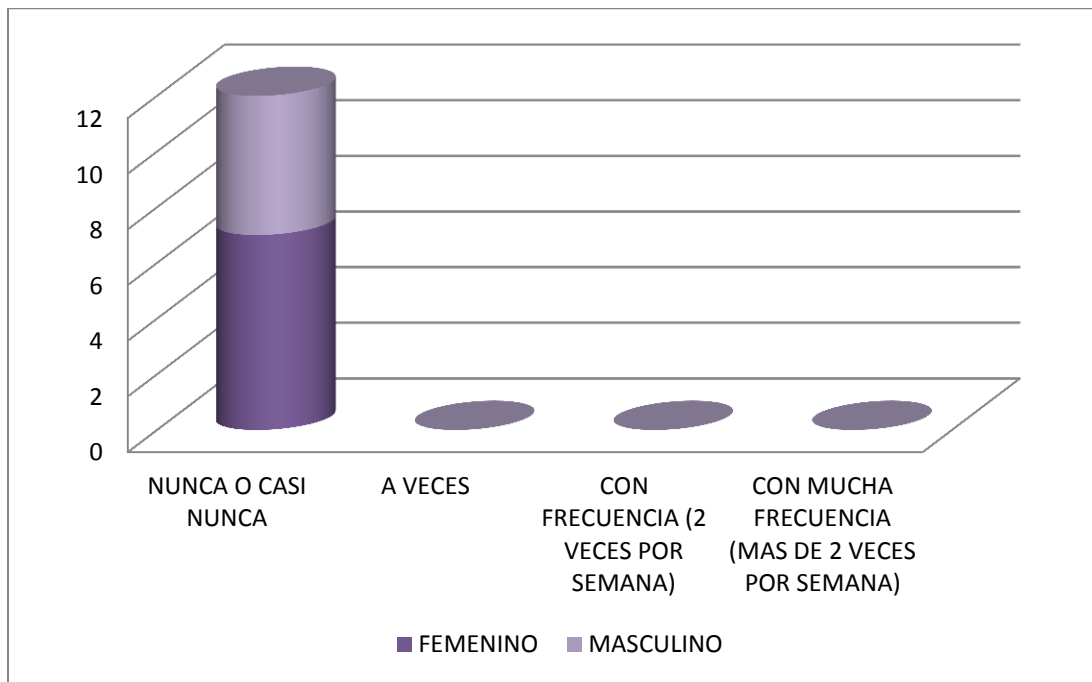
Un total de 10 alumnos “Nunca o casi nunca” han hecho ejercicio para bajar de peso. La opción “A veces” fue dada por una alumna y un alumno lo realiza dos veces por semana.

TABLA 9. HE USADO PASTILLAS PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	5	12
A VECES	0	0	0
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 9. HE USADO PASTILLAS PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

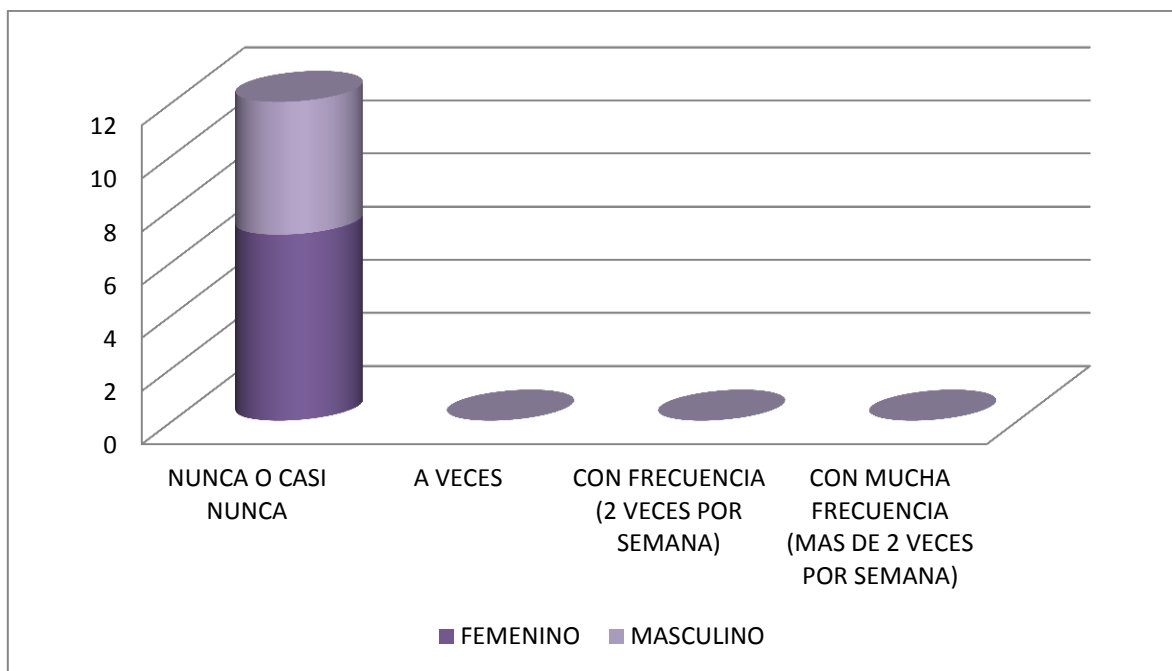
El total de alumnos “Nunca o casi nunca” han utilizado pastillas con el fin de bajar de peso.

TABLA 10. HE TOMADO DIURETICOS (SUSTANCIA PARA PERDER AGUA)
PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	5	12
A VECES	0	0	0
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 10. HE TOMADO DIURETICOS (SUSTANCIA PARA PERDER AGUA)
PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

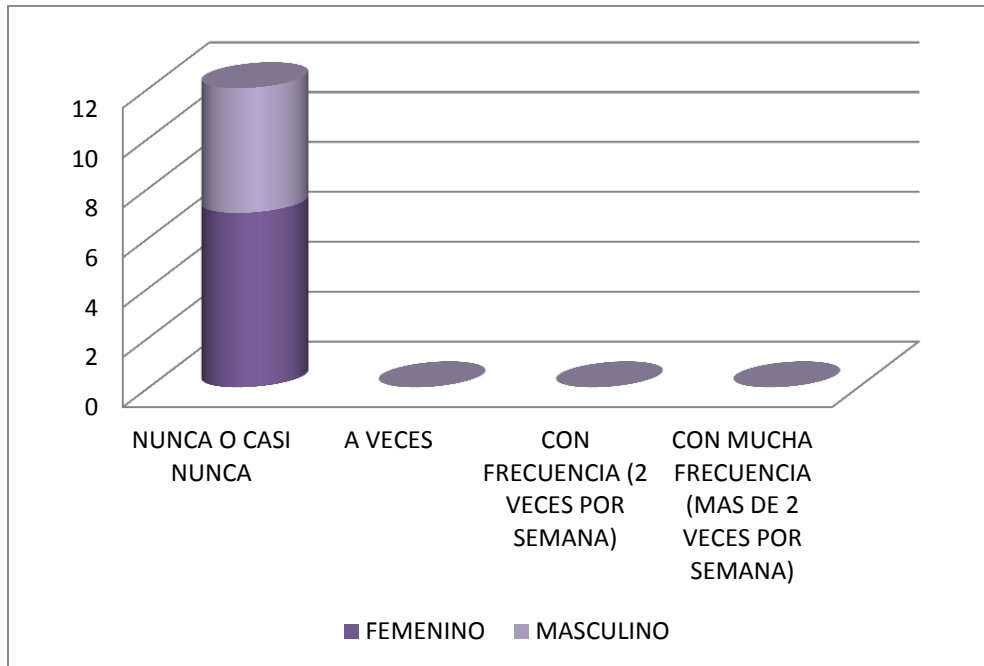
El total de los alumnos que participaron en el estudio “Nunca o casi nunca” han utilizado diuréticos para bajar de peso.

TABLA 11. HE TOMADO LAXANTES (SUSTANCIA PARA FACILITAR LA EVACUACIÓN) PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NUNCA O CASI NUNCA	7	5	12
A VECES	0	0	0
CON FRECUENCIA (2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
CON MUCHA FRECUENCIA (MAS DE 2 VECES POR SEMANA)	0	0	0
TOTAL	7	5	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRAFICA 11. HE TOMADO LAXANTES (SUSTANCIA PARA FACILITAR LA EVACUACIÓN) PARA TRATAR DE BAJAR DE PESO



Fuente: instrumento de investigación CAR

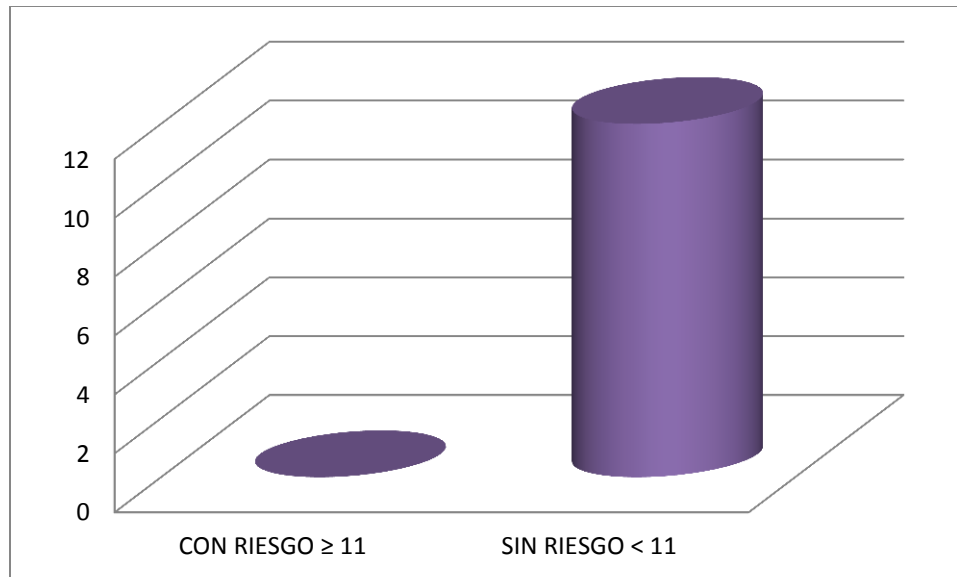
El total de la población participante respondió a este cuestionamiento con la opción de “Nunca o casi nunca” refiriéndose al uso de laxantes como recurso para perder peso.

TABLA 12. PUNTO DE CORTE CAR

RIESGO	NUMERO
CON RIESGO ≥ 11	0
SIN RIESGO < 11	12
TOTAL	12

Fuente: instrumento de investigación CAR

GRÁFICA 12. PUNTO DE CORTE



Fuente: instrumento de investigación CAR

El instrumento utilizado para determinar si existen conductas alimentarias de riesgo (CAR) maneja un punto de corte para detectar su presencia mediante una puntuación mayor o igual a 11; podemos ver en la gráfica que ningún alumno alcanzó este puntaje demostrando que en la población de estudio no existen conductas alimentarias de riesgo.

IX. CONCLUSIONES

Ningún participante de este estudio presenta riesgo en las conductas alimentarias características de los Trastornos de Conducta Alimentaria; sin embargo, podemos asegurar que la imagen corporal y la percepción del peso son de gran importancia para la población y cada vez se ve con más frecuencia en edades tempranas.

En la edad escolar aparecería la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura.²³

Podemos notar en este estudio que los escolares comienzan a realizar dietas con el propósito de bajar de peso, dato que consideramos relevante.

También podemos notar que algunos participantes sienten que han perdido el control sobre lo que comen al punto de sentirse muy satisfechos, conductas que pueden desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. De igual manera realizan actividades compensatorias como ayunos o actividad física para conseguir una reducción del peso.

Respecto al punto de corte que marca el instrumento utilizado en esta investigación, se observa que ningún participante se encuentra en riesgo (≥ 11 puntos); sin embargo, analizando los cuestionarios notamos que un alumno del sexo masculino alcanzó un puntaje de 7 y consideramos se debe realizar otro tipo de estudio para indagar sobre sus respuestas y valorar periódicamente el riesgo que presenta.

Este trabajo aporta nueva información en el estudio de las Conductas Alimentarias de Riesgo que pueden detectarse en escolares y de esta manera poder tomar parte en medidas preventivas para evitar la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria.

X. SUGERENCIAS

Debido a que el instrumento utilizado (CAR) en esta investigación es una herramienta rápida, económica y útil que nos puede ayudar a detectar focos de atención tempranos en escolares, su aplicación debe tomarse como un punto de apoyo para evaluar si se encuentran en riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria y tomar las medidas conducentes. Es necesaria la participación de un profesional capacitado en materia de este instrumento para poder llevar a cabo su aplicación y evaluación.

En cuanto a la periodicidad consideramos que el CAR debe aplicarse por lo menos una vez en el ciclo escolar y posteriormente realizar la evaluación sobre el riesgo de presentar TCA, en base a las conductas llevadas a cabo.

Para aquellos alumnos que alcancen el punto de corte considerado “en riesgo” (≥ 11); es no sólo conveniente, sino necesario canalizar su caso al psicólogo para, si así se requiere, proceder a realizar la evaluación psicológica con el objetivo de conjuntar elementos que permitan la elaboración de un diagnóstico.

Es importante recalcar que una mala información acerca de la alimentación puede predisponer en gran medida a una persona a presentar un TCA, por tanto, como medida preventiva se debe de promover la orientación alimentaria a alumnos, padres de familia y personal escolar para ir rompiendo esa cadena de mitos acerca de la correcta alimentación.

Una estrategia para dar a conocer la forma en que se puede realizar una adecuada alimentación es mediante la implementación de un taller escolar en el cuál se muestre a los padres de familia alternativas para la preparación de un lunch saludable, basado en las leyes de la alimentación; además de llevar a cabo una revisión trimestral en la tienda escolar para asegurar que se ofrezcan alimentos saludables y así mismo estén al alcance de los alumnos.

De esta manera se afirma la necesidad de involucrar al Nutriólogo en el rol escolar, ya que ha dejado de ser un plus en las Instituciones Educativas y está constituido como otro de los pilares importantes en esta sociedad que está en proceso formativo.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Penna Tosso Melani. "Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia" Inutcam. Consultado: 10/02/2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/36489858/TCA-Anorexia-y-Bulimia>
2. Ellen West. Centro de tratamiento integral para los trastornos de la conducta alimentaria. Consultado: 10/02/2013. Disponible en: http://www.ellenwest.org/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=226
3. M.I.Hidalgo Vicario."Trastornos del comportamiento alimentaria. Anorexia y Bulimia".2008 Consultado: 10/02/2013. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_comportamiento_alimentario_anorexia_bulimia.pdf
4. Instituto de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Consultado 19/03/13. disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
5. Marín Verónica. "Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes" Revista Chilena de Nutrición Vol. 29, N°2, Agosto2002 Consultado:10/02/2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000200002&script=sci_arttext
6. Guía práctica clínica "prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa en el primer nivel de atención. Concejo de salubridad general. Consultado: 27/05/13.
7. Sánchez Castillo M.D "Trastornos de la conducta alimentaria" 2005. Consultado: 10/02/13 Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_71/pdf/25_30.pdf
8. Rodríguez Verónica. "Métodos cuantitativos en Ciencias Sociales". Universidad de Valle de México. p.p 3

9. "Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria" p.p 157
10. Buil Rada Carlos "Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia" Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Consultado: 12/02/2013. Disponible en: www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/09%20Salud%20reproductiva%20e.pdf
11. "Salud escolar: accidentes, enfermedades y fomento de hábitos saludables en el centro educativo" Consultado: 13/02/2013. Disponible en: http://miscelaneaeducativa.com/Archivos/guia_protocolo_profesor5.pdf
12. Nazario Lelis "Trastornos de conducta alimentaria: algunos aspectos relevantes" Consultado: 15/02/2013. Disponible en: http://www.galenusrevista.com/IMG/pdf/Transtornos_de_conducta_Alimentaria.pdf
13. Unikel Santoncini Claudia. "Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria" Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México 2010. p.p 22-24
14. Moreno José A. "Problemas de alimentación. La bulimia nerviosa" Fundación virtual Icaro. Disponible en: <http://www.ficus.pntic.mec.es/spea0011/ptsc/blm.pdf>
15. Rava Fernanda." Bulimia Nerviosa (parte 1). Historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones" Archivos argentinos de pediatría. 2004 Consultado : 15/02/2013 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500007
16. López- Ibor Aliño Juan J. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". DSM- IV-TR. Ed. Elsevier. 1º ed. 2002 p.p 662
17. "Características del desarrollo en la etapa escolar" Consultado: 18/02/2013 Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/14-texto-caracteristicas-desarrollo-escolar.pdf>

18. "Vigía de los derechos de la niñez mexicana" No. 2 Año 1. 2005
Consultado: 20/02/2013 Disponible en:
http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_II.pdf
19. Brown Judith. "Nutrición en las diferentes etapas de la vida" 3°ed. México. 2010. P.p 308
20. "Trastornos de la conducta alimentaria" Consultado: 22/02/2013 Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_de_la_conducta_alimentaria#Medios_de_comunicaci.C3.B3n_y_manipulaci.C3.B3n
21. Mariana Andrea Staudt, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 156. Abril 2006. CONSULTADO 19/03/13. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf
- Corina Benjet, Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental 2012;35:483-490. Vol. 35, No. 6, noviembre-diciembre 2012 CONSULTADO 19/03/13. disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3506/sm3506483.pdf>
23. Urzúa Alfonso, ".Quality of life eating behaviors in preadolescence". Rev Chil Nutr Vol. 37 No 3. Septiembre 2010. Consultado 11/09/13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000300003

XII. ANEXOS

XII.1 ANEXO No. 1 Oficio de aceptación

Jardín de Niños



"Cri-Cri"

*Jardín de Niños
Francisco Gabilondo Soler "Cri-Cri"
Primaria - Secundaria
Instituto "José Vasconcelos" de Toluca*

Primaria - Secundaria



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOSHA
enGRANDE

"2013, AÑO DEL BICENTENARIO DE LOS SENTIMIENTOS DE LA NACIÓN".

A quien corresponda.
P r e s e n t e:

Asunto: Carta de Aceptación.

El que suscribe Profr. Jorge Martínez Esparza, Director de la escuela Primaria Instituto "José Vasconcelos" de Toluca, con C.C.T. 15PPR2758K, le informa a Usted que las alumnas: **Diana García Rivera y Guadalupe E. García Béjar**, de la **Licenciatura en Nutrición** de la Facultad de Medicina, son **ACEPTADAS** en esta Institución, para que puedan realizar un estudio en 6° grado de primaria, de acuerdo a las fechas y horarios mencionados en el plan de trabajo de las estudiantes.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarle.

Toluca, México, a los veintiocho días del mes de mayo del año dos mil trece.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
DEPARTAMENTO REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
ESTADO DE TOLUCA
INSTITUTO
JOSÉ VASCONCELOS DE TOLUCA
EDUCACIÓN PRIMARIA
C.C.T. 15PPR2758K

Profr. Jorge Martínez Esparza.
Director de Primaria.

c.c.p/ Archivo.

*Av. José Vicente Villada No. 456 Sur, Tel: 219 0817 y 212 7464, Toluca, México
contacto@institutojosevasconcelos.edu.mx * www.institutojosevasconcelos.edu.mx*

XII.2 ANEXO No. 2
Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Facultad de Medicina

Licenciatura en Nutrición

Por este conducto, afirmo acepto que mi hijo (a) participe en esta investigación. He sido informado de las implicaciones que este proyecto conlleva y no tengo ningún inconveniente.

Si deseo saber los resultados de dicha investigación se me proporcionaran de manera individual y confidencial.

Aclarando que puedo retirar su participación en cualquier momento que considere oportuno, incluso antes de que la investigación sea finalizada.

Nombre del alumno:

Nombre y firma del padre o tutor:

XII.3 ANEXO No. 3
Carta de asentimiento



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Facultad de Medicina

Licenciatura en Nutrición

Por este conducto, afirmo que deseo por mi libre voluntad participar en esta investigación. He sido informado (a) de las implicaciones que este proyecto conlleva y no tengo ningún inconveniente.

Si deseo saber los resultados de dicha investigación se me proporcionaran de manera individual y confidencial.

Aclarando que puedo retirar mi participación en cualquier momento que considere oportuno, incluso antes de que la investigación sea finalizada.

Nombre:

XII.4 ANEXO No. 4
Ficha de identificación

	Folio	
Sexo:		
Edad:		

XII.5 ANEXO No. 5
Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Facultad de Medicina

Licenciatura en Nutrición

Instrucciones: Marca una opción para cada inciso, considerando los últimos tres meses de tu vida.

No.	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es) _____				

Fuente: Unikel-Santoncini C y col. Salud Pública de México/ vol. 46 No. 6, Noviembre-Diciembre 2004.

