

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Salud Pública
Post grado de Maestría en Epidemiología



Tesis

**Desórdenes alimenticios en estudiantes
de Medicina de la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras. Febrero – Abril
de 2017**

Presentada por Mayra Osiris Colindres Lazo
Previo a la obtención del Título de Máster en Epidemiología

Asesor metodológico: Dr. Gustavo Antonio Urbina Núñez
Epidemiólogo FETP

Tegucigalpa, M.D.C

11 de Octubre del 2017

Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias de la Salud

**Rector
Dr. Francisco Herrera**

**Secretario General
Abogada Enma Virginia Rivera**

**Directora de Investigación Científica y Posgrados
Dra. Leticia Salomón**

**Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Marco Tulio Medina**

**Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Jorge Valle**

**Coordinador General de Posgrado de la Facultad de Ciencias de
la Salud
Dr. Octavio Sánchez**

**Coordinador de la Maestría en Epidemiología
Dr. Mario René Mejía**

**Jefe del Departamento de Salud Pública
Dra. Ana Lourdes Cardona**

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi Madre por su apoyo, comprensión amor y ayuda incondicional y a mis hermanas por su amor y ayuda en todos los momentos difíciles, mis ángeles bajados del cielo que me impulsan a seguir preparándome, que por ellas soy lo que soy, para mi padre que en paz descansa, por sus consejos al impulsarme desde mi tierna infancia a luchar esforzándome siempre por lo que deseaba alcanzar, inculcándome valores temor a Dios, principios, carácter, perseverancia y coraje para conseguir cumplir mis objetivos.

Gracias también a mi maestro y amigo Dr. Gustavo Urbina, el cual estuvo apoyándome siempre, en el desarrollo de mi tesis por su constante consejo y entrega en su enseñanza para el mejoramiento de la misma, siempre estando presente atento, animándome a continuar y no renunciar a la culminación de tal aprendizaje, logrando así hacerme ver que mis errores al final se convertirían en fortalezas al lograr culminar mi sueño, a mis compañeros y amigos que me acompañaron en esta linda aventura del saber en especial a mis compañeras de grupo de trabajo durante estos dos años en el que Dios me permitió conocer en cada una sus valores y que me brindaron su amistad de corazón: Karina, Jessica, Johana, Yisela, Marlen Dios los bendiga siempre y gracias por todo.

Índice

Resumen ejecutivo	5
I. Introducción	6
II. Planteamiento del problema	8
II.1. Formulación del problema.....	8
II.2. Definición del problema.....	10
II.3. Delimitación del problema	12
III. Justificación del problema	13
IV. Objetivos	16
A. General	16
B. Específicos	16
V. Marco teórico	16
Historia.....	16
Definición	21
Epidemiología.....	21
Patogénesis.....	24
Etiología	27
Obesidad	27
Datos y cifras.....	28
1. Definición de sobrepeso y obesidad	28
2. Adultos	29
Anorexia nerviosa	30
Bulimia nerviosa.....	31
2. Evaluación diagnóstica.....	32
2.1. Exámen físico.....	32
2.2. Evaluación de laboratorio.....	33
2.3. Diagnóstico diferencial	33
VI. Complicaciones	34
Cambios cardíacos	37
Cambios pulmonares	37
Amenorrea	38
A. Diagnóstico	38

Trastornos de la Conducta Alimenticia no Especificados (TCANE)	38
Desorden de ingesta excesiva (BED)	39
B. Diagnóstico diferencial	40
C. Pronóstico	40
D. Prevención	42
E. Tratamiento	46
VII. Hipótesis	46
VIII. Operativización de las variables	47
IX. Metodología de la investigación	49
1. Tipo de estudio:.....	49
2. Universo de estudio:	49
3. Definiciones:.....	50
4. Tamaño y cálculo de la muestra:	51
5. Área geográfica o ámbito de la investigación:.....	51
6. Criterios de inclusión y exclusión:	51
7. Métodos, Técnicas y Procedimiento:	51
8. Consideraciones éticas y consentimiento informado:	53
9. Procesamiento de datos	53
10. Plan de análisis	53
X. Resultados	55
XI. Discusión	84
XII. Conclusiones	88
XIII. Recomendaciones	89
XIV. Bibliografía	90
XV. Anexos	97

I. INTRODUCCION

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad, bulimia y anorexia son enfermedades crónicas, caracterizadas por el aumento o disminución de la grasa corporal, relacionada con factores de riesgo que aumentan la prevalencia de la misma.¹

Existen factores de riesgo modificables como sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol, tabaquismo, sobrepeso, y obesidad; que están incrementando la prevalencia de estas patologías. La obesidad abdominal es riesgo para dislipidemias, hipertensión arterial y otras patologías.^{1,2}

La obesidad abdominal es una enfermedad caracterizada por el aumento de depósito de grasa intraabdominal siendo de fácil diagnóstico en la práctica clínica y constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y este parte de los criterios diagnósticos del síndrome metabólico.^{1, 3} Considerada en la actualidad dentro de las patologías no transmisibles en aumento, que afectan tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Puede ser multifactorial, consecuencia del medio ambiente y el genotipo del paciente; compromete a grupos de cualquier edad sin ser la excepción los estudiantes universitarios.^{1, 2, 4}

Es importante determinar la magnitud de sobrepeso, bulimia y anorexia en los estudiantes de la facultad de medicina de la universidad nacional autónoma de honduras e identificar los factores asociados en adultos jóvenes como: sedentarismo, estado nutricional y antecedentes familiares, la relación que tiene con la hipertensión arterial; lo que nos pondrá en alerta para tomar medidas correctivas tempranas para fomentar estilos de vida saludables.¹

En América Latina, 70% de las muertes prematuras en adultos son consecuencia de problemas de salud que son prevenibles. La mayor parte de los padecimientos crónicos se debe a estilos de vida no saludables adquiridos en la adolescencia.¹ La formación del individuo en el cuidado de su salud, para lograr y mantener el bienestar físico y mental, trasciende a lo social. La

alimentación desequilibrada y la falta de actividad física contribuyen a la aparición de trastornos como el síndrome metabólico, el cual es común en gran cantidad de personas con obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.²

Este padecimiento genera altos costos en atención por consultas, medicamentos e incapacidades que afectan la productividad. En un estudio de la OMS, los datos preliminares indican que la inactividad física o el sedentarismo se encuentran entre los diez primeros factores de riesgo relacionados con enfermedades y defunción.³ Más de dos millones de muertes anuales se atribuyen a la inactividad física, y entre 60 y 85% de los adultos de todo el mundo no realizan suficiente actividad física. Los niños tienen mayor actividad física que los adultos, pero en la adolescencia se reduce notoriamente.^{4, 5, 6}

En Estados Unidos es más frecuente la diabetes tipo 2 y la obesidad relacionadas con aumento del sedentarismo en niños y adolescentes, y en mujeres que dedican su tiempo libre a actividades con gasto energético inferior a las tareas cotidianas. Por ello, la oficina responsable de la prevención en la salud consideró a las mujeres adolescentes un grupo prioritario para promover la actividad física. En otros países se señaló la necesidad de que los jóvenes realicen, por lo menos tres veces por semana, de 30 a 60 minutos de actividad física.⁷

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, indican que la obesidad y el sobrepeso son los principales problemas de salud en los adolescentes.⁸ En el grupo de 15 años, 11% de los hombres y 12.8% de las mujeres padecen obesidad, y aumenta a 17.4% a los 19 años en ambos sexos. La prevalencia de sobrepeso es del 13.1% en hombres y 28% en mujeres de 15 años de edad, y del 29.5% de hombres y 33.1% de mujeres a los 19 años de edad.¹

La epidemiología es el área que aborda los problemas de salud y su distribución en la población a través de indicadores. En 2012, Araujo abordó

el panorama diverso de Brasil que se caracteriza por la incidencia de las diferentes fases de las enfermedades de la teoría de la transición demográfica y se reconoció la importancia de la información para la planificación de la salud: la información epidemiológica es la base de la planificación sanitaria. El proceso de toma de decisiones, el establecimiento de prioridades en un contexto tan complejo como el de la salud, tiene que basarse en datos fiables y no sólo de mortalidad, sino también de morbilidad actualizados.¹⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Formulación del Problema

La salud psicológica se ve afectada a causa de tres enfermedades debido a que se deteriora el auto-concepto que los jóvenes perciben que su cuerpo no encaja en los estándares dominantes de belleza, esta percepción genera estrés por cumplir con los esquemas terapéuticos y los requerimientos nutricionales, asimismo la supervisión permanente de los padres y los profesionales de la salud generan angustia sobre el futuro y prolongan la sensación de dependencia.¹⁶

Por su parte, el bienestar y rendimiento en la universidad se ve afectado por el ausentismo académico derivado de las permanentes consultas médicas, de la misma manera la obesidad se ha asociado con Bull ying, burlas y marginación en las universidades.¹⁷ Adicional a ello, se presentan dificultades para establecer relaciones con el grupo de pares debido a que existe un temor a no ser aceptado, hay bloqueos afectivos, inseguridad y en general hay una tendencia a desarrollar conductas evitativas.¹⁷

El sobrepeso, bulimia y anorexia constituyen en la actualidad un problema de salud pública, son de causa multifactorial; según el índice de masa corporal la OMS da puntos de corte para evaluar el estado nutricional y determinar si un individuo tiene sobrepeso u obesidad. Es importante definir si una persona tiene obesidad abdominal ya que su presencia y más aún su aumento, está directamente vinculado con co-morbilidades como la Diabetes mellitus 2, resistencia a la insulina, síndrome metabólico y otras.^{5, 6, 7}

Además de la preocupación existente en términos de salud pública, prevenir la obesidad también es importante para evitar una futura escalada de los costos en los servicios sanitarios. En España, se calculó que los costes asociados a la obesidad, en el año 2002, sumaban unos 2.500 millones de euros anuales, lo que representa, aproximadamente, el 7% del gasto sanitario total.¹⁹

A nivel individual, distintos estudios señalan que, en los Estados Unidos, el gasto médico anual de un adulto obeso es un 36% superior al de una persona con un peso recomendable, mientras que el gasto farmacológico es un 77% mayor.²⁰ Además, el sobrepeso y la obesidad afectan a los grupos sociales más desfavorecidos lo que contribuye a aumentar las desigualdades en salud.⁵

La OMS considera en la actualidad a la obesidad como una pandemia, existe un incremento de la prevalencia en todas las edades, se calcula que hay 1,000 millones de adultos con sobrepeso y de estos el 30% son obesos; estas enfermedades incrementan el riesgo de co-morbilidades como: resistencia a la insulina, hepato biliares, pulmonares, cardiovasculares, articulares, diversos tipos de cáncer y otras. La diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en algunos países.⁸

Existe un aumento de la prevalencia de la obesidad en Latinoamérica, donde se establece que está por encima de 20%, en 17 de los 20 países estudiados, siendo más alto en el sexo femenino, esto se debe a la introducción de hábitos de vida y características nutricionales de países desarrollados.⁷

La obesidad abdominal se encuentra relacionada con la alteración del índice de masa corporal (IMC), se pueden encontrar valores no confiables en el IMC cuando son personas con musculatura o talla exagerada, en estos casos la medición de la grasa abdominal nos proporciona datos más orientadores a la presencia de adiposidad que incrementa las alteraciones que llevan a enfermedades cardiovasculares. Esta obesidad se presenta por un desequilibrio del balance energético entre lo que se ingiere y lo que se gasta;

compromete aspectos psicológicos, trastornos musculo esqueléticos, ausentismo laboral, incremento de infarto de miocardio así como mayor morbilidad y mortalidad por causas múltiples.^{1, 9, 10}

Existen estudios realizados en México, Brasil, Perú, España, y otros países en los que el sobrepeso (obesidad abdominal), bulimia y anorexia se relaciona con un incremento del ausentismo laboral. La obesidad abdominal es más frecuente en el sexo femenino y en aquellos pacientes que consumen abundante cantidad de alcohol. Está relacionada con una mayor elevación de la presión arterial.^{1, 9, 11}

En Ecuador, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes es del 13,7% de sobrepeso y 7.5% de obesidad según el estudio de Yépez.¹²

Por lo expuesto, existen varias condiciones como el subdesarrollo, flujos migratorios de nuestra población, estilos de vida característicos de los universitarios, hábitos nutricionales, actividad física y otros factores que contribuyen al incremento de sobrepeso (obesidad abdominal), anorexia y sus consecuencias.¹²

Es necesario investigar nuestra realidad a fin de que a partir de esta información, surjan nuevos estudios que en conjunto permitan intervenciones adecuadas para mejorar los estilos de vida, disminuir la progresión de la incidencia de la obesidad abdominal, anorexia, bulimia y los factores asociados a estas patologías.¹²

B. Definición del problema

Los problemas de salud pública actualmente son las enfermedades crónicas no trasmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial y la obesidad, entre otras; las cuales son enfermedades derivadas del estilo de vida de las personas. Por ello es importante promocionar la salud en las diferentes etapas de la vida como un patrimonio vital, dado que la salud es el resultado

de los cuidados y de asegurarse de que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.¹²

Esta situación ha llevado a la OMS a declarar que la obesidad será una de las grandes epidemias que nos amenazarán durante el Siglo XXI, lo que ha hecho que los gobiernos de los diferentes países y las instituciones supranacionales cada vez otorguen mayor importancia a las políticas que puedan contribuir a mitigar sus efectos. Como sucede con la mayoría de las enfermedades que tienen su principal origen en exposiciones de carácter ambiental y social, son las medidas preventivas, más que las terapéuticas, las que arrojan resultados más efectivos y eficientes, y en este sentido se proyectan la mayoría de las actuaciones.¹²

Diversos estudios señalan que el 50% de la mortalidad por enfermedades crónicas puede modificarse con los factores relacionados con el estilo de vida, como es la alimentación y nutrición. Además, se estima que las tasas de cáncer descenderían hasta en 20% si las personas comieran cinco o más porciones de frutas o verduras al día. Esta relación entre la dieta y las enfermedades reviste importancia en la adultez aun cuando los síntomas de los padecimientos no aparezcan hasta el sexto o séptimo decenios de vida.¹⁸

En España, los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2006) (indican que la prevalencia media de obesidad en adultos es de un 15.25% y de nada menos que un 37.43% de sobrepeso. Esto es, uno de cada dos adultos pesa más de lo recomendable. Mientras que la prevalencia de obesidad es similar entre varones y mujeres 15.54% en varones y 14.95% en mujeres), el sobrepeso es muy superior entre los varones (44,42% de varones con sobrepeso frente a un 30.27% de mujeres).²²

Pero si la situación es preocupante entre los adultos, es en niños y adolescentes donde se alcanzan cifras realmente alarmantes: según esta encuesta, la prevalencia actual de obesidad infantil es del 9.13% y de un 18.48% de sobrepeso, por lo que si sumamos ambas cifras veremos que uno

de cada cuatro niños españoles tiene exceso de peso 27.61%, iniciándose este sobrepeso en edades cada vez más tempranas.²²

C. Delimitación del Problema

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en la población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes en países desarrollados y en vías de desarrollo.²³

Los jóvenes adultos, en sus familias son mucho más espectadores que conversadores. Sin reivindicar el hecho mismo del diálogo no tiene sentido hablar de conducta alimentaria ni de las alteraciones de ésta, al menos en nuestra cultura. El ritmo de vida que llevamos ha hecho que nuestra conducta alimentaria haya ido cambiando. No sólo ha variado el tipo de alimentos sino también nuestro estilo de comer. Ya no se come en familia y, con demasiada frecuencia, ni siquiera en la mesa.²⁵

El mundo del joven adulto es, ante todo, una confluencia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios corporales, abrumadores y acelerados, junto con un estilo de pensamiento que se pone en crisis, y que a veces quiere una ruptura con todo lo anterior, dan lugar a un ser humano que quiere dejar de ser niño, pero no tiene recursos para ser mayor y lucha en un campo de batalla donde el deseo de autonomía y la dependencia de sus padres y del grupo de iguales le hacen padecer, hasta extremos a veces dramáticos, en un ansia de claridad ante la vida que sienten que nunca llega.²⁵

La alimentación urbana actual está cambiando, se pasa de lo comensal al picoteo y en esta vuelta a lo individual. Ese “otro cultural” desaparece y al desaparecer, la comida deja de “compartirse” no sólo de manera material sino simbólica, porque ya no se comparten los ritos y los formatos, los tiempos y los platos de las comidas, la religión, el país y la cultura que sostiene nuestra pertenencia y nos identifica. Esta ruptura produce lo que C. Fischer llama en

gastronomía: consumos alimentarios sin valores, sin sentido, librados al me gusta no me gusta, individual.²⁶

Por lo tanto, comprender cuantitativamente los conocimientos, las actitudes, los comportamientos que rodean los patrones dietéticos y de actividad física, así como la forma y tamaño del cuerpo a través de una escala de actitudes, podría jugar un papel importante entre los adolescentes, ya que a través de su uso y aplicación podría identificarse grupos con baja, moderada y elevada actitud a la obesidad.

A partir de ello, es posible desarrollar intervenciones orientadas a lograr cambios conductuales en la universidad, de tal forma que contribuyan a mejorar y mantener la autoestima, hacer frente a las ansiedades generadas por conflictos internos, así como valorar de forma más favorable y expresar actitudes más positivas respecto a sus estilos de vida saludables.²⁷

¿Qué factores de riesgo se asocian a la ocurrencia de desórdenes alimenticios en los estudiantes de medicina de sexto año de UNAH, febrero - Abril del 2017?

III. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la arterioesclerosis y diabetes mellitus tipo 2, la prevalencia de este trastorno se ha incrementado a nivel mundial. Es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de la grasa corporal.⁴

Esta enfermedad se relaciona directamente con la obesidad abdominal, la misma que es parte del síndrome metabólico.⁴ Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de Latinoamérica, en contraposición con la disminución de la prevalencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias.^{4, 5, 13}

Los futuros médicos deben tener conciencia de los problemas de salud mundial, entre ellos la obesidad para poner en práctica y poder difundir con el

ejemplo la aplicación de un estilo de vida correcto, con la práctica de actividad física rutinaria y una alimentación sana.^{5,8}

Diversos estudios han demostrado que existe relación entre la obesidad abdominal y sedentarismo, hipertensión arterial, estado nutricional, antecedentes familiares y enfermedades cardiovasculares.

Por lo tanto, fue importante realizar esta investigación utilizando instrumentos y categorías de clasificación aceptados internacionalmente, los mismos permitieron evaluar la prevalencia de obesidad abdominal y la asociación de algunos factores en los estudiantes universitarios.^{14, 15}

En la población de 19-29 años de edad en Ecuador, la prevalencia de obesidad es del 13.4% y el sobrepeso de 33%; evidenciando que la obesidad es menor al sobrepeso en ese país; además, es más frecuente en el área urbana, en el sexo femenino, colegios privados y en algunos casos se ha observado que existe relación con el IMC de la madre y el peso del adolescente.^{12, 16, 17}

La valoración de la obesidad abdominal permitirá identificar los grupos vulnerables para incrementar las actividades de prevención y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, dirigidas a disminuir la morbilidad y mortalidad enfermedad cardiovascular.

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo son los tres factores de riesgo cardiovascular modificables de mayor relevancia, de diabetes mellitus tipo 2, el sedentarismo, la obesidad o el sobrepeso y el consumo excesivo de alcohol son otros factores que se consideran como modificables o controlables.¹

La obesidad, que va de la mano con la obesidad abdominal, constituye una enfermedad que puede ser prevenible a través de la modificación de los hábitos dietéticos y del estilo de vida; es importante precisar nuestra realidad para implementar medidas preventivas, las cuales deberán ser reguladas por

políticas de salud, médicos, dirigentes del país, comunidades en riesgo y todas las instancias que tengan que ver con la prevención de la obesidad.

La relevancia científica radica en aportar datos locales de un problema de salud considerado por la OMS como pandemia, la identificación de los factores de riesgo propios de una población que tiene rasgos culturales y socioeconómicos particulares que inciden en la calidad de vida.

Las enfermedades metabólicas y nutricionales incluyen trastornos de la glándula tiroides, glándulas suprarrenales, metabolismo de lipoproteínas, trastornos de las secreciones pancreáticas, diabetes mellitus, otros trastornos de la regulación de la glucosa, desnutrición y obesidad. Entre éstas las de mayor impacto epidemiológico y económico son la diabetes y los problemas de peso dado que cobran más vidas que todas las demás enfermedades combinadas.

En este sentido se estima que en el mundo 382 millones de personas tienen algún tipo de diabetes mellitus,¹⁵ mil millones de personas presentan sobrepeso y más de 300 millones son obesos¹⁶ En cuanto al impacto económico, y sólo por poner un ejemplo, los gastos de la atención en salud para la diabetes representaron en el año 2013, el 11% del gasto total en salud en el mundo.^{15, 16}

Además estas enfermedades se pueden presentar de forma simultánea en la medida que comparten factores de riesgo como el consumo de tabaco, la dieta malsana y la inactividad física; de hecho, se estima que el sobrepeso y la obesidad contribuyen al 44% de la carga total de diabetes.¹⁵ De igual forma, tanto la diabetes mellitus como los problemas de peso constituyen factores de riesgo para otras enfermedades como cardiopatías isquémicas, accidentes cerebro vascular y algunos tipos de cáncer.^{15, 16} El hecho que estos trastornos compartan características metabólicas, factores de riesgo y desenlaces subrogados los hace particularmente adecuados para que el estudio se realice de forma simultánea.

IV. Objetivos

General

Determinar los factores asociados a desórdenes alimenticios y su posible morbilidad en la salud de los estudiantes de sexto año, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Febrero-Abril del 2017.

Específicos

1. Determinar la prevalencia de desórdenes alimenticios (Obesidad, Bulimia, Anorexia) en la población bajo de estudio.
2. Caracterizar en tiempo, lugar y persona los desórdenes alimenticios de la población bajo estudio.
3. Determinar la asociación entre los factores de riesgo o protectores en los desórdenes alimenticios en la población bajo estudio.

V. MARCO TEORICO

Historia

Existen varias descripciones que hacen alusión al ayuno practicado por hombres. Por ejemplo, en el siglo IV, los llamados padres del desierto eran hombres que se retiraban a los desiertos de Egipto y Palestina para entregarse al ayuno y a otras formas de penitencia. Por todo esto puede decirse que en muchas culturas y religiones el ayuno ha sido considerado como una purificación para protegerse del mal y entregarse a Dios.¹

Existen varias descripciones, a partir de la Edad Media, donde se habla de mujeres y hombres entregados a la práctica del ayuno, sin embargo, lo que movía a la mayoría de estas personas para practicar una restricción alimentaria era de índole religiosa, lo que se conoce como “anorexia santa”. En esta población, las personas no presentaban las características de la anorexia nerviosa actual en la que la práctica del ayuno se encuentra en función de la belleza corporal.¹

En su libro *El cuerpo como delito*, Josep Toro hace un relato de algunas ayunadoras voluntarias. Entre ellas menciona el caso de Santa Catalina de

Siena, y dice: *Corría el año de 1360. Catharina Benincasa iniciaba su adolescencia, cuando quedó fuertemente afectada por la muerte de dos de sus hermanas, lo que había aumentado sus deseos de entregarse exclusivamente a Dios. Ante la insistencia de sus padres para que se casara, decidió someterse a un severo aislamiento, y a sus 16 años no comía más que pan, agua y vegetales crudos. Catalina de Siena mantuvo su austeridad alimentaria toda su vida, lo que la llevó a la muerte en el año de 1380 a los 32 años de edad.*¹

Es en el siglo XVII, cuando se empieza a hablar de anorexia nerviosa como de un hecho puramente médico. Alrededor del 85% de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) experimentan un intenso impulso para adelgazar, y en parte, su diagnóstico se confirma en función de la intensidad de dicho impulso en el 2002 (Hace aproximadamente veinte años, comenzó una fuerte diversificación de productos alimenticios con su consecuente oferta (variedades de lácteos, panificados, etc.) Y no sólo ocurrió en los productos alimenticios sino también en los de belleza (variantes de champú según el tipo de cabello, etc.)

Podríamos decir que, actualmente, nos encontramos frente a una sobreoferta de objetos y de campañas publicitarias que nos dicen en forma imperativa o sutilmente qué consumamos (“tome X Coca”, “llame ya”, etc.).²

Asimismo, los adelantos científicos han denunciado que la inadecuada alimentación Aumenta los riesgos de infarto, Accidente Cerebro Vascular (ACV) y anormalidades en el desarrollo de los niños, con lo que la preocupación por aquello que comemos o comen nuestros hijos fue en aumento y comenzó a ser un dilema frente a las góndolas de los supermercados. Difícilmente hace treinta años el común de la gente supiera qué eran el colesterol y la Diabetes 1.

Estos factores produjeron la llamada “Cultura Light” que se inició en los años ochenta, tuvo mayor predominio en los noventa y continúa hasta nuestros días. La “Cultura Light” no sólo Trajo aparejado un intento de comer más

sano, sino que afectó pautas culturales como la moda y hasta cierta forma de tomarse las cosas, más a la ligera, sin tanto compromiso.²

Actualmente podría decirse que tal forma de ver las cosas está siendo cuestionada, sin embargo, sigue bien vigente la cultura de la delgadez. Esto puede constatarse en Cualquier publicidad de televisión o en las tiendas de ropa, principalmente juvenil, donde los talles medios son en realidad pequeños para el común de la gente.²

De esta forma se impone un patrón de medidas que no puede ser concretado en la realidad sin afectar la salud psicofísica, principalmente de los adolescentes y los jóvenes, Ya que éstos se encuentran en una sociedad donde se promueven un nivel fuertemente competitivo, tanto en lo referente a lo académico, como en lo laboral, y hasta en la búsqueda de pareja. Esta intensificación de las presiones sociales ha derivado en los últimos años, en un alto porcentaje de jóvenes que presentan graves trastornos alimentarios.²

No es casual que estas patologías resulten desconocidas en el mundo oriental “no Occidentalizado”, podríamos decir también aún no capitalista, lo que da cuenta de que el Factor cultural es un elemento de fuerte presión en estas afecciones También hay diferencias entre las distintas etnias; según estudios publicados Recientemente por el *American Journal of Psychiatry*, en 1,000 mujeres negras de edades Comprendidas entre los 19 y los 34 años no se detectó ningún caso de Anorexia Nerviosa (AN).²

En lo que hace a la Bulimia Nerviosa (BN), la probabilidad de hallarla es seis veces mayor entre las mujeres blancas. La única alteración ligada a la alimentación que parece afectar tanto a mujeres blancas como negras es el consumo compulsivo de alimentos, sin mecanismos de eliminación (vómitos).¹

Por otra parte observamos en la historia que las referencias en la negativa a comer se encuentran ya en el Medioevo. Recordemos la estrecha relación del ayuno con la religión como medio de la purificación espiritual.¹

En cuanto a la BN, las conductas de purga y la ingesta alimentaria abusiva se remontan a la Civilización romana, que en los banquetes utilizaba el vómito y otras formas de purga para vaciar el contenido estomacal, y así continuar la ingestión masiva y descontrolada de alimentos. En este punto es necesario detenernos para hacer una importante aclaración: no es lo mismo anorexia que Anorexia Nerviosa, como tampoco bulimia que Bulimia Nerviosa.²

“Anorexia” es un término que designa la falta de apetito, tal su etimología, y “bulimia” se refiere al comer voraz. En cambio, Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) son los nombres científicos que designan dos cuadros patológicos.²

La AN fue definida por primera vez y casi simultáneamente como un problema médico entre 1873 y 1874, cuando al mismo tiempo Charles Laségue en Francia y William Gull en Inglaterra le dan ese nombre y destacan su padecimiento principalmente en mujeres. Más tarde, Henry Ey, en su *Tratado de Psiquiatría*, considera la Anorexia Nerviosa como una psicosis sui generis relacionado tanto con la histeria, como con la esquizofrenia. Incluso autores posteriores la vincularon con la fobia.²

En cuanto a la Bulimia ya Galeno describió “la kynosorexia” o hambre canina como consecuencia de un estado de ánimo anormal. En algunos diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, se la nombra como curiosidad médica. A finales de 1970 es nombrada Como “bulimarexia” y descrita en sus síndromes de purgas y atracones. Es en 1980 cuando aparece la denominación “Bulimia”, y en 1987, “Bulimia Nerviosa”¹

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en la población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes en países desarrollados y en vías de desarrollo.³

La adolescencia es considerada como un tiempo de transición con cambios físicos, Sociales y cognitivos que demandan una considerable adaptación.⁴

Comprende tres Sub etapas: pre adolescencia, que es de los 9 a 11 años; adolescencia temprana, de los 12 a 14 años; y la adolescencia propiamente dicha que va de los 15 a 18 años.⁵

El mundo del adolescente es, ante todo, una confluencia de aspectos biológicos, Psicológicos y sociales. Los cambios corporales, abrumadores y acelerados, junto con un estilo de pensamiento que se pone en crisis, y que a veces quiere una ruptura con todo lo anterior, dan lugar a un ser humano que quiere dejar de ser niño, pero no tiene recursos para ser mayor y lucha en un campo de batalla donde el deseo de autonomía y la dependencia de sus padres y del grupo de iguales le hacen padecer, hasta extremos a veces dramáticos, en un ansia de claridad ante la vida que sienten que nunca llega.

El adolescente sufre y culpa al mundo de sus desdichas. Es un ser vulnerable por estar en crisis permanente. La necesidad de buscar seguridad acompañada de su curiosidad le llevan a explorar situaciones antes consideradas peligrosas y ahora, en un afán de reafirmación adulta, convertidas imaginariamente en controlables.⁵

Los adolescentes en sus familias son mucho más espectadores que conversadores. Sin reivindicar el hecho mismo del diálogo no tiene sentido hablar de conducta alimentaria ni de las alteraciones de ésta, al menos en nuestra cultura. El ritmo de vida que llevamos ha hecho que nuestra conducta alimentaria haya ido cambiando. No sólo ha variado el tipo de alimentos sino también nuestro estilo de comer. Ya no se come en familia y, con demasiada frecuencia, ni siquiera en la mesa.⁵

La adolescencia y el hecho de ser mujer siempre han sido considerados pre disponentes de primer orden para los trastornos de la conducta alimentaria, junto con los valores estéticos dominantes. Así, la mujer adolescente por el simple hecho de vivir en nuestro contexto cultural actual es ciertamente vulnerable.⁵

Sobre ésta predisposición van a incidir una serie de factores precipitantes que van a poder transformar el riesgo en patología. Un factor precipitante es el que atañe a los cambios corporales propios del adolescente. Otros son la realización de dietas, el incremento de la actividad física y todo en cuanto concierne a las críticas al cuerpo.⁵

El ser humano pasó a la bipedestación para poder usar sus manos, pero va camino a abandonar la deambulación. Y no es que vaya a convertirse en cuadrúpedo de nuevo, sino que va a lograr ser el primer animal de la creación capaz de ir sentado a todas partes.² “Estar o ser gordo” es estar sometido a la crítica social. En tiempos de nuestros abuelos la delgadez era sinónimo de enfermedad. Si además tenía mal color, estaba enfermo seguro. Ahora el delgado es bello y está sano.⁵

D. Definición

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud y calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso de muerte y generalmente se acompañan de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas.⁷

E. Epidemiología

Resulta difícil evaluar las tendencias en la epidemiología de los trastornos alimentarios debido a los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo, y debido a que la detección mediante el auto-informe puede no ser confiable en una enfermedad.⁵ Caracterizada por la no divulgación y la negación. La mayoría de los estudios revelan una prevalencia incrementada a lo largo de los últimos 50 años, si bien se están debatiendo las tendencias a lo largo de los últimos 10 años.

Un estudio realizado entre estudiantes universitarios en California informó una disminución en las conductas de atracón/purgativo desde los años 80 a los 90. Sin embargo, la mayoría de los clínicos afirman que un número

incrementado de pacientes con trastornos alimentarios se están presentando en sus consultorios.⁸

En la población adolescente se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0.5-1% de Anorexia Nerviosa (AN), de 1-3% de Bulimia Nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE), según el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA.⁸

Dichas fuentes establecen una ruta de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres.³ Alrededor del 95% de los sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de sexo femenino y mujeres adultas jóvenes.^{9,10} La orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente en el período de adolescencia, que va de los 12 a 18 años y adultez temprana, que comprende desde los 19 a 21 años. A la edad escolar, que es de los 7 a los 12 años, aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura.

Esta situación se observa con frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la prevalente focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social,¹¹ tendencias que se acentúa en la adolescencia. Por otro lado, los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, Pero con menor preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres.¹²

Se estima que 1 a 2 millones de mujeres en los EE.UU. cumplen con los criterios de la bulimia nerviosa tal como se define en el DSM-IV; 500,000 mujeres cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa. Muchas más tienen trastornos alimentarios y cumplen los criterios para ED-NOS. Hay

dos picos de la aparición de la anorexia nerviosa, a los 14 y 18 años de edad, aunque en algunos pacientes se puede presentar en los últimos años de la niñez hacia la adultez.¹²

Una mayor cantidad de hombres buscaron tratamiento para los trastornos alimentarios en los años 90 que en los 80. No queda claro si esto refleja un incremento en la prevalencia o que los hombres buscan tratamiento más seguido. Los aspectos psicológicos de los hombres con trastornos alimentarios se asemejan a los de las mujeres. Un informe revela que los pacientes con trastornos alimentarios femeninos y masculinos tienen antecedentes familiares de trastornos alimentarios similares.⁸

Según el Censo Nacional Argentino del año 2001, la población de mujeres de 10 a 19 años en Argentina es de 3310.101. Si la prevalencia de los trastornos alimentarios coincide con la del extranjero podría haber aproximadamente 166,144 adolescentes afectadas. El número total de varones de la misma edad es de 3409.836. Por lo que podría haber entre ellos 16,500 jóvenes afectados.¹⁶

En Argentina no hay cifras oficiales de prevalencia de TCA pero se calcula que alrededor de un 3-4% de la consulta a los servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires corresponde a TCA.¹⁶

La información epidemiológica con la que cuenta hasta ahora en el país indica que para una población de mujeres de 18 a 25 años ingresantes a la Universidad de Buenos Aires (UBA), hay una tendencia a desarrollar algún grado de disturbio alimentario en una proporción aproximada de 1 cada 7.¹⁴

Una investigación realizada durante los años 1995/1997 en la Cátedra de Adolescencia de la Facultad de Psicología de la UBA indica que la prevalencia de los trastornos de la alimentación alcanzó un porcentaje de 13%.¹⁵

Se realizó un estudio de Trastornos de la conducta alimentaria en el año 2005, con una muestra de adolescentes de todo el país, en total 1971 jóvenes (1231 mujeres y 740 varones), edad promedio de $14,16 \pm 2.51$ en las mujeres y de $14,12 \pm 2.44$ en hombres.

En el análisis del cuestionario EDE-Q se observó que 1591 casos (80.8%) tenían resultados normales, mientras que 380 (19.2%) eran sospechosos de tener trastorno alimentario. La relación fue de 3.36 casos femeninos por cada caso masculino. Entre las mujeres se observó una prevalencia de sospecha del 24% contra 12% de casos sospechosos entre los varones ($p=0.001$). La distribución por edad mostró una Concentración entre 14 y 15 años, con un pico de prevalencia a los 19. Los únicos factores de riesgo encontrados en los sospechosos de TA fueron mayor presencia de crisis vitales, de antecedentes de problemas alimentarios, de madre obesa y de familiar dietante.¹⁶

Entre los casos analizados con EDE 12 (159), en 81.8% ($n=130$) se confirmó trastorno Compulsivo de comer (TCC), en 3.8% ($n=6$), trastorno no específico y en 0.6% ($n=1$) Bulimia. En 13.8% ($n=22$) de los casos no se comprobó TA a pesar de haber sido Sospechosos.¹⁶

Los datos recabados son consistentes con los principales estudios epidemiológicos Realizados en Norteamérica que informan una prevalencia baja en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa 17.18, con la mayor incidencia de anorexia nerviosa entre las mujeres de 10 a 19 años, en tanto que la mayor incidencia de bulimia nerviosa abarca a las mujeres desde los 20 años hasta la adultez joven. Otro estudio informa que el trastorno del comer compulsivo en su forma completa y Subclínica tiene una prevalencia de 2.6%.¹⁹

F. Patogénesis

No existe consenso sobre las causas de los trastornos alimentarios. Una combinación de factores psicológicos, biológicos, familiares, genéticos, ambientales y sociales probablemente contribuyen a que se desarrolle un trastorno alimentario. Un individuo puede experimentar una disminución en su

auto-estima o auto-control debido a factores que los predisponen a sufrir este trastorno (por ej., biología, antecedentes familiares, eventos traumáticos) y luego emplea una conducta dietante o pérdida de peso para proporcionarse un sentido de estabilidad o control.²⁴

El papel de la genética en la patogénesis de los trastornos alimentarios está justificado en algunos estudios que hallaron que las mujeres jóvenes cuyo primer grado de parentesco sufría trastornos alimentarios tenían de seis a diez veces mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.²⁰ Los gemelos monocigóticos tienen un índice más elevado de concordancia para los trastornos alimentarios que los gemelos dicigóticos.^{21, 22}

Asimismo, existe una prevalencia más elevada de trastornos afectivos.²³ y alcoholismo en los parientes de primer grado de los pacientes con trastornos alimentarios. Los estudios de análisis de correlación han hallado una localización de susceptibilidad para la bulimia nerviosa en el cromosoma 10p y para la anorexia nerviosa en el cromosoma 1p.²⁴

Los problemas psiquiátricos son comunes en pacientes con trastornos alimentarios, que incluyen trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos de personalidad, abuso y consumo de tabaco y otras sustancias.²⁵

Las mujeres adultas con trastornos alimentarios parecen haber sufrido mayores índices de rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva en su niñez. Los problemas de alcohol son más predominantes entre aquellas personas con bulimia nerviosa que en los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva.²⁶

El estrés familiar de cualquier tipo puede ser un factor significativo en el desarrollo de un trastorno alimentario. No existe ningún tipo de dato empírico fuerte que sustente un prototipo de familia particular que fomente el desarrollo alimentario.

Las características familiares asociadas con los trastornos alimentarios pueden incluir elevadas expectativas percibidas por parte de los padres por los logros y el aspecto, las familias con conflictos de manipulación de dificultades, comunicación pobre (particularmente en lo relativo a los sentimientos), complicaciones y, con menor frecuencia, aislamiento entre los miembros familiares, devaluación de la madre o el rol maternal, y tensión marital. Las familias que luchan contra un trastorno alimentario generalmente tienen dificultades a la hora de responder positivamente a las necesidades físicas y emocionales cambiantes de sus adolescentes.²⁶

El rol del sistema nervioso central: Los neurotransmisores pueden tener un papel en la patogénesis de la anorexia nerviosa. Los niveles disminuidos de la norepinefrina neurotransmisora pueden ser responsables parciales de la bradicardia y la hipotensión que se presentan con la inanición.²⁷

La serotonina juega un papel en los centros de apetito y saciedad del cerebro y puede ser responsable de los cambios neuropsiquiátricos y la pérdida del apetito.²⁸ Por ejemplo, un estudio encontró que los niveles del metabolito de la serotonina eran más elevados en pacientes anoréxicos después de la recuperación del peso.²⁹ La estimulación de los receptores de la serotonina (5-HT₄) en los centros de placer del cerebro de las ratas redujo su instinto de comer; estos receptores también median el efecto anoréxico de la "droga de diseño" éxtasis en ratas, lo que sugiere un camino posible para el aspecto adictivo de la anorexia nerviosa.³⁰

Los estudios de IRM han demostrado cambios cerebrales en pacientes con anorexia Nerviosa, que incluyen volúmenes reducidos en la materia gris y blanca con un incremento en el volumen del fluido cerebroespinal (CSF), por sus siglas en inglés).³¹ Otro informe halló que los volúmenes de materia gris no se normalizaron por completo y el volumen del fluido cerebroespinal se mantuvo significativamente elevado en comparación con los controles realizados después de la recuperación del peso. En comparación, la materia blanca no difirió significativamente en los controles después de la recuperación. La importancia de estos hallazgos no es muy clara.³²

G. Etiología

En la amplia discusión científica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se identifican como causas, factores socioculturales como imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar evaluados como causa o efecto del trastorno.³³ También se han propuesto factores biológicos como una predisposición genética, presencia de psicopatía previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición, así como características personales como una baja autoestima y un alto nivel de auto exigencia.^{8, 34} No obstante, muchos estudios muestran un origen multicausal de los trastornos.³⁵

Estas patologías se caracterizan por la gravedad de la sintomatología asociada, elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, así como alto grado de comorbilidad o presencia de otros trastornos como abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales y baja autoestima social y corporal. En el caso de la Anorexia Nerviosa el trastorno es asociado además a un elevado riesgo de mortalidad y reducido porcentaje de recuperación. Debido a estos factores entre otros, los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juveniles.³⁶

El modelo propuesto con mayor frecuencia en cuanto a su etiología, señala que existirían factores pre disponentes individuales: psicológicos, físicos y socioculturales, que cuando están presentes obligan al equipo de salud a estar muy atentos para prevenir un TCA; más aún si a los anteriores se suman factores precipitantes, que determinan que la paciente inicie una dieta sin estar con sobrepeso u obesidad, y procesos perpetuos, que hacen que mientras más se demore en iniciar el tratamiento más costará revertirlo.¹²

Obesidad

La obesidad constituye un grave problema de salud pública por su asociación con los riesgos a desarrollar enfermedades crónicas. La dislipidemia aterogénica que acompaña con frecuencia a la obesidad también está asociada al síndrome metabólico y a las enfermedades cardiovasculares. La transición entre la adolescencia y el adulto es un periodo con modificaciones

importantes en el estilo de vida que contribuyen al desarrollo de la obesidad, sin embargo es poca la atención brindada a esta etapa. La tendencia a adoptar comportamientos poco saludables durante esta transición puede incrementarse en los universitarios que llevan un estilo de vida caracterizado por la falta de tiempo para llevar una dieta saludable, haciéndolos susceptibles a desarrollar obesidad.¹²

Datos y cifras

Desde 1980 y hasta 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado.

- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.
- La obesidad puede prevenirse.

Definición de sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Adultos

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

La génesis de las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran asociadas a factores de riesgo relacionados con estilos de vida nocivos para la salud. Resulta interesante observar cómo se comportan estos factores en estudiantes de medicina.¹²

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO): Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica.⁷⁶

Un estudio realizado en la ciudad de México⁴ con una población similar de estudiantes universitarios que presentaron una prevalencia alta de obesidad que alcanzo aproximadamente al 50% de la población en ese país y en nuestro país la prevalencia de exceso de peso está aumentando de forma alarmante en los últimos años lo que causa una alta preocupación ya que hay que implementar estrategias preventivas constantes con respecto a los hábitos alimenticios saludables para evitar continuar con cifras tan altas como tenemos en la actualidad en nuestro país.⁷⁷

En México, el desarrollo económico, la urbanización y la influencia tecnológica y cultural presente también en países industrializados, ha influido y modificado algunos estilos de vida, contribuyendo a una marcada disminución en la actividad física. Solo 35% de las personas entre 10 y 19 años de edad son

activas, más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y otro 25% pasa hasta tres horas diarias en promedio. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan solo 40% practica algún tipo de actividad física, siendo el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres.⁷⁸

La elevada prevalencia de estilos de vida poco saludables, asociada en algunos casos a enfermedades crónico degenerativas incipientes, se ha relacionado a indicadores emocionales que repercuten en el aprovechamiento académico.⁷⁸

Anorexia Nerviosa:

Definición: Un diagnóstico de anorexia nerviosa requiere cuatro criterios diagnósticos tal como se define en el DSM-IV:

- Negación de mantener el peso dentro de un rango normal para el peso y la edad (Más del 15 por ciento por debajo del peso corporal ideal)
- Temor por aumentar de peso
- Trastorno grave de la imagen corporal, en el que la imagen del cuerpo es el medidor predominante de la autoestima con negación de la gravedad de la enfermedad
- En las mujeres post menárquicas, ausencia del ciclo menstrual o amenorrea (mayor a tres ciclos).⁸

Los adolescentes con anorexia nerviosa pueden caer un 15 por ciento debajo del peso corporal ideal sin perder peso si no adquieren las cantidades adecuadas durante su periodo de crecimiento acelerado de la pubertad.⁸

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 y su familia. Pronto las conductas tendientes a disminuir la ingesta se organizan (ritual). No comen con la familia, esconden alimentos, sistematizan lo que está permitido y prohibido comer, y a veces se asocia al

uso de algunos medicamentos, a la inducción de vómitos y de ejercicio intenso.⁸

Cuando los padres se percatan de la importante baja de peso, empiezan a estar pendientes de lo que comen y generalmente se producen discusiones episódicas. Paralelamente aparecen anomalías conductuales como hiperactividad, cambios frecuentes de humor, tendencia al aislamiento e insomnio.⁸

Desde el punto de vista físico se produce amenorrea que en general ocurre cuando hay pérdida de peso significativa, la que en un 15% aparece inicialmente en relación a una restricción alimentaria muy severa. La constipación es frecuente; si la pérdida de peso es importante aparecen otros signos como extremidades frías, piel seca, pérdida de pelo, lanugo, letargia y anorexia. Además aparece dificultad en la concentración, dificultad para tomar decisiones, irritabilidad, depresión y obsesividad por la comida. Cuando la pérdida de peso es mayor del 25% del peso ideal, puede aparecer hipotermia, acrocianosis, bradicardia, hipotensión, ortostatismo, pérdida de masa muscular, hipoglicemia y leucopenia.¹²

Bulimia Nerviosa:

Los criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa incluyen los siguientes:

- Episodios de atracón con un sentido de pérdida del control
- El atracón es seguido por una conducta compensatoria del tipo purgativo (vómito auto-inducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos) o el tipo de no-purgativo (Ejercicios excesivos, ayuno, o dietas estrictas)
- Los atracones y la conducta compensatoria resultante debe presentarse un mínimo de dos veces por semana durante tres meses, Insatisfacción con el cuerpo y el peso.
- Además, la alteración no se presenta exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.⁸

La característica central de la bulimia nerviosa es la alternancia de períodos de restricciones alimentarias con períodos de ingesta voraz (“atracones”),

seguidos de vómitos auto inducidos y uso de laxantes y/o diuréticos. En muchos casos el cuadro se inicia a partir de una dieta para adelgazar y luego se instalan los síntomas descritos.⁸

Típicamente los atracones se realizan en forma oculta, con gran vergüenza en caso de ser descubiertos. Tragan la comida sin saborearla. El atracón finaliza debido al malestar físico que produce o por factores externos. Al igual que en las anoréxicas, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, lo que le produce una gran ansiedad. Los métodos de eliminación de lo ingerida son los vómitos auto inducidos (85%), el uso de laxantes (15%), de diuréticos (muy raro); el ejercicio (60%); y el ayuno (30%). Generalmente consultan cuando llevan meses o años con este problema.⁸

Al examen físico generalmente se encuentran eutróficas o con sobrepeso, con variaciones de peso agudas y frecuentes. Puede encontrarse crecimiento de glándulas salivales, el signo de Russel (erosiones y callosidades en las manos) y erosión del esmalte dentario por los vómitos. Los síntomas psíquicos más frecuentes en la bulimia corresponden a la depresión.¹²

II. Evaluación diagnóstica

Examen Físico: Las partes clave del examen físico son: las mediciones de los signos vitales que incluyen el ritmo cardíaco, la presión arterial en posición supina y de pie, y la temperatura; evaluación de la piel y las extremidades en busca de resequedad, hematomas, o lanugo (crecimiento de pelo o vello muy fino, anormal, en las extremidades); evaluación cardíaca en busca de bradicardia, arritmia, o prolapso de la válvula mitral; evaluación abdominal y evaluación neurológica en busca de otras causas de la pérdida de peso o vómitos (por ejemplo, masas abdominales, tumores cerebrales).⁸

El examen físico para el paciente con bulimia nerviosa debe incluir los elementos antes descritos. Asimismo, es posible que los pacientes presente hipertrofia de la glándula parótida a causa de los vómitos, y erosión del esmalte de los dientes anteriores debido a la exposición crónica a los ácidos producidos

por el vómito. También pueden presentar lesiones en la piel en los dedos que utilizan para inducir el vómito (signo de Russell).⁸

Evaluación de Laboratorio: La evaluación inicial de laboratorio debe incluir un hemograma completo, glucosa, electrolitos, calcio, magnesio, fósforo, urea en sangre, y creatinina, si el paciente está deshidratado o se sospecha que se está purgando, y beta-HCG para descartar el embarazo en pacientes con amenorrea prolongada. El magnesio, el calcio y el fósforo pueden servir como base para pacientes que requieran hospitalización y están en riesgo del síndrome de realimentación.⁸

Un análisis de orina es importante para evaluar la gravedad específica debido a que muchas adolescentes se llenan de agua para incrementar su peso falsamente. Las pruebas de la función de la tiroides, la prolactina sérica, y la hormona estimulante del folículo se deben realizar para evaluar a niñas con amenorrea para descartar la presencia de prolactinoma, híper o hipotiroidismo, o insuficiencia ovárica. Asimismo, se debe realizar un electrocardiograma a los pacientes con bradicardia. Otros exámenes posibles para excluir otros diagnósticos patológicos dependen de la revisión de los sistemas.⁸

La mayoría de estos valores de laboratorio permanecen normales hasta las últimas etapas de la enfermedad en pacientes anoréxicos que restringen la ingesta de alimentos.³⁶ Las pruebas de función tiroidea anormal, cuando se presenta, típicamente sugieren la presencia de una enfermedad no tiroidea (por ejemplo, niveles bajos de concentraciones séricas de tiroxina (T4) y triiodotironina (T3), concentración sérica de tirotropina (TSH) baja o normal, alta concentración de T3 reversa). La presencia de hipocalemia o alcalosis metabólica sugiere que el paciente puede estar purgándose con vómitos o diuréticos.⁸

Diagnóstico Diferencial: El diagnóstico diferencial para la pérdida de peso o vómito crónico es largo. Se deben considerar y descartar pocas enfermedades en la mayoría de los pacientes:

Nueva aparición de diabetes mellitus, Insuficiencia adrenal, Depresión primaria con anorexia, Enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad celíaca, u otra enfermedad gastrointestinal, Masas abdominales que causan vómito crónico, Las lesiones al sistema nervioso central pueden causar vómitos, supresión del apetito y expresión de depresión (*depres sed affect*).⁸

VI. Complicaciones

Pueden presentarse varias complicaciones médicas durante el período de hambre o purga persistente, como:^{37, 38}

- Osteopenia u Osteoporosis
- Retraso del crecimiento.
- Insuficiencia cardíaca.
- Cambios cognitivos.
- Dificultad en el funcionamiento psicológico.
- Mal funcionamiento gastrointestinal como disminución de la motilidad y síntomas de náuseas o hinchazón.
- Cambios endocrinológicos (con anorexia nerviosa):
 - Niveles séricos de LH y FSH bajos.
 - “Síndrome eutiroides enfermo” con aumento de T3 reversa.
 - Nivel sérico bajo de dehidroepiandrosterona (DHEA).
 - Factor de crecimiento semejante a la insulina tipo I (IGF-I) bajo.
 - Niveles bajos de leptina.³⁹
 - Nivel incrementado de cortisol sérico.⁴⁰
 - Aumento de las concentraciones de la hormona de crecimiento, desequilibrios electrolíticos, particularmente hipocalcemia y alcalosis metabólica, en pacientes que se purgan mediante el vómito, abuso de laxantes o diuréticos.
 - Erosión dental y glándulas salivares agrandadas en pacientes con bulimia nerviosa.⁴¹
 - Infertilidad cuando persiste la amenorrea secundaria.⁴²
 - Niveles elevados de aminotransferasa.
 - sérica y con anorexia severa, posible insuficiencia hepática aguda.⁴³

Se debe tener en cuenta que la edad ósea retrasada y una duración prolongada del crecimiento a causa del hipogonadismo puede originar un retraso en el crecimiento y una estatura corta.⁴⁴

Por lo tanto, si los adolescentes se recuperan y logran aumentar de peso, es posible que puedan alcanzar su altura potencial; La osteopenia es una de las complicaciones más severas de la anorexia nerviosa y una de las más difíciles de revertir esto resulta particularmente importante debido a que las mujeres acumulan del 40 al 60 por ciento de la masa ósea durante la adolescencia.⁴⁵

La pérdida ósea puede ocurrir en un período corto de tiempo. En un estudio, por ejemplo, la densidad mineral ósea se comparó para 18 adolescentes mujeres con anorexia nerviosa y 25 controles saludables. La densidad ósea en la espina lumbar y el cuerpo entero disminuyó significativamente en las pacientes con anorexia nerviosa (0.830 versus 1.054 g/cm² y 0.700 versus 0.955 g/cm², respectivamente); la densidad ósea en la parte media del radio no se redujo significativamente.

La anorexia nerviosa estuvo presente menos de un año en la mitad de las pacientes. En un segundo estudio que incluía a mujeres con una duración más prolongada de la enfermedad (en promedio, 66 meses), la densidad ósea se vio reducida por lo menos en una desviación estándar (SD, por sus siglas en inglés) en uno o más lugares del esqueleto en el 92 por ciento y por lo menos en 2.5 SD en el 38 por ciento.⁴⁶

La pérdida ósea en pacientes con anorexia nerviosa se puede traducir en un aumento del riesgo de fracturas posteriores. En un estudio basado en una población, el riesgo a largo plazo de sufrir fracturas en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa aumentó 2.9 veces en comparación con el número estimado de fracturas.⁴⁷ Las fracturas de cadera, de la espina, y del antebrazo ocurrieron en promedio 38, 25 y 24 años, respectivamente, después de realizado el diagnóstico.⁴⁶

El seguimiento a largo plazo de adolescentes con anorexia nerviosa sugiere que es posible la recuperación de la densidad ósea si se mejora el estado global de la salud. Un estudio encontró que los adolescentes cuya enfermedad se resolvió no presentaron déficit en la densidad ósea 11 años después.⁴⁸

La patogénesis de la pérdida ósea en la anorexia nerviosa no es completamente clara; está asociada con la deficiencia de estrógenos, absorción inadecuada de la vitamina D y calcio, y bajo peso corporal durante la formación ósea. También pueden tener un papel importante los niveles reducidos del factor de crecimiento de tipo insulina.⁴⁹

La osteopenia en la anorexia nerviosa está marcada por el aumento en la reabsorción ósea como en la reducción de la formación ósea. Esto es diferente a la deficiencia de estrógenos sola tal como se presenta durante en la menopausia, (caracterizada principalmente por el aumento de la reabsorción ósea) y puede no responder al reemplazo de estrógenos.⁵⁰

Los parámetros nutricionales, particularmente la masa corporal magra, pueden contribuir en forma significativa a la patogénesis de la osteopenia en la anorexia nerviosa. La densidad ósea se redujo a un grado significativamente mayor en mujeres con anorexia nerviosa que en las mujeres con amenorrea hipotalámica, lo que sugiere que la deficiencia de estrógenos sola (presente en ambos grupos) no era responsable por la pérdida ósea.⁵¹

Más aún, en análisis multi-variante, la densidad ósea se relacionó significativamente a la masa corporal magra.⁵¹ Las recomendaciones para el tratamiento más adecuado para la osteopenia en pacientes con trastornos alimentarios incluye el incremento del peso, 1200 a 1500 mg/día de calcio elemental, un multivitamínico con 400 IU de vitamina D, y evaluaciones individuales para reemplazo de estrógenos/progesterona.⁵²

Cambios Cardíacos: Se ha asociado a la anorexia nerviosa con el prolapso de la válvula mitral, posible prolongación del intervalo QT, e insuficiencia cardíaca. El prolapso de la válvula mitral (MVP, por sus siglas en inglés) es un hallazgo común, que se presenta en aproximadamente 32 a 60 por ciento de los pacientes con anorexia nerviosa en comparación con 6 a 22 por ciento de la población general.⁵³ Posiblemente esto se deba en parte a la capacidad mejorada de detectar MVP en pacientes con reducción del volumen intravascular.

Los datos no concuerdan en lo relativo a la presencia de un intervalo QT prolongado en pacientes con anorexia nerviosa un intervalo QT prolongado es un marcador para la arritmia y muerte súbita y justifica la atención inmediata en un paciente bradicárdico y con bajo peso. El paciente anoréxico con bajo peso extremo que tiene anomalías electrolíticas debido a los vómitos, el abuso de laxantes y hábitos alimentarios extraños sufre un riesgo cardíaco mayor.⁵⁴

El riesgo de insuficiencia cardíaca en pacientes con trastornos alimentarios es mayor en las dos primeras semanas de realimentación. La combinación de una contractilidad cardíaca reducida y el edema por realimentación puede dar cuenta de este hallazgo.⁵⁵ Este riesgo se reduce con una realimentación lenta, repleción de fósforo, evitar la ingesta de demasiado sodio, y una rehidratación lenta cuando se necesitan ingresar líquidos por vía IV.⁵⁴

Cambios Pulmonares: Se ha asociado a la anorexia nerviosa con cambios enfisematosos en las imágenes torácicas; sin embargo, las implicancias clínicas de estos hallazgos son poco claras. Un estudio pequeño comparó las imágenes de tomografías computadas de 21 pacientes con anorexia severa con 16 pacientes de control (BMI 18 versus 27 kg/m²). La densidad pulmonar, en base a las imágenes de CT, fue significativamente menor en pacientes con anorexia (0.17 versus 0.22 g/mL para los que se realizaban controles).⁵⁶

A pesar de la evidencia radiográfica del enfisema, los estudios no han notado cambios obstructivos en las pruebas de la función pulmonar en pacientes con

anorexia. Las razones por esta discrepancia entre los hallazgos radiográficos y clínicos no son claras. Se ha sugerido que la reducción de la densidad pulmonar es una consecuencia reversible del hambre (referido como enfisema nutricional), que es clínicamente distinto a la enfermedad pulmonar obstructiva.⁵⁷

Amenorrea: La amenorrea secundaria afecta a más del 90 por ciento de las mujeres con anorexia nerviosa.³³ La amenorrea se origina por los niveles bajos de la hormona estimulante del folículo y la hormona luteinizante. El sangrado por privación con estimulación con progesterona no ocurre debido al estado hipoestrogénico.

La menstruación generalmente vuelve a la normalidad dentro de los seis meses de alcanzar el 90 por ciento del peso corporal ideal.⁵⁸

A. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria han ido evolucionando con los años y cada autor ha propuesto una variación respecto a los anteriores; hoy día se acepta como forma de homogeneizar dichos criterios los reconocidos en el Manual de Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM IV-TR y en CIE-10, que a continuación se relacionan.⁵⁶

Según los criterios del Manual de diagnóstico de enfermedades mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, DSM IV, son reconocidas además:

- ***Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE)*** que se refieren a los casos que presentan síntomas de trastornos alimentarios que no se corresponde con los criterios diagnósticos tradicionales completos de anorexia nerviosa o de bulimia,⁶⁰ por ej. para las mujeres, que todos los criterios de AN se encuentren, excepto que presentes menstruaciones regulares; mujeres con todos los criterios de BN presentes, excepto que la ingesta excesiva y los mecanismos compensatorios

inapropiados ocurran menos de dos veces a la semana o con una duración menor a tres meses; otras conductas como escupir y masticar repetidamente grandes cantidades de comida, sin tragar.¹²

- **Desorden de ingesta excesiva (BED)**, caracterizado por auto ingesta de grandes cantidades de comida en corto tiempo y por falta de control sobre la ingesta durante el episodio.⁶¹

Al menos debe presentar tres de los siguientes hallazgos asociados:

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse confortablemente saciado.
- Ingesta de grandes cantidades sin hambre.
- Comer sólo por vergüenza.
- Disgusto, depresión o culpa por los patrones alimentarios.

Debe presentar una frecuencia de al menos dos veces a la semana, por lo menos por seis meses.¹²

Las entrevistas más utilizadas para el diagnóstico de TCA son las siguientes:

La sección H (para TCA) de la entrevista diagnóstica *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1990) con base en el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) y la *Present State Examination* (PSE). La Eating Disorder Examination (EDE) de Fairburn y Cooper (1993) (Wilson, 1993; Smith, Marcus y Eldredge, 1994; Wilfley, Schawartz, Spurell y Fairburn, 1997).⁶²

Aunque las dos entrevistas se adecuan a criterios diagnósticos definidos por el DSM IV; DSM-TR y CIE-10 y ambas fueron diseñadas para aplicarse por entrevistadores Entrenados no clínicos; existe un acuerdo entre diferentes autores (Williamson, Anderson, Jackman y Jackson, 1995) que la entrevista mejor validada para el diagnóstico de TCA es el EDE (Eating Disorder Examination), basada en dichos criterios.⁶²

El *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994) es una versión escrita y reducida de la entrevista *Eating Disorder Examination* (EDE) de Fairburn y Cooper (1993). Es un cuestionario de autoadministración que consta de 36 preguntas, agrupadas en cuatro subescalas generales: Restricción alimentaria, Preocupación por la comida, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura.⁶³

B. Diagnóstico Diferencial

Hay que descartar patología orgánica y psiquiátrica antes de hacer el diagnóstico de Anorexia o bulimia; es preciso también establecer la diferencia entre estos dos procesos patológicos. Una vez expuestos los criterios para llegar al diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, es necesario que no existan enfermedades de etiología puramente orgánicas o psiquiátricas que pueden retrasar el diagnóstico verdadero.

Entre los cuadros psiquiátricos hay que considerar los trastornos por ansiedad, la fobia al peso, la histeria, la esquizofrenia, los trastornos por adicción y del control de los impulsos. Con cuadros orgánicos, hay que descartar tumores hipotalámicos, tumores del suelo del III ventrículo, la diabetes mellitus, el pan hipopituitarismo, el hipertiroidismo, la enfermedad inflamatoria intestinal, la tuberculosis, y los linfomas, entre otros.⁶³

C. Pronóstico

El pronóstico variará con la respuesta de enfermo, de la familia con su entorno, respecto al equipo terapéutico. Existen factores de bueno y mal pronóstico que se especifican a continuación.⁵⁹

Entre los factores de buen pronóstico de la anorexia nerviosa podemos considerar un alto logro educacional, una edad temprana de comienzo, un buen ajuste educacional, conseguir una mejoría de la imagen corporal después de ganar peso; también es buen pronóstico cuando se trata de anorexia nerviosa restrictiva: si existe un rechazo de la enfermedad, una menor inmadurez psicosocial, una mayor hiperactividad previa, y es

fundamental que exista una dinámica familiar menos alterada antes y durante la fase activa de la anorexia nerviosa.⁵⁹

Son considerados factores de peor pronóstico de la anorexia nerviosa, hacer un diagnóstico “tardío” , tener una mayor edad de comienzo y una distorsión mayor de la imagen corporal, ser anoréxicas vomitadoras o bulímicas, haber padecido previamente obesidad, presentar déficit neurológicos, haber tenido disturbios familiares, el uso o el abuso sistemático de laxantes o diuréticos, la larga duración de la enfermedad, los reingresos frecuentes, el sexo masculino y la existencia de patología psiquiátrica concomitante.⁵⁹

La anorexia nerviosa tiene un buen pronóstico en 71-86% de los casos, pero los estudios de seguimiento muestran que dos tercios de los casos persisten con alguna restricción alimentaria y un tercio mantiene el peso. En un 50% permanece el temor a engordar.⁵⁹

La bulimia nerviosa tiene un buen pronóstico en 60% de los casos y regular en un 30% adicional. El mal pronóstico de la BN se asocia a la presencia de una depresión significativa, drogadicción, a un desorden coexistente o al antecedente de abuso sexual. La mortalidad de esta enfermedad con un tratamiento adecuado es menor del 5%.¹²

D. Prevención

Como medida preventiva para el preadolescente y el adolescente se debería estimular el uso más selectivo de los medios de comunicación social, los que colocan su atención en la imagen corporal, favoreciendo la distorsión de la misma. Se recomienda a los profesionales ayudar a los jóvenes adolescentes a resistir la presión social para conformar los estándares no realistas del auto eficacia, relaciones interpersonales y capacidad de funcionamiento en las dificultades cotidianas.

El manejo terapéutico debería ser concebido con un proceso integral, que involucre simultáneamente la mente, el soma y el espíritu, para favorecer de esta manera las relaciones saludables de las mujeres con su corporalidad y la

alimentación. De esta manera, la profilaxis de los trastornos alimentarios no consiste simplemente en la rehabilitación individual, sino en el cambio de las condiciones sociales que subyacen en su etiología.¹²

Si bien la escuela es el foco principal de la prevención primaria, no es posible, y de hecho no da ningún resultado, analizar el sistema educativo de forma aislada. Es de vital colaboración con la red sanitaria.

Para que un programa psico educativo de resultados positivos, es conveniente motivar a los estudiantes fomentando un espíritu crítico respecto a la alimentación, la cultura de la delgadez, los mensajes publicitarios y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Presentar información sobre éstos últimos no basta, y quizá llame indebidamente la atención sobre los síntomas.

Es también muy importante que dichos programas se mantengan a largo plazo, buscando el modo de seguir siendo novedosos para los alumnos. En caso contrario, dicha información podría favorecer un aumento en la frecuencia de los síntomas, impulsado por una “imitación del síndrome” (Haberlas, 1992).⁶⁵

Esta imitación no es artificial, sino una mera respuesta al mensaje oculto de que “si Presentas los síntomas de un trastorno alimentario es más probable que alguien te dé importancia y escuche tus problemas”.⁶⁵

También hay que ser muy prudentes a la hora de hablar de nutrición. Si los adolescentes reciben esta información junto con datos sobre los trastornos alimentarios, el resultado final tal vez sea potencialmente negativo.⁵⁹

Smolak y cols (1990) diseñaron un programa formativo bien estructurado en respuesta a la escasa efectividad preventiva. Dicho programa sería impartido por profesores en el marco escolar abordando temas relacionados con la nutrición, la grasa corporal y las dietas, las actitudes respecto a las personas obesas y al propio cuerpo y los tipos de comportamiento en relación con el

adelgazamiento, el consumo de alimentos saludables y la práctica adecuada de ejercicio físico.

La aplicación de éste programa a 222 niños en escuelas públicas americanas supuso un incremento demostrable de los conocimientos de los alumnos sobre los temas tratados, pero no se modificaron las conductas, los patrones de alimentación y de ejercicio físico, ni la tendencia a la burla hacia los compañeros obesos.⁶⁶

En otro estudio longitudinal dirigida a evaluar un programa de intervención preventiva sobre actitudes respecto a la alimentación y el propio cuerpo en una muestra de escolares italianas, se comprobó que entre las chicas consideradas de alto riesgo el programa evaluado no producía modificaciones significativas respecto al grupo control, sin embargo en las de bajo riesgo reducía claramente la insatisfacción con el propio cuerpo y la posibilidad de desarrollar actitudes bulímicas. Los autores concluyeron que la información adecuada sobre los TCA no era lo bastante eficaz en las personas de alto riesgo, recomendando en esos casos intervenciones más intensas.⁶⁵

Así pues, parece que las actuaciones de carácter educativo en el marco escolar no obtienen los resultados perseguidos. El error más importante cometido hasta ahora en los programas de prevención primaria ha sido proporcionar información sobre los comportamientos negativos de la enfermedad, ya que producen efectos iatrogénicos y aumentan el número de personas que, al conocerlos, realizan las conductas mostradas.

Es igualmente erróneo utilizar un mismo programa de prevención para todos los alumnos, sin considerar su edad y momento evolutivo, al mismo tiempo, las escasas intervenciones a nivel de educación nutricional realizadas en nuestro país en el ámbito escolar no mantiene una constancia a lo largo del tiempo, hecho que es contrario a un adecuado aprendizaje por parte de los adolescentes de la información proporcionada.⁶⁷

La mayoría de los especialistas comparten la idea de que una adecuada prevención primaria debe tener como principal foco la intervención en el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo, pero ¿qué ocurre con los productos adelgazantes al alcance de cualquier adolescente que entre a una farmacia?. Y con los centros de adelgazamiento y gimnasios donde una dieta es recomendada por licenciados en biología o monitores de aeróbico? Está claro que farmacias y gimnasios son dos lugares clave donde podrían detectarse con rapidez comportamientos de riesgo. La formación y concientización tanto de farmacéuticos como de monitores deportivos es vital para una adecuada prevención.⁶⁵

Otro grupo que debe incluirse como apto para participar en prevención es el de los Médicos de atención primaria. Los trastornos de la Conducta Alimentaria son patologías que generan graves consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales a los afectados y familiares. La detección precoz de comportamientos de riesgo es de vital importancia para evitar el posterior desarrollo de una patología alimentaria.⁶⁶

El deporte supervisado y adecuado para cada edad de desarrollo contribuye a crear formas de vida más sana. Pero es importante que el deporte no sea exclusivamente enfocado como una forma de perder peso. Determinadas actividades, como el ballet y la gimnasia rítmica, se asocian a un elevado riesgo de presentación de TCA en los practicantes, como consecuencia de exigencias ponderales excesivas impuestas de forma tiránica en ocasiones, por entrenadores y monitores.

En éste caso el médico puede:

- Informar sobre los beneficios de la práctica de deportes y de los perjuicios o riesgos que se derivan de la falta de ejercicio, tanto a medio como a largo plazo,
- Llevar a cabo la supervisión médica de los participantes en deportes y actividades de alto riesgo,
- Informar sobre el tipo de ejercicio apropiado y de la forma más adecuada de hacerlo en cada caso particular,

- Enfocar el deporte como una manera de favorecer la interacción social,
- Conocer los motivos por los cuales una persona no quiere hacer deporte, discriminando los casos en los que se debe a un problema de autoestima, de aquellos otros en que se trata de un problema de organización,
- Planificar objetivos a alcanzar que sean realistas y que al mismo tiempo requieran un mínimo de dificultad.⁶⁸

Otro foco donde sería importante intervenir en el marco de prevención primaria serían los medios de comunicación. Numerosos estudios demuestran cómo durante los últimos 20 años, coincidiendo con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación, se ha producido un fuerte incremento en la incidencia de anorexia y bulimia.⁶⁸

Durante los meses de verano, los quioscos y librerías están llenos de revistas y libros con títulos y encabezamientos que te proponen adelgazar gran número de kilos en un corto período de tiempo. No es extraño encontrar al lado de un artículo sobre Trastorno de Conducta Alimentaria el anuncio de un producto adelgazante o una dieta “milagro”. Está claro que esta falta de coherencia no propicia la transmisión de unos valores sanos ni a nivel corporal ni alimenticio.⁶⁸

Una excepción en publicidad la constituye la Campaña *Dove* “Por la belleza”. No sólo defiende en sus anuncios los cuerpos reales sino que ha creado la *Fundación Dove para la autoestima*, destinada a ayudar mujeres a superar los complejos que perjudican su salud, afrontando la belleza desde una nueva perspectiva. Con la ayuda de la *Fundación Dove para la autoestima*, la *Eating Disorders Association (EDA)* ha desarrollado en el Reino Unido un taller llamado *Body Talle*, diseñado para ayudar a los adolescentes a atender y enfrentarse a los sentimientos sobre su apariencia física y para que entiendan cómo son creadas las imágenes “ideales” de belleza⁶⁹

E. Tratamiento

El tratamiento exige la colaboración multidisciplinar, como corresponde a una patología bio psicosocial. Una vez admitida en consulta el equipo de Salud Mental diagnosticará el tipo de trastorno de alimentación y se explorará a la paciente físicamente.

El tratamiento puede realizarse en régimen ambulatorio, en Hospitales de Día o en régimen de Hospitalización. A nivel ambulatorio, en caso de anorexia se le pedirá a la paciente el registro diario de la ingesta, la hiperactividad y el uso de laxantes y diuréticos. Se le prohibirá pesarse y se procederá al registro semanal del peso en la consulta (sin que la paciente pueda acceder al mismo). Se le instaurará tratamiento farmacológico.

En caso de tratarse de una paciente bulímica, se registrará la pérdida de control con atracones (ingesta de cantidades excesivas de comida con gran componente calórico y en muy poco tiempo seguido de grandes sentimientos de culpa) y vómitos, el consumo de tóxicos, la cleptomanía y la promiscuidad. Se le instaurará tratamiento farmacológico (como se detalla más adelante).⁶⁸

Tanto en la anorexia como en la bulimia se explorará la dinámica familiar, su patrón de comportamiento social y su desarrollo laboral y se procederá al apoyo psicoterapéutico. Los trastornos menstruales no deben tratarse. Si desde el punto de vista psiquiátrico, individual, familiar o social, o bien por parte de medicina interna se considera que la paciente precisa ingreso, el tratamiento se realizará en régimen de internamiento a nivel hospitalario.⁶⁸

VII. Hipótesis

Nula: Los antecedentes familiares, la carga académica intensa o la intensidad de prácticas medicas son independientes de la ocurrencia de desordenes alimenticios.

Alternativa: Los antecedentes familiares, la carga académica intensa o la intensidad de prácticas medicas se asocian a la ocurrencia de desordenes alimenticios.

VIII. Operativización de variables

Variables dependientes

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Clasificación de la variable dependiente o independiente	Cualitativa o Cuantitativa	Nominal, ordinal, discreta, continua	Escala de medición nominal, ordinal, intervalo razón
OBESIDAD	Enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa. Almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
BULIMIA	Trastorno de la alimentación de origen neurótico que se caracteriza por períodos en que se come compulsivamente, seguidos de otros de culpabilidad y malestar, con provocación del vómito; se observa generalmente en mujeres jóvenes.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
ANOREXIA	Es un trastorno alimentario que conduce a la pérdida del peso de la persona que lo padece, situación que es provocada por el mismo enfermo.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Clasificación de la variable dependiente o independiente	Cualitativa o Cuantitativa	Nominal, ordinal, discreta, continua	Escala de medición nominal, ordinal, intervalo razón
EDAD	Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón (Número años cumplidos de los estudiantes en estudio)
SEXO	Es el conjunto de características de los individuos de una especie divididos en masculinos y femeninos, que hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal (Femenino, Masculino)
PROCEDENCIA	Lugar de origen de un individuo determinado ya sea por barrio, pueblo, ciudad, región, entidad política, provincia, país o cualquier otro lugar.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR	Entrada económica que recibe las personas del núcleo familiar por algún tipo de actividad realizada y remunerada que hacen durante diferentes periodos de tiempo.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón
JORNADA INTENSIVA DE CLASES	Indicador de un tiempo continuo dedicado al conocimiento, técnicas y saberes más específicos sobre una profesión o una carrera en particular	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón (Jornada clases.)
JORNADA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS	Tiempo dedicado a procedimientos prácticos en los cuales se desarrollan los conocimientos de las diferentes ciencias de la salud aplicados para el bienestar de sus pacientes.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Ordinal (1 hora, 2 horas)

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Clasificación de la variable dependiente o independiente	Cualitativa o Cuantitativa	Nominal, ordinal, discreta, continua	Escala de medición nominal, ordinal, intervalo razón
STRESS	Es un término médico aplicado a los procesos físicos, químicos y psicológicos. Producto de tensiones.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
ANSIEDAD	Es el estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
HIPERTENSION ARTERIAL	La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias, su medida se describe en unidades de presión (por ejemplo, mm de Hg).	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón
GLUCOSA BASAL	Es el análisis en la sangre mide la cantidad de un tipo de azúcar llamado glucosa que se encuentra en la sangre, Los valores de normalidad se sitúan entre los 70 y los 110 mg/ dl de sangre.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Razón

IX. METODOLOGIA

A. Tipo de estudio: Se realizó un estudio analítico de casos y controles.

B. Universo de Estudio

El universo estuvo constituido por los estudiantes de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, inscritos durante el periodo de Abril a Noviembre del 2016.

C. Población objeto de estudio

La población objeto de nuestro estudio estuvo constituido por los estudiantes del sexto año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

D. Unidad objeto de estudio

La unidad objeto de nuestro estudio fueron los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina que presentaron desordenes alimenticios, durante el periodo de estudio.

Caso: Fue todo alumno de sexto año de medicina que presenta cualquiera de las condiciones descritas a continuación:

a. Obesidad: Estudiante cuyo IMC fue igual o superior a 30.

b. Bulimia: Estudiante que tiene episodios de atracones con un sentido de pérdida del control, con seguimiento de una conducta compensatoria de tipo purgativo (vómito auto-inducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos) o el tipo de no-purgativo (Ejercicios excesivos, ayuno, o dietas estrictas), Los atracones y la conducta compensatoria resultante debe presentarse un mínimo de dos veces por semana durante tres meses, Insatisfacción con el cuerpo y el peso.

c. Anorexia: Estudiante con negación de mantener el peso dentro de un rango normal para la talla y la edad (Más del 15 por ciento por debajo del peso corporal ideal), Temor por aumentar de peso, Trastorno grave de la imagen corporal, en el que la imagen del cuerpo es el medidor predominante de la autoestima con negación de la gravedad de la enfermedad.

Control: Estudiante de sexto año que no presenta ninguna de las alteraciones de la alimentación descritas anteriormente en la definición de caso.

E. Tipo y procedimiento de muestreo:

1. Tamaño de la muestra

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatoria simple, utilizando el paquete estadístico OpenEpi, versión en línea 3.01, aplicando una prevalencia de desordenes alimenticios de 6.8%, encontrada en el estudio realizado por Vargas et al, en el año 2014 en la Universidad de Colombia. El universo estuvo conformado por 600 alumnos de sexto año de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; se aplico un precisión de 5% y un efecto de diseño de 1, obteniendo una muestra de casos de 84. Por cada caso se estimo entrevistar a un control, para un total de muestra de 160 estudiantes.

2. Área Geográfica o Ámbito de la Investigación

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) es una de las instituciones públicas de nivel superior del país encargada de la formación de médicos y enfermeras y que está ubicada en la ciudad de Tegucigalpa.

3. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterio de Inclusión:

- Todo alumno que desee participar en el estudio.
- Todo alumno que cumpla los criterios de la definición de caso.
- Todo alumno que no tenga impedimento de respuesta o físicos.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes que no presenten desordenes alimenticios.
- Estudiantes que no quieran participar en el estudio.
- Estudiantes que no estén presentes el día en que se realizará la encuesta.

4. Métodos, Técnicas y Procedimiento:

Se elaboró una encuesta estructurada para registrar datos socio demográfico, del cuadro clínico y de los factores de riesgo. Se realizó

una prueba piloto del cuestionario en la facultad de odontología de la UNAH.

En lo referente a los factores asociados se aplicó un cuestionario para proveer instrumentos comunes que puedan ser usados para obtener datos internacionalmente comparables. La actividad física se valoró mediante un cuestionario.³⁷

El cuestionario tenía cinco secciones, la número cuatro contenía cinco categorías las cuales evaluaron la actividad física del alumno y se desglosó de la siguiente manera: Horas diarias acostadas (horas que permaneció acostado), Horas diarias de actividades sentadas, Número de cuerdas caminadas diariamente, Horas diarias de juegos recreativos al aire libre, y Horas semanales de ejercicios o deportes programados.

Posteriormente se procedió a la toma de la presión arterial con un tensiómetro WelchAllyn[®] y un estetoscopio marca Littmann[®], con una máxima tolerancia de error de más o menos 3 mmHg. Previamente se calibró para garantizar la confiabilidad y repetitividad de las mediciones.

En el caso de más de un registro, se calcularon los promedios de la tensión arterial sistólica y de la diastólica. Estableciendo como presión arterial elevada a aquellos valores de presión sistólica mayor o igual a 130, y de presión diastólica mayor o igual a 85 usando como referencia los valores de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).³⁸ También se tomaron muestras de glicemia con glucómetro digital el cual emitió el resultado al introducir una cinta reactiva adecuada para el glucómetro el cual emitió un resultado de inmediato.

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron: una balanza de pedestal con estadiómetro de la marca BAME[®] con 0.1 cm de precisión, para la toma de peso y talla de cada uno de los alumnos.

Se tomaron las medidas antropométricas mediante el uso de la balanza con Tallímetro anteriormente descrito, se pesó y se midió la estatura del estudiante; con los valores obtenidos se procedió a calcular el índice de masa corporal (IMC) y se clasificó de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS; para adultos el punto de corte para determinar obesidad es de un valor mayor a 30 Kg/m².³⁹

Las encuestas y las mediciones fueron ejecutadas por la investigadora y tres asistentes previamente capacitados para aplicar las encuestas, y la toma de medidas antropométricas (peso y talla e IMC), y se llevó a cabo en las instalaciones del segundo piso del Hospital Escuela Universitario (HEU) sede del estudio.

5. Consideraciones éticas y consentimiento informado:

El presente estudio se basó en principios éticos, apegados a las normas de ética de investigación y a los principios de Helsinki, se protegió la identidad de los estudiantes, ocultando el nombre y aquellas variables que permitieran la identificación de los mismos. Además, el protocolo de investigación fue sometido y aprobado por el comité de bioética de investigación del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ubicado en el barrio La Granja del Municipio del Distrito Central, Francisco Morazán.

A los estudiantes se les solicitó leer y aprobar la hoja del consentimiento informado y una vez enterados los estudiantes aceptó a través de la firma. No implicó ningún tipo de riesgo para la salud de los estudiantes de esta investigación.

F. Plan de análisis de datos

1. Procesamiento de datos

La información obtenida a través de las entrevistas aplicadas y registradas en un cuestionario, fue digitada en una base de datos elaborada en formato Access, en el programa estadístico Epiinfo[®] versión 7.2.

2. Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó en dos etapas. En la etapa descriptiva se aplicaron medidas de frecuencia como tasa, porcentaje, proporción y razón. Medidas de tendencia central como media y moda. Medidas de dispersión como rango y desviación estándar (DE).

En la fase analítica se aplica medidas de asociación como Odds Ratio (OR por sus siglas en inglés), y medidas de significancia estadística como Intervalos de Confianza de 95% (IC95%).

X. Resultados

Se entrevistaron 150 estudiantes de sexto año de medicina, 78 coincidían con la definición de caso de desordenes alimenticios, para una prevalencia general de 52.0%. Entre los alumnos con desordenes alimenticios, 53 fueron clasificados con obesidad, 21 con anorexia y 4 con bulimia. Las prevalencias calculadas fueron: Obesidad 68.8%, anorexia 26.0% y bulimia de 5.2%, cada una respectivamente.

Fase descriptiva

En esta primera fase haremos una descripción por cada uno de las categorías de desordenes alimenticios: Obesidad, Anorexia y Bulimia.

Obesidad

Cuadro 1. Descripción de edad de los estudiantes con obesidad. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Medida Tendencia Central	General n= 53	Hombres n= 22	Mujeres n= 31
Edad Mínima	24	24	24
Edad Máxima	30	30	30
Media	24.34	24.66	25.1
Mediana	25.0	23.5	25.0
Moda	24.0	24.0	25.0
Desviación estándar	2.37	2.53	2.19

La edad media del grupo general de obesos fue de 25.1 años, en un rango de 9 años con una DE \pm 2.19 años, datos que son similares al grupo de los hombres obesos, con una media de 24.66 años y una DE de \pm 2.53 años.

Sin embargo, el grupo de mujeres presentan una distribución normal, con una desviación estándar de la media, más baja en relación al grupo general y a los hombres. (Ver cuadro 1)

Cuadro 2. Edad por sexo de estudiantes con obesidad. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
21– 22	5	62.50	3	37.50	8	15.09
23 – 24	10	55.56	8	44.44	18	33.96
25 – 26	3	20.00	12	80.00	15	28.30
27 – 28	2	25.00	6	75.00	8	15.09
29 – 30	2	50.00	2	50.00	4	7.55
Total	22		31		53	100.00

El 33.96% (18) de los alumnos con obesidad, tiene edades entre 23 y 24 años, de los cuales, el 55.56% (10) son hombres. El grupo de edad menos afectado con obesidad fue el de 29 a 30 años, con un 7.55% (4), y sin preferencia de sexo. (Ver cuadro 2)

Cuadro 3. Estado civil de los estudiantes con obesidad según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Estado civil	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casado	1	33.33	2	66.67	3	5.66
Soltero	21	42.00	29	58.00	50	94.34
Total	22		31		53	100.00

El 94.34% (50) de los alumnos obesos, son solteros, de los cuales, e 58.00% (29) son mujeres. (Ver cuadro 3)

Cuadro 4. Glucosa basal en estudiantes con obesidad según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Glucosa Basal mg/dl	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
80.00 – 105.75	12	34.29	23	65.71	35	66.04
105.76 – 131.51	7	53.85	6	46.15	13	24.53
131.52 – 157.27	3	75.00	1	25.00	4	7.55
157.28 – 183.02	0	0.00	1	100.00	1	1.89
Total	22	100.0	31	100	53	100.0

El 66.04% (35) de los alumnos obesos, presentaron niveles de glucosa basal en el rango de 80.0-105.7 mg/dl, de los cuales, el 65.71% (23) son mujeres. El 9.43% (5) presentaron niveles entre los rangos de 131.5 – 183.02 mg/dl, de los cuales, el 60.00% (3) son hombres. (Ver cuadro 4)

Cuadro 5. Ingreso familiar en estudiantes con obesidad según sexo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Ingreso familiar	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
4,000 – 28,000	13	33.33	26	66.67	39	73.58
28,001 – 52,000	6	60.00	4	40.00	10	18.87
52,001 – 76,000	2	66.67	1	33.33	3	5.66
76,001 – 100,000	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00

Entre los estudiantes con obesidad, el 73.58% (39) proceden de hogares donde el ingreso familiar se encuentra entre Lps. 4,000 a Lps. 28,000, y de los cuales, el 66.67% (26) son mujeres. En el 1.89% (1) de los estudiantes con obesidad proceden de hogares donde el ingreso familiar está entre Lps. 76,001 a Lps. 100,000. (Ver cuadro 5)

Cuadro 6. Carga académica de los estudiantes con obesidad en el presente semestre según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Pregunta	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Cursando < 3 clases	9	50.0	9	50.0	18	33.9
Cursando 4 – 5 clases	6	27.3	16	72.8	22	41.5
Cursando > 6 clases	7	53.9	6	46.2	13	24.5
Total	22		31		53	100.0

Del total de estudiantes con obesidad el 41.51% (22) estaban cursando de cuatro a cinco clases en este semestre, de los cuales el 72.73% (16) son mujeres. El 33.96% (18) estaban cursando menos de tres clases en el semestre, de los cuales, el 50.00% (9) son hombres y mujeres, cada uno, respectivamente. (Ver cuadro 6)

Cuadro 7. Número de prácticas clínicas están cursando los estudiantes con obesidad en el presente semestre según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Número de prácticas clínicas cursando	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 3 prácticas	9	37.50	15	62.50	24	45.28
4 – 5 prácticas	6	37.50	10	62.50	16	30.19
> 6 prácticas	7	53.85	6	46.15	13	24.53
Total	22		31		53	100.00

Del total de estudiantes con obesidad, el 45.28% (24) estaban cursando menos de tres prácticas clínicas en este semestre, de los cuales el 62.50% (10) son mujeres. El 24.53% (13) estaban cursando más de seis prácticas clínicas en el semestre, de los cuales, el 53.85% (7) son hombres. (Ver cuadro 7)

Cuadro 8. Intensidad del horario de clases que están cursando los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horario de clases intensivo	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	14	36.84	24	63.16	38	71.70
No	8	53.33	7	46.67	15	28.30
Total	22		31		53	100.00

El 71.7% (38) de los alumnos con obesidad, consideraron que su horario de clases era intensivo, de los cuales, 63.16% (24) son mujeres. (Ver cuadro 8)

Cuadro 9. Número de clases aprobadas por los estudiantes con obesidad en el semestre anterior, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Clases aprobadas el semestre anterior	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
1 – 3 clase	8	34.78	15	65.22	23	43.40
4 – 6 clases	14	46.67	16	53.33	30	56.60
Total	22		31		53	100.00

El 56.60% (30) de los estudiantes obesos, aprobaron de cuatro a seis clases en el semestre anterior, de las cuales, el 53.33 (16) son mujeres. (Ver cuadro 9)

Cuadro 10. Sensación de presión de los estudiantes con obesidad al cursar más de cuatro clases con prácticas clínicas, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Cuatro o más clases con prácticas clínicas	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	19	41.30	27	58.70	46	86.79
No	3	42.86	4	57.14	7	13.21
Total	22		31		53	100.00

Entre los estudiantes con obesidad, el 86.79% (46) sienten mucha presión cuando lleva cuatro o más clases con prácticas clínicas, de los cuales, el 58.70% (27) son mujeres. (Ver cuadro 10)

Cuadro 11. Horas diarias de estar acostado, reportadas por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas diarias acostado	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Durmiendo en la noche						
3 - 4 horas	2	25.00	6	75.00	8	15.09
5 - 6 horas	16	42.11	22	57.89	38	71.70
7 - 8 horas	4	57.14	3	42.86	7	13.21
Total	22		31		53	100.00
Tomando siesta en el día						
Menos de 1 hora	11	33.33	22	66.67	33	62.26
1 - 3 horas	10	55.56	8	44.44	18	33.96
> 4 horas	1	50.00	1	50.00	2	3.77
Total	22		31		53	100.00
Viendo televisión						
0 horas	9	42.86	12	57.14	21	39.62
1 horas	3	27.27	8	72.73	11	20.75
2 horas	7	43.75	9	56.25	16	30.19
3 horas	3	60.00	2	40.00	5	9.43
Total	22		31		53	100.00

El 71.70% (38) de los estudiantes con obesidad, reportaron dormir entre cinco y seis horas diarias, de los cuales, el 57.89% (22) son mujeres. El 13.21% (7) reportaron dormir en siete y ocho horas diarias, de los cuales, el 57.14 son hombres. (Ver cuadro 11)

En relación a horas de siesta, el 62.26% (33) reportaron dormir menos de una hora de siesta al día, de los cuales, el 66.67% (22) son mujeres. El 3.77% (2) reportaron dormir más de cuatro horas diarias de siesta, sin diferencia de sexo. (Ver cuadro 11)

Sobre la pregunta de horas ante la televisión, el 39.62% (21) reportaron observar televisión menos de una hora al día, de los cuales, el 57.14% (12) son mujeres. El 30.19% (16) reportaron observar televisión hasta dos hora al día, de los cuales, el 56.25% (9) son mujeres. (Ver cuadro 11)

Cuadro 12. Tipo de actividad diaria estando sentado, reportadas por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas de actividad	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
En Clase						
0 - 3 horas	1	20.00	4	80.00	5	9.43
4 - 7 horas	12	42.86	16	57.14	28	52.83
8 - 10 horas	9	47.37	10	52.63	19	35.85
> 11 horas	0	0.00	1	100.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00
Tareas universitarias						
0 - 3 horas	15	57.69	11	42.31	26	49.06
4 - 7 horas	7	28.00	18	72.00	25	47.17
> 8 horas	0	0.00	2	100.00	2	3.77
Total	22		31		53	100.00
En comidas						
< 1 horas	8	42.11	11	57.89	19	35.85
2 - 4 horas	13	41.94	18	58.06	31	58.49
> 5 horas	1	33.33	2	66.67	3	5.66
Total	22		31		53	100.00
En transporte						
< 1 horas	0	0.00	1	100.00	1	1.89
1 - 3 horas	22	44.00	28	56.00	50	94.34
> 4 horas	0	0.00	2	100.00	2	3.77
Total	22		31		53	100.00
Televisión más computadora						
0 - 2 horas	16	45.71	19	54.29	35	66.04
3 - 4 horas	5	41.67	7	58.33	12	22.64
> 5 horas	1	16.67	5	83.33	6	11.32
Total	22		31		53	100.00

En relación a las horas actividad diaria permaneciendo sentado, entre los que estuvieron en clase, el 52.83% (28) reportaron que estuvieron de cuatro a siete

horas sentados en clases, de los cuales, el 57.14% (16) fueron mujeres. (Ver cuadro 12)

En cuanto al tiempo invertido en hacer las tareas universitarias, el 49.06% (26) estuvieron menos de tres horas realizando está actividad, de los cuales, el 57.69% (15) son hombres. Además, el 47.17% (25) invirtieron de cuatro a siete horas haciendo las tareas, de los cuales, el 72.00 (18) son mujeres. (Ver cuadro 12)

Ante la pregunta sobre el tiempo de horas invertidos en consumir alimentos, el 58.49% (31) lo hicieron en dos a cuatro horas, de los cuales, el 58.06% (18) fueron mujeres. (Ver cuadro 12)

En relación a las horas utilizadas en movilizarse en transporte, 94.34% (50) reportaron que lo hicieron entre una y tres horas, de los cuales, el 56.00% (28) fueron mujeres. (Ver cuadro 12)

En cuanto al tiempo invertido en estar ante la televisión o la computadora, el 66.04% (35) estuvieron menos de dos horas realizando está actividad, de los cuales, el 54.29% (19) son mujeres. Además, el 11.32% (6) invirtieron más de cinco horas ante está actividad, de los cuales, el 83.33% (5) son mujeres. (Ver cuadro 12)

Cuadro 13. Número de cuadras caminadas diariamente, reportadas por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Cuadras caminadas diariamente	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
0 – 2 cuadras	10	40.00	15	60.00	25	47.17
3 – 5 cuadras	8	44.44	10	55.56	18	33.96
6 – 8 cuadras	1	16.67	5	83.33	6	11.32
> 9 cuadras	3	75.00	1	25.00	4	7.55
Total	22		31		53	100.00

El 47.17% (25) de los estudiantes caminan aproximadamente menos de dos cuadras diariamente, de los cuales, el 60.00% (15) son mujeres; y el 7.55% (4) de los estudiantes caminan más de nueve cuadras diariamente, de los cuales, el 75.00% (3) son hombres. (Ver cuadro 13)

Cuadro 14. Horas de juegos recreativos al aire libre diarios, reportadas por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas diarias de juegos recreativos al aire libre	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 1 horas	14	34.15	27	65.85	41	77.36
1 hora	6	60.00	4	40.00	10	18.87
2 horas	1	100.00	0	0.00	1	1.89
3 horas	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00

El 77.36% (41) de los estudiantes obesos realizan actividades de juegos recreativos al aire libre, aproximadamente menos de una hora diariamente, de los cuales, el 65.85% (27) son mujeres. (Ver cuadro 14)

Cuadro 15. Horas semanales de ejercicios programados, reportadas por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas semanales de ejercicio o deporte programadas	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
0 - 2 horas	20	41.67	28	58.33	48	90.57
3 - 5 horas	1	25.00	3	75.00	4	7.55
6 y más horas	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00

En relación a la pregunta sobre el número de horas semanales programadas para hacer ejercicio o algún deporte, el 90.57% (48) de los estudiantes obesos realizan aproximadamente menos de dos horas a la semana, de los cuales, el 58.33% (28) son mujeres. (Ver cuadro 15)

Cuadro 16. Horario de alimentación adecuado, reportado por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Está comiendo a las horas adecuadas	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	5	45.45	6	54.55	11	20.75
No	17	40.48	25	59.52	42	79.25
Total	22		31		53	100.00

Ante la consulta sobre estar consumiendo los alimentos a las horas adecuadas, el 79.25% (42) de los estudiantes obesos, respondieron que no lo estaban haciendo, de los cuales, el 59.52% (25) son mujeres. (Ver cuadro 16)

Cuadro 17. Calificación de comida saludable, reportado por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Comida saludable	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	2	22.22	7	77.78	9	16.98
No	20	45.45	24	54.55	44	83.02
Total	22		31		53	100.00

Ante la consulta sobre la consideración de estar consumiendo alimentos saludables, el 83.02% (44) de los estudiantes obesos, respondieron que no la consideraban saludable, de los cuales, el 54.55% (24) son mujeres. (Ver cuadro 17)

Cuadro 18. Consumo de comidas rápidas regularmente, reportado por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Consumo de comidas rápidas regularmente	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	17	50.00	17	50.00	34	64.15
No	5	26.32	14	73.68	19	35.85
Total	22		31		53	100.00

Cuando se consulto sobre el consumo de comidas rápidas de manera regular, el 64.15% (34) de los estudiantes obesos, respondieron que sí la han estado consumiendo de manera regular, de los cuales, el 50.00% (17) son hombres y mujeres cada uno, respectivamente. (Ver cuadro 18)

Cuadro 19. Sensación de angustia ante el aumento de peso, reportado por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Se angustia cuando comprueba que ha aumentado de peso	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	13	39.39	20	60.61	33	62.3
No	9	45.00	11	55.00	20	37.7
Total	22		31		53	100

Cuando se consulto sobre el sentimiento de angustia al comprobar que ha aumentado de peso, el 62.30% (33) de los estudiantes obesos, respondieron que sí han sentido la sensación de angustia, de los cuales, el 60.61% (20) son mujeres. (Ver cuadro 19)

Cuadro 20. Sensación de haber perdido el control sobre el consumo de alimentos reportado por los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Ha perdido el control sobre lo que come	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	10	37.04	17	62.96	27	50.9
No	12	46.15	14	53.85	26	49.1
Total	22		31		53	100

Ante la consulta sobre haber perdido el control sobre el consume de comida, el 50.90% (27) de los estudiantes obesos, respondieron que sí sienten que han perdido el control sobre la ingesta de comida que consumen, de los cuales, el 62.96% (17) son mujeres. (Ver cuadro 20)

Cuadro 21. Peso de los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Peso	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
44 - 78	7	23.33	23	76.67	30	56.60
79 - 113	14	63.64	8	36.36	22	41.51
≥ 114	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00

El 56.60% (30) de los estudiantes obesos, tienen un peso en el rango de 44 a 78 kilos, de los cuales, el 76.67% (23) son mujeres. El 41.51% (22) tienen un peso en el rango de 79 a 113 kilos, de los cuales, el 63.64% (14) son hombres. (Ver cuadro 21)

Cuadro 22. Departamento de procedencia de los estudiantes con obesidad, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Departamento	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
Atlántida	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Choluteca	0	0.00	2	100.00	2	3.77
Comayagua	0	0.00	2	100.00	2	3.77
Copán	1	50.00	1	50.00	2	3.77
El Paraíso	2	50.00	2	50.00	4	7.55
Francisco Morazán	9	40.91	13	59.09	22	41.51
Gracias Lempira	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Intibucá	2	50.00	2	50.00	4	7.55
La Paz	0	0.00	1	100.00	1	1.89
Ocotepeque	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Olancho	2	40.00	3	60.00	5	9.43
Santa Bárbara	2	50.00	2	50.00	4	7.55
Valle	1	33.33	2	66.67	3	5.66
Nicaragua	0	0.00	1	100.00	1	1.89
Total	22		31		53	100.00

El 41.51% (22) de los estudiantes obesos, proceden de Francisco Morazán, de los cuales, el 59.09% (13) son mujeres. El 9.43% (5) proceden del departamento de Olancho, de los cuales, el 60.00% (3) son mujeres. (Ver cuadro 22)

Cuadro 23. Clasificación de la obesidad según Índice de Masa Corporal, por sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Índice de Masa Corporal*	Grado de Obesidad*	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		No.	%
		No.	%	No.	%		
30.0 a 34.9	Grado I / Leve	4	40.00	6	60.00	10	18.87
35.0 a 39.9	Grado II / Media	14	37.84	23	62.16	37	69.81
≥ 40.0	Grado III / Mórbida	4	66.67	2	33.33	6	11.32
	Total	22		31		53	100

* Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación de Índice de Masa Corporal (IMC) y Obesidad. Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

El 69.81% (37) de los estudiantes obesos, son clasificados como obesidad Grado II o media, de los cuales, el 62.16% (23) son mujeres. El 11.32% (6) se clasifican como obesidad Grado III o mórbida, de los cuales, el 66.67% (4) son hombres. (Ver cuadro 23)

Cuadro 24. Factores de riesgo identificados en alumnos con obesidad según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Factores de riesgo	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
Carga académica extenuante	15	35.71	27	64.29	42	79.25
Horario de clase intensivo	14	36.84	24	63.16	38	71.70
Prácticas clínicas intensivas						
< 3	9	37.50	15	62.50	24	45.28
4 - 5	6	37.50	10	62.50	16	30.19
> 6	7	53.85	6	46.15	13	24.53
Horas diarias acostado						
3 – 4 horas	2	25.00	6	75.00	8	15.09
5 – 6 horas	16	42.11	22	57.89	38	71.70
7 – 8 horas	4	57.14	3	42.86	7	13.21
Número de cuadras caminadas al día						
0 – 3 cuadras	13	39.39	20	60.61	33	62.26
4 – 7 cuadras	5	41.67	7	58.33	12	22.64
8 – 10 cuadras	4	50.00	4	50.00	8	15.09
Horas al día de juegos recreativos						
≤ 1 hora	20	42.55	27	57.45	47	88.68
2 horas	1	20.00	4	80.00	5	9.43
3 horas	1	100.00	0	0.00	1	1.89
Horas semanales de ejercicio / deporte						
≤ 1 hora	17	37.78	28	62.22	45	84.91
2 – 3 horas	3	50.00	3	50.00	6	11.32
4 – 6 horas	2	100.00	0	0.00	2	3.77

Entre los factores de riesgo evaluados, la carga académica extenuante fue identificada por el 79.25% (42) de los alumnos obesos, de los cuales, el 64.29% (27) son mujeres.

El 45.28% (24) de los obesos encuestados, reportaron llevar en el presente trimestre, menos de tres prácticas clínicas intensivas, de las cuales, el 62.50% (15) son mujeres.

En referencia a la cantidad de horas diarias que las personas clasificadas como obesos pasan acostados, el 71.70% (38) lo hacen durante 5 a 6 horas diarias, de los cuales, el 57.89% (22) son mujeres.

El 62.26% (33) de los alumnos obesos, reportaron caminar menos de tres cuadras al día en un día normal, de los cuales, el 60.61 (20) son mujeres.

En relación al número de horas diarias invertidas en actividades o juegos recreativos, el 88.68% (47) invierten menos de una hora, de los cuales, el 57.45% (27) son mujeres.

En relación al número de horas semanales invertidas en actividades o ejercicios programados, el 84.91% (45) invierten menos de una hora, de los cuales, el 62.22% (28) son mujeres.

Anorexia

Cuadro 25. Descripción de edad de los estudiantes con anorexia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Medidas de Tendencia Central	General n= 21	Hombres n= 8	Mujeres n= 13
Mínima	24.00	24.00	25.00
Máxima	29.00	29.00	27.00
Media	25.47	24.71	25.85
Mediana	26.00	25.00	26.00
Moda	26.00	23.00	26.00
Desviación Estándar	1.91	1.70	1.95

La edad media del grupo general de anoréxicos fue de 25.47 años, en un rango de 7 años con una DE \pm 1.91 años, datos que son similares al grupo de las mujeres anoréxicas, con una media de 25.85 años y una DE de \pm 1.95 años.

Sin embargo, el grupo de mujeres presentan una distribución normal, con una desviación estándar de la media, más alta en relación al grupo general y a los hombres, lo que permite apreciar una distribución más amplia. (Ver cuadro 25)

Cuadro 26. Edad de los estudiantes con anorexia según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
22 - 23	1	20.00	4	80.00	5	23.81
24 - 25	4	57.14	3	42.86	7	33.33
26 - 27	3	37.50	5	62.50	8	38.10
28 - 29	0	0.00	1	100.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00

El 38.10% (8) de los alumnos con anorexia, tiene edades entre 26 y 27 años, de los cuales, el 62.50% (5) son mujeres. El grupo de edad menos afectado con anorexia es el de 28 a 29 años, con un 100.00% (1), correspondiente a las mujeres. (Ver cuadro 26)

Cuadro 27. Estado civil de los estudiantes con anorexia según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Estado civil	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casado	0	0.00	1	100	1	4.76
Soltero	8	42.11	11	57.89	19	90.48
Unión Libre	0	0.00	1	100.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00

El 90.48% (19) de los alumnos anoréxicos, son solteros, de los cuales, e 57.89% (11) son mujeres. (Ver cuadro 27)

Cuadro 28. Carga académica de los estudiantes con anorexia en el presente semestre según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Número de clases	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 3 clases	4	28.57	10	71.43	14	66.67
4 – 5 clases	0	0.00	0	0.00	0	0.00
> 6 clases	4	57.14	3	42.86	7	33.33
Total	8		13		21	100.00

Entre los estudiantes con anorexia, el 66.67% (14) estaban cursando menos de tres clases en este semestre, de los cuales el 71.43% (10) son mujeres. El 33.33% (7) estaban cursando más de seis clases en el semestre, de los cuales, el 57.14% (4) son hombres. (Ver cuadro 28)

Cuadro 29. Número de prácticas clínicas que están ejerciendo los estudiantes con anorexia en el actual semestre según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Número de prácticas clínicas	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 3 prácticas	6	46.15	7	53.85	13	61.90
4 – 5 prácticas	1	20.00	4	80.00	5	23.81
> 6 prácticas	1	33.33	2	66.67	3	14.29
Total	8		13		21	100.00

Del total de estudiantes con anorexia, el 61.90% (13) estaban cursando menos de tres prácticas clínicas en este semestre, de los cuales el 53.85% (7) son mujeres. El 14.29% (3) estaban cursando más de seis prácticas clínicas en el semestre, de los cuales, el 66.67% (7) son mujeres. (Ver cuadro 29)

Cuadro 30. Intensidad del horario de clases de los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horario de clases intensivo	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	4	28.57	10	71.43	14	66.67
No	4	57.14	3	42.86	7	33.33
Total	8		13		21	100.00

El 66.67% (14) de los alumnos con anorexia, consideraron que su horario de clases es intensivo, de los cuales, 71.43% (10) son mujeres. (Ver cuadro 30)

Cuadro 31. Sensación de presión emocional de los estudiantes con anorexia, al cursar más de cuatro clases con prácticas clínicas, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Sensación de presión emocional con cuatro o más clases con prácticas clínicas	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
Si	7	38.89	11	61.11	18	85.71
No	1	33.33	2	66.67	3	14.29
Total	8		13		21	100.00

Entre los estudiantes con anorexia, el 85.71% (18) sienten mucha presión cuando cursan cuatro o más clases con prácticas clínicas, de los cuales, el 61.11% (11) son mujeres. (Ver cuadro 31)

Cuadro 32. Horas diarias de estar acostado, reportadas por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas diarias acostado	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Durmiendo en la noche						
3 - 4 horas	0	0.00	3	100.00	3	14.29
5 - 6 horas	7	43.75	9	56.25	16	76.19
7 - 8 horas	1	50.00	1	50.00	2	9.52
Total	8		13		21	100.00
Tomando siesta en el día						
Menos de 1 hora	4	28.57	10	71.43	14	66.67
1 - 3 horas	4	57.14	3	42.86	7	33.33
> 4 horas	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	8		13		21	100.00
Viendo televisión						
0 horas	1	33.33	2	66.67	3	14.29
1 horas	3	27.27	8	72.73	11	52.38
2 horas	2	50.00	2	50.00	4	19.05
3 horas	2	66.67	1	33.33	3	14.29
Total	8		13		21	100.00

El 76.19% (16) de los estudiantes con anorexia, reportaron dormir entre cinco y seis horas diarias, de los cuales, el 56.25% (9) son mujeres. El 9.52% (2) reportaron dormir en siete y ocho horas diarias, de los cuales, el 50.00 corresponden a ambos sexos. (Ver cuadro 32)

En relación al número de horas de siesta, el 66.67% (14) reportaron dormir menos de una hora de siesta al día, de los cuales, el 71.43% (10) son mujeres. (Ver cuadro 32)

Sobre la pregunta del número de horas ante la televisión, el 52.38% (11) reportaron observar televisión hasta una hora al día, de los cuales, el 72.73% (8) son mujeres. El 14.29% (3) reportaron observar televisión hasta tres hora al día, de los cuales, el 66.67% (2) son hombres. (Ver cuadro 32)

Cuadro 33. Horas de actividad diaria estando sentado, reportadas por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas sentado	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
En Clase						
0 - 3 horas	2	66.67	1	33.33	3	14.29
4 - 7 horas	4	36.36	7	63.64	11	52.38
8 - 10 horas	2	33.33	4	66.67	6	28.57
> 11 horas	0	0.00	1	100.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00
Haciendo tareas universitarias						
0 - 3 horas	3	30.00	7	70.00	10	47.62
4 - 7 horas	5	55.56	4	44.44	9	42.86
> 8 horas	0	0.00	2	100.00	2	9.52
Total	8		13		21	100.00
En comidas						
< 1 horas	4	30.77	9	69.23	13	61.90
2 - 4 horas	4	50.00	4	50.00	8	38.10
> 5 horas	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	8		13		21	100.00
En transporte						
< 1 horas	0	0.00	0	0.00	0	0.00
1 - 3 horas	8	38.10	13	61.90	21	100.00
> 4 horas	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	8		13		21	100.00
Observando televisión y computadora						
0 - 2 horas	5	38.46	8	61.54	13	61.90
3 - 4 horas	2	28.57	5	71.43	7	33.33
> 5 horas	1	100.00	0	0.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00

En relación a las horas actividad diaria permaneciendo sentado, entre los que estuvieron en clase, el 52.38% (11) reportaron que estuvieron de cuatro a siete horas sentados en clases, de los cuales, el 63.64% (7) fueron mujeres. (Ver cuadro 33)

En cuanto al tiempo invertido en hacer las tareas universitarias, el 47.62% (10) estuvieron menos de tres horas realizando esta actividad, de los cuales, el 70.00% (7) son mujeres. Además, el 42.86% (9) invirtieron de cuatro a siete horas haciendo las tareas, de los cuales, el 55.56% (18) son hombres. (Ver cuadro 33)

Ante la pregunta sobre el tiempo de horas invertidos en consumir alimentos, el 61.90% (13) lo hicieron en menos de una hora, de los cuales, el 69.23% (9) son mujeres. (Ver cuadro 33)

En relación a las horas utilizadas en movilizarse en transporte, 100.00% (21) reportaron que utilizaron entre una y tres horas para movilizarse, de los cuales, el 61.90% (13) fueron mujeres. (Ver cuadro 33)

En cuanto al tiempo invertido en estar ante la televisión o la computadora, el 61.90% (13) estuvieron menos de dos horas realizando está actividad, de los cuales, el 61.54% (8) son mujeres. Además, el 4.76% (1) invirtieron más de cinco horas ante está actividad, de los cuales, el 100.00% (1) son hombres. (Ver cuadro 33)

Cuadro 34. Número de cuadras caminadas diariamente, reportadas por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Número de cuadras	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
0 – 2 cuadras	3	33.33	6	66.67	9	42.86
3 – 5 cuadras	3	33.33	6	66.67	9	42.86
6 – 8 cuadras	1	50.00	1	50.00	2	9.52
> 9 cuadras	1	100.00	0	0.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00

El 42.86% (9) de los estudiantes anorexia, caminan menos de dos cuadras, y entre tres y cinco cuadras diariamente, de los cuales, el 66.67% (6) son mujeres cada uno, respectivamente; el 4.76% (1) de los estudiantes, caminan más de nueve cuadras diariamente, correspondiendo en el 100.00% (3) es hombre. (Ver cuadro 34)

Cuadro 35. Horas diarias de juegos recreativos, reportadas por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas de juegos	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 1 hora	2	16.67	10	83.33	12	57.14
1 horas	3	50.00	3	50.00	6	28.57
2 hora	1	100.00	0	0.00	1	4.76
3 hora	2	100.00	0	0.00	2	9.52
Total	8		13		21	100.00

El 57.14% (12) de los estudiantes anoréxicos, realizan juegos recreativos al aire libre, de los cuales, el 83.33% (10) son mujeres; el 4.76% (1) de los estudiantes juegan recreativamente al aire libre dos horas diariamente, correspondiendo el 100.00% (1) a hombre. (Ver cuadro 35)

Cuadro 36. Horas semanales de ejercicios programados, reportadas por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Horas semanales de ejercicio o deporte	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
0 – 2 horas	6	35.29	11	64.71	17	80.95
3 – 5 horas	2	66.67	1	33.33	3	14.29
6 y más horas	0	0.00	1	100.00	1	4.76
Total	8		13		21	100.00

En relación a la pregunta sobre el número de horas semanales programadas para hacer ejercicio o algún deporte, el 80.95% (17) de los estudiantes anoréxicos realizan aproximadamente menos de dos horas a la semana, de los cuales, el 64.71% (11) son mujeres. (Ver cuadro 36)

Cuadro 37. Horario de alimentación adecuado, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Está comiendo a las horas adecuadas	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	3	100.00	0	0.00	3	14.29
No	5	27.78	13	72.22	18	85.71
Total	8		13		21	100.00

Ante la consulta sobre estar consumiendo los alimentos a las horas adecuadas, el 85.71% (18) de los estudiantes anoréxicos, respondieron que no lo estaban haciendo, de los cuales, el 72.22% (13) son mujeres. (Ver cuadro 37)

Cuadro 38. Control del peso, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Controla el peso	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	4	50.00	4	50.00	8	38.10
No	4	30.77	9	69.23	13	61.90
Total	8		13		21	100.00

Al consultarle a los alumnos anoréxicos sobre si trataban controlar el peso, el 61.90% (13) de los estudiantes respondieron que no lo estaban haciendo, de los cuales, el 69.23% (13) son mujeres. (Ver cuadro 38)

Cuadro 39. Preocupación por aumentar de peso, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Preocupación por aumentar de peso	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	6	40.00	9	60.00	15	71.43
No	2	33.33	4	66.67	6	28.57
Total	8		13		21	100.00

En relación a la preocupación sobre aumentar de peso reportada por los alumnos anoréxicos, el 71.43% (15) respondieron que sí estaban preocupados, de los cuales, el 60.00% (9) son mujeres. (Ver cuadro 39)

Cuadro 40. Vómito después de comer para bajar de peso, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Ha vomitado después de comer	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	1	100.00	0	0.00	1	4.76
No	7	35.00	13	65.00	20	95.24
Total	8		13		21	100.00

En relación a la sobre vomitar después de comer para tratar de bajar de peso reportada por los alumnos anoréxicos, el 4.76% (1) respondieron que sí se provocaba el vómito, de los cuales, el 100.00% (1) es hombre. (Ver cuadro 40)

Cuadro 41. Ayuno por más de 12 horas para bajar de peso, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Ha hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	1	33.33	2	66.67	3	14.29
No	7	38.89	11	61.11	18	85.71
Total	8		13		21	100.00

Al consultar a los alumnos anoréxicos sobre hacer ayunos por más de 12 horas para tratar de bajar de peso, el 85.71% (18) respondieron que sí hacen ayunos, de los cuales, el 61.11% (11) son mujeres. (Ver cuadro 41)

Cuadro 42. Dietas para bajar de peso, reportado por los estudiantes con anorexia, según sexo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Ha hecho dietas para tratar de bajar de peso	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	2	33.33	4	66.67	6	28.57
No	6	40.00	9	60.00	15	71.43
Total	8		13		21	100.00

Al consultar a los alumnos anoréxicos sobre hacer dietas para tratar de bajar de peso, el 71.43% (15) respondieron que sí hacen dietas, de los cuales, el 60.00% (9) son mujeres. (Ver cuadro 42)

Ningún alumno anoréxico reporto tomar pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso.

Bulimia

Se clasificaron cuatro estudiantes con bulimia, de los cuales, el 75.00% (3) son mujeres con edad entre 21 y 25 años de edad.

De las tres mujeres, una reside en Comayagua, y dos en el departamento de Yoro, y el hombre reside en Francisco Morazán.

Fase Analítica

Se identificaron 78 casos y 72 controles, cuyas características de edad se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 43. Características de edad de los casos y controles, de los estudiantes con desordenes alimenticios de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Edad	Casos	Controles
Mínima	24	24
Máxima	30	30
Media	25	25
Moda	24	24
Mediana	25	24
Desviación estándar	2.23	2.34

Ambos grupos presentan una distribución normal, establecido a través de la prueba de comparación de medias Anova, con el estadístico T = 0.4314 y Valor $p= 0.6668$.

Los factores de riesgo identificados en los desordenes alimenticios, se presentan a continuación:

Cuadro 44. Factores de riesgo asociados a desordenes alimenticios en estudiantes de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Factores de riesgo	OR	IC95%	P
Preocupación por engordar	4.17	2.06 – 8.41	0.00002
Sentir angustia al pensar subir de peso	3.35	1.72 – 6.56	0.0001
Consumir alimentos con desesperación	3.20	1.26 – 8.12	0.005
Desesperación por no poder eliminar lo consumido	3.11	1.33 – 7.26	0.003
Verse gordo a pesar de la opinión de los demás	2.77	1.37 – 5.60	0.002
Hacer dietas para bajar de peso	2.70	1.32 – 5.52	0.003
Haber perdido el control sobre lo consumido	2.68	1.26 – 5.72	0.005
Más de 5 prácticas clínicas	2.51	1.27 – 5.00	0.004
Tratar de comer alimentos bajos en calorías	2.31	1.12 – 4.73	0.01
Sentirse triste en el semestre	2.19	1.13 – 4.23	0.009
Consumir comidas rápidas regularmente	2.11	1.09 – 4.08	0.01
Trasladarse más de dos horas en transporte	0.46	0.23 – 0.89	0.01
Observar la televisión más de cuatro horas	0.41	0.19 – 0.86	0.008
Tratar de controlar el peso	0.38	0.19 – 0.76	0.003
Realizar tareas más de cuatro horas	0.30	0.13 – 0.71	0.002

En relación a los factores de riesgo asociados estadísticamente a la ocurrencia de desordenes alimenticios, el principal factor fue la preocupación de los alumnos por aumentar de peso, que tuvo un OR= 4.17 con un IC95% (2.06 – 8.41) y un valor de P= 0,00002. Otro factor asociado fue la sensación de angustia causada por la idea de subir de peso, con un OR= 3.35 y un IC95% (1.72 – 6.56) y P= 0.0001.

Respecto a lo relacionado a la ingesta de alimentos, el consumir alimentos con desesperación estuvo asociado con un OR= 3.20 y un IC95% (1.26 – 8.12) y valor de P= 0.005; así como sentir desesperación por no poder eliminar lo consumido, con un OR= 3.11 y un IC95% (1.33 – 7.26) y valor de P= 0.003. Otro factor asociado estadísticamente, fue tratar de comer alimentos bajos en calorías con un OR= 2.31 y un IC95% (1.12 – 4.73) y valor de P= 0.01; y consumir comidas rápidas regularmente, con un OR= 2.11, un IC95% (1.09 – 4.08) y P= 0.01.

Relacionado a la parte mental de los alumnos, los factores asociados estadísticamente fueron verse “gordo” a pesar de la opinión contraria de los demás, con un OR= 2.77, un IC95% (1.37 – 5.60) y P= 0.002; junto a hacer dietas para bajar de peso, con un OR= 2.70 e IC95% (1.32 – 5.52) y P= 0.003; así como haber perdido el control sobre lo que se consume con un OR= 2.68, IC95% (1.26 – 5.72) y P= 0.005. (Ver cuadro 44)

Factores como trasladarse más de dos horas desde sus hogares hasta la facultad de medicina, se asoció estadísticamente como factor protector con un OR= 0.46. IC95% (0.23 – 0.89) y valor de P= 0.01; observar la televisión más de cuatro horas al día, tuvo un OR= 0.41, IC95% (0.19 – 0.86) y valor de P= 0.008. Otro factor protector fue realizar tareas por más de cuatro horas al día, con un OR= 0.30, IC95% (0.13 – 0.71) y valor de P= 0.02. (Ver cuadro 44)

Cuadro 45. Factores de riesgo asociados a obesidad en estudiantes de de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Febrero – abril de 2017

Factores de riesgo	OR	IC95%	P
Haber perdido el control sobre lo consumido	5.67	2.62 – 12.26	0.000003
Consumir alimentos a escondidas	5.57	1.41 – 22.00	0.005
Verse gordo a pesar de la opinión de los demás	4.19	2.04 – 8.59	0.0003
Consumir alimentos con desesperación	4.10	1.71 – 9.82	0.0007
Preocupación por engordar	3.58	1.65 – 7.78	0.0004
Hacer dietas para bajar de peso	2.57	1.26 – 5.21	0.004
Consumir alimentos en exceso	2.52	1.23 – 5.12	0.006
Ha consumido demasiados alimentos y ha tenido sensación de atascamiento	2.10	1.02 – 4.31	0.02
Trasladarse más de dos horas en transporte	0.45	0.23 – 0.89	0.01
Observar la televisión más de cuatro horas	0.44	0.21 – 0.92	0.01
Realizar tareas más de cuatro horas	0.38	0.17 – 0.84	0.009
Tratar de controlar el peso	0.21	0.09 – 0.50	0.00007
Ver televisión y computador más de cuatro horas	0.16	0.03 – 0.85	0.01

Entre los factores de riesgo asociados estadísticamente a la ocurrencia de obesidad, haber perdido el control sobre lo consumido, tuvo un OR= 5.67 con un IC95% (2.62 – 12.26) y un valor de P= 0,000003. Otro factor asociado fue consumir alimentos a escondidas, con un OR= 5.57 y un IC95% (1.41 – 22.00) y P= 0.005.

En relación a la parte mental de los alumnos, la idea de verse “gordo” a pesar de la opinión contraria de los demás, se asoció estadísticamente a la ocurrencia de obesidad con un OR= 4.19, un IC95% (2.04 – 8.59) y P= 0.0003; junto al comportamiento de consumir alimentos con desesperación, con un OR= 4.10 e IC95% (1.71 – 9.82) y P= 0.0007; así como no sentir preocupación por engordar, con un OR= 3.58, IC95% (1.65 – 7.78) y P= 0.0004. (Ver cuadro 45)

Respecto a lo relacionado a la ingesta de alimentos, junto a hacer dietas para bajar de peso, con un OR= 2.57 e IC95% (1.26 – 5.21) y P= 0.004, el consumir alimentos en exceso estuvo asociado estadísticamente con un OR= 2.52 y un IC95% (1.23 – 5.12) y valor de P= 0.006; así como sentir que ha consumido demasiados alimentos y queda con sensación de atascamiento, con un OR= 2.10 y un IC95% (1.02 – 4.31) y valor de P= 0.02.

Factores como trasladarse más de dos horas desde sus hogares hasta la facultad de medicina, se asoció estadísticamente como factor protector con un OR= 0.45. IC95% (0.23 – 0.89) y valor de P= 0.01; observar la televisión más de cuatro horas al día, tuvo un OR= 0.44, IC95% (0.21 – 0.92) y valor de P= 0.01; y realizar tareas por más de cuatro horas al día, con un OR= 0.38, IC95% (0.17 – 0.84) y valor de P= 0.009. Otros factores protectores fueron tratar de controlar el peso con un OR= 0.21, IC95% (0.09 – 0.50) y valor de P= 0.00007, y ver televisión y la pantalla de la computadora simultáneamente más de cuatro horas, se asoció estadísticamente como factor protector, con un OR= 0.16, IC95% (0.03 – 0.85) y valor de P= 0.01. (Ver cuadro 45)

XI. Discusión

Los desordenes alimenticios, especialmente en poblaciones estudiantiles, se está convirtiendo en un gran problema de salud pública. En Honduras, existe poca evidencia científica que refleje la magnitud y los factores de riesgo asociados a su ocurrencia. Uno de estos grandes problemas es la obesidad, que de acuerdo a datos de la OMS, en países como el nuestro, está afectando a poblaciones jóvenes, en edad reproductiva y con ciertos factores de riesgo, como los estilos de vida, los tipos de alimentación y los factores ligados a la actividad diaria de las personas.

La población evaluada se caracterizo por presentar una prevalencia muy alta, considerando la cantidad de alumnos de donde se tomo la muestra, donde más de la mitad de la muestra tiene desordenes alimenticios, de los cuales, seis de cada diez, son obesos. Este dato lo consideramos muy alto, dado que son alumnos universitarios en una carrera dedicada a la salud y donde ellos deberían ser referentes para los pacientes a quienes tratarán en el futuro cercano.

La prevalencia establecida en el presente estudio, es muy superior a lo establecido en España en los años 2012 y 2013 en poblaciones de estudiantes universitarios y que correspondieron a 9.5%⁶⁹ y 11.2%⁷⁰ cada una, respectivamente; y a lo documentado en México en los años 2014 y 2015 en poblaciones de estudiantes universitarios y que correspondieron a 5.9%⁷¹ y 9.84%⁷² cada una, respectivamente; así como a lo documentado por Martínez et al, en Perú en el 2015, con una prevalencia en escolares de 13.9%⁷³ y lo documentado por Domínguez en 2013 en Colombia con 392 universitarios, con una prevalencia de 13.8%.⁷⁴ Sin embargo, la prevalencia del estudio, es casi similar por menos de cuatro puntos porcentuales a lo documentado por Nakandakari et al, en Perú, en el 2012 que fue de 48.6%.⁷⁴

En relación a los grupos de edad más afectados con problemas alimenticios, en el presente estudio, encontramos que los alumnos con edades entre 24 y 25 años fueron los más afectados, ocurriendo en seis de cada diez estudiantes. Estos resultados son mayores a los encontrados por Arrufat Nebot, Francisco Javier, en

España en 2006, donde las más afectadas fueron las mujeres, especialmente en el grupo de 12 a 21 años y que representó una prevalencia de 4.86% de desordenes alimenticios en este grupo de edad.⁷⁵

Uno de cada tres de los alumnos universitarios, tenían niveles de glucosa basal en ayunas arriba de 110 mg/dl. Este dato es similar a lo documentado por Domínguez en 2013 en Colombia con 392 universitarios, donde el 24.7% de los estudiantes tuvieron niveles de glucosa basal de 115 mg/dl.⁷⁴

Hablando sobre los factores de riesgo, en el estudio se estableció que la preocupación por aumentar de peso, tener la sensación de angustia cuando pensaban que podían subir de peso y la sensación de verse obeso a pesar de la opinión de las personas que les rodean, se asociaron estadísticamente a la ocurrencia de desordenes alimenticios.

Estos datos son similares a lo documentado por Ramón Jarne, Francisco Javier, en un estudio con estudiantes universitarios realizado en Granada, España en 2010, donde se estableció que el estado de ansiedad alto se asoció a desordenes alimenticios con un OR= 7.9, (IC95% 1.1 – 52.4) y valor de P= 0.035. En el mismo estudio se estableció que la insatisfacción corporal alta, se asoció estadísticamente a desordenes alimenticios con un OR= 13.6 (IC95% 5.5 – 33.4) y valor P= 0.001. La autoestima alta, fue un factor protector ante la ocurrencia de desordenes alimenticios, con un OR= 0.17 (C95% 0.04 – 0.74) y valor de P= 0.019.⁷⁶

Observar televisión más de cuatro horas, fue un factor protector en el presente estudio, similar a lo establecido en el estudio de Ramón Jarne, Francisco Javier, en un estudio con estudiantes universitarios realizado en Granada, España en 2010, donde se estableció como un factor protector ante la ocurrencia de desordenes alimenticios con un OR= 0.91, (IC95% 0.41 – 2.0) y valor de P= 0.82.⁷⁶

El ambiente «obesogénico» puede tener mayor efecto en las mujeres porque las porciones que ingieren son habitualmente superiores a sus necesidades, ya que

sus requerimientos energéticos son menores que los de los hombres por su fenotipo y su nivel de actividad. Respecto a las consecuencias de la obesidad y del síndrome metabólico, se ha concluido en algunos análisis que las repercusiones psicosociales y económicas negativas de la obesidad, son mayores entre las mujeres.⁷⁹

Esta aseveración nos permite confirmar la hipótesis nula previamente planteada de que no hay relación entre los antecedentes familiares que predispongan al desarrollo de desórdenes alimenticios o trastornos de la conducta alimenticia ya que esta puede ser desencadenada por estrés o ansiedad generada en una determinada situación en la vida de los estudiantes.

En comparación con el estudio realizado a los estudiantes de sexto año de medicina, la actividad física de los estudiantes específicamente de los que presentaron obesidad, el 71.70% (38) duermen de 5 a 6 horas diariamente, el 62.26% (33) toman la siesta por menos una hora diaria, con respecto a las actividades programadas diarias que tuvieron estos estudiantes el 52.83% (28) estuvieron de 4 a 7 horas en clases, en tareas universitarias el 49.06 (26) dedican de 0 a 3 horas diarias

Entre las poblaciones analizadas, los estudiantes de medicina han sido un grupo de especial interés debido a las altas exigencias psicológicas, sociales y académicas que demanda esta carrera. Dentro de los factores académicos estresantes se mencionan la excesiva carga de trabajo, las pruebas de evaluación académica, la incorporación de responsabilidades académicas nuevas y complejas, el autoritarismo docente y las pérdidas académicas, entre otros.^{73, 74}

Sumados a los anteriores, se presentan factores de naturaleza no académica, como la dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera, la falta de apoyo económico, pérdidas afectivas, problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y otras familias, la separación de la familia de origen, menos horas de sueño y la asunción de otras responsabilidades personales.⁷⁴

Está presente aseveración nos permitió rechazar la hipótesis nula ya que si hay una carga académica intensa (cantidad de clases matriculadas en el periodo) que produce ansiedad en los estudiantes y desencadena desórdenes alimenticios o trastornos de la conducta alimenticia.

Los estudiantes que tuvieron obesidad en ese semestre estuvieron cuatro de cada diez, sometidos a una carga académica alta, cursando de 4 a 5 clases, y de estos alumnos de un total de 53 alumnos que presentaron obesidad el 45.28% (24) estuvieron cursando más de tres prácticas clínicas en ese semestre de las cuales el 62.50%(15) están sometidos a una alta sensación de presión en especial los que cursan clases teóricas y prácticas clínicas al mismo tiempo que de estos alumnos el 86.79%(46) se someten a este ritmo de estudio.

Esta aseveración nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la alternativa que nos dice que si hay una relación entre tener muchas o pocas prácticas clínicas médicas ya que estas aumentan el estrés y ansiedad a los alumnos lo que les causa mayor cansancio y sedentarismo que se complica cuando por sus horarios de pasantías con prácticas que les desencadenan desórdenes alimenticios o trastornos de la conducta alimentaria por la irregularidad de horarios y dificultad de horas fijas de alimentación saludable.

No hubo limitaciones para realizar la presente investigación.

XII. Conclusiones

1. Se estableció una prevalencia general de 52.0%, considerada muy alta.
2. Las prevalencias específicas fueron alta para Obesidad 68.8%, moderada para Anorexia 26.0% y baja para Bulimia de 5.2%.
3. La población con desordenes alimenticios tienen una media de edad de 24.34 años \pm DE 2.09 años, siendo los más afectados los estudiantes en edades entre 24 a 25 años, donde ocurrió el 62.26% de los casos.
4. Los factores de riesgo asociados estadísticamente a la ocurrencia de desordenes alimenticios, fueron preocupación por aumentar de peso, tener la sensación de angustia cuando pensaban que podían subir de peso y la sensación de verse obeso a pesar de la opinión de las personas que les rodean, hacer dietas para bajar de peso, haber perdido el control sobre lo que consumen y alteraciones depresivas.
5. Los factores protectores ante la ocurrencia de desordenes alimenticios fueron trasladarse más de dos horas en transporte, observar televisión más de cuatro horas, tratar de controlar el peso y realizar tareas más de cuatro horas diarias.

XIII. Recomendaciones

1. Socializar los resultados con los alumnos y autoridades de la facultad de Medicina para establecer estrategias de alimentación saludable y organizar actividades recreativas con ejercicios de alto y mediano rendimiento.
2. A las autoridades de la facultad de Medicina, para incorporar en las practicas de las actividades académicas, el tema de desordenes alimenticios.
3. A los alumnos, organizarse en grupos de apoyo en colaboración con especialistas de psiquiatría y psicología, junto a especialistas de nutrición, para abordar esta temática a nivel de la población académica y estudiantil.
4. Realizar estudios epidemiológicos donde se aborde más profundamente, sobre los factores y estilos de vida, especialmente aquellos donde los alumnos refieren dificultad para cambiar sus estilos de vida.

XIV. Bibliografía

1. Varela – Moreira G, Gil Hernández A, Martínez de Victoria Muñoz E. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI. Que se puede y debe hacer 2013 (Cita 2014 nov 29) A viable from HTTP// DIGibug. Ugr.es / handle/ 10481/30513
2. Lozada M, Machado S, Manrique M, Martínez Suarez O, Guevara H. Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en adolescentes Gas Med Caracas .2008; 116 (4): 323 -9.
3. Martínez S Romero P, Jordi Ferri, Pedro T, Real J. Art Perímetro de cintura y Factores de Riesgo Cardiovascular. Revista Española de Obesidad (Internet) 2008 (cita 2014 Nov 29); (2) Disponible en:
<http://www.scribd.com/doc/224723112/Art-Perimetro-de-cintura-y-Factores-de-Riesgo-cardiovascular>
4. Rubio LB, Martin RS, Gonzales RI. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Asociación (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica. 2014; 05(2):1-24.
5. Salas – Salvado J Rubio MA, Baban y M, Moreno B. Consenso Seedo 2007 para la evolución del Sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica Med Clinica. 2007 Feb: 128(5): 184-96.
6. Braguinky J Prevalencia de Obesidad en América Latina. An Sist Sanit Navar 2009Feb 20; 25(0):109-15
7. Trujillo – Hernández B, Vásquez C, Almanza- Silva JR, Jaramillo- virgin ME, Mellin- Landa TE, Valle- Figueroa OB, et al. Frecuencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en universitarios de colima, México. Rev. Salud Pública Bogotá. 2010; 12(2):197207.
8. Agedro Zúñiga RA, García Ordoñez ES, Osorio C, Escudero N. Lopez-Alban CA, Ramírez –Vélez R. obesidad abdominal y ausentismo por causa medica en una empresa de la industria metalmeccánica en Cali, Colombia. Rev. Perú Med Exp Salud Publica 2013; 30 (2):251-5.
9. OPS-OMS, Fundación Kellogg. Programas de salud para adolescentes en América Latina, Grupo de estudio sobre adolescencia OMS/UNICEF/1996.
10. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1996.
11. World Health Organization. Health and health behavior among young people.

12. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2000.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. MMWR Recomm Rep 1997; 46:1-36.
14. Caspersen C, Perira M, Curran K. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross sectional age. Med Sci Sports Exer 2000; 32:1601-9.
15. Kimm S, Glynn N. Decline in physical activity in black and white girls during adolescence. N Engl J Med 2002; 347:709-15.
16. Cavi N, Biddle S, et al. Health enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. Pediatr Sci 2001; 13:12-25.
17. Encuesta Nacional de Salud (ENSA) México, Cuestionario para adolescentes 2000.
18. OMS patrones de crecimiento infantil: longitud / talla para la edad, peso para la edad, peso-LENGTH, el peso para la talla y el índice de masa corporal para la edad: los métodos y el desarrollo. Ginebra, 2006. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.
19. ARAUJO, JD. Polarización epidemiológica en Brasil. Servicios de Salud y Epidemiología, Brasilia, 2012; v. 21, no. 4.
20. ABEP et al. Curso corto: aspectos metodológicos y operativos de la PNDS 2006, 2008. Acceso: mar. 2016. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/Minicurso_PNDS2006_8_Antropometria.pdf
21. BATISTA, MF; Rissin, A. Transición Nutricional en Brasil: tendencias regionales y temporales. Sección de Salud Pública, Río de Janeiro, 2003; v. 19, sup. 1, p. 181-191.
22. IBGE - Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares 2008-2009: antropometría y el estado nutricional de los niños, adolescentes y adultos en Brasil. Río de Janeiro: IBGE, 2010-2014.
23. Vargas M, Becerra F, Prieto E. Evaluación antropométrica de estudiante universitarios. Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2008; 10: 433-442.

24. Vargas M, Becerra F, Prieto E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2010; 12: 116-125.
25. Ángel A. Proyecto Piloto "Universidad Saludable" Para la Formación de Estilos de Vida Saludables en la Universidad Nacional, sede Bogotá; 2006.
26. Becerra F. Pinzón GY, Vargas M. Estado Nutricional y Consumo de Alimentos de estudiantes admitidos a la Carrera de Medicina. Bogotá 2010-2012; p 60: S3-S12.
27. Colombo JL. Comer todo o comer nada: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados. Ed. Lumen, 2006.
28. Aguirre P. Estrategias de consume: Qué comen los argentinos que comen. Ed. Miño y Dávila, 2006.
29. Fernández MA, Labrador Encinas FJ and Raich Escursell RM. Prevalence of eating disorders: Methodological considerations. Int J of Psychological Therapy 2005; 5, 2: 135- 148.
30. Torresani ME. Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos Alimentarios en estudiantes de nutrición. Rev. Esp Nutr Comunitaria 2003; 9 (1): 30:33.
31. Jáuregui Lobera I. Trastornos de la alimentación en la adolescencia: del riesgo a la Patología. Trastornos de la Conducta Alimentaria 6 (2007) 565-577.
32. Braguinsky J y col. Obesidad: Saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Ed. Acindes, 2007. Cáp.13, 207-236.
33. Rome ES, Amuerman S, Rosen D, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, et al. Children and Adolescents with eating disorders: The state of the art. Pediatrics 2003; 111:98-108.
34. Forman SF. Eating Disorders: Epidemiology, patogénesis, and Clinical features: Lost Literature review version 18.1, February 2010. Up-to-date.
35. Behar AR, De la Barrera CM, Michelotti CJ. Identidad de género y trastornos de la Conducta alimentaria. Rev. Méd Chile 2000; 129 (9): 1003-11.
36. Cantrell PJ, Ellis JB. Gender role and risk patterns for eating disorders in men and Women. J Clin Psychol 1991; 47 (1): 53-57.
37. Stice E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an Exploration of the mechanisms of action. Clin Psychol Rev 1994; 14 (7): 633-61.

38. Marín BV. Trastornos de la Conducta Alimentaria en escolares y adolescentes. Rev Chil nutr 2002; 29 (2).
39. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2005). Datos del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Consultado el 7 de mayo de 2017. Disponible en:
www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/datos_pivesam.pdf
40. Zonis de Zukerfeld R y col. Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires. Rev Clin Psicopatol 1997;6 (s/d)
41. Rutzstein G, Maglio AL, Armatta AM, et al. Adaptación lingüística del *Eating Disorder Inventory-3* (Garner, 2004). Un estudio piloto.
42. Bay L, Herscovici C, Kovalskys I, et al. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch Argent Pediatr 2005; 103 (4): 305-316.
43. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. Am J Psychiatr 1995; 152: 1,052 - 1,058.
44. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the General Practice Research Database. Br J Psych 1996; 169:705-712.
45. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Solomon EE, et al. Subthreshold binge eating disorder. Int J Eat Disord 2000; 27:270-278.
46. Woodside, DB. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Curr Probl Pediatr 1995; 25:67.
47. Kendler, KS, MacLean, C, Neale, M, et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1991; 148:1627?
48. Strober, M. Family-genetic studies of eating disorders. J Clin Psychiatry 1991; 52:9. 23 Herzog, DB, Nussbaum, KM, Marmor, AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. Psychiatr Clin North Am 1996; 19:843.
49. Grice, DE, Halmi, KA, Fichter, MM, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. Am J Hum Genet 2002; 70:787
50. Anderluh, MB, Tchanturia, K, Rabe-Hesketh, S, Treasure, J. Childhood obsessive compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. Am J Psychiatry 2003; 160:242

51. Halmi, KA, Eckert, E, Marchi, P, et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:712.
52. Pirke, KM. Central and peripheral noradrenaline regulation in eating disorders.
53. *Psychiatry Res* 1996; 62:43.
54. Kaye, WH. Persistent alterations in behavior and serotonin activity after recovery from Anorexia and bulimia nervosa. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 817:162.
55. Kaye, WH, Gwirtsman, HE, George, DT, Ebert, MH. Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration. Does elevated cerebrospinal fluid 5hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:556.
56. Jean, A, Conductier, G, Manrique, C, et al. Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT4 receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007; 104:16335.
57. Katzman, DK, Lambe, EK, Mikulis, DJ, et al. Cerebral gray matter and white matter Volume deficits in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Pediatr* 1996; 129:794.
58. Lambe, EK, Katzman, DK, Mikulis, DJ, et al. Cerebral gray matter volume deficits after Weight recovery from anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:537.
59. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents. Etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine* 2003; 14 (1): 49-58.
60. Suárez González F, Vaz Leal F, Guisado JA y Gómez Lozano L. Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología Alimentaria. *Nutr Hosp.* 2003; XVIII (5): 259-263.
61. Crispo R, Figuera E y Gustar D. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber: mapa para recorrer un territorio trastornado. Editorial Gedisa. Barcelona 1998.
62. Mehler, PS. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Ann Intern Med* 2001; 134:1048.
63. Fisher, M, Golden, NH, Katzman, DK, et al. Eating disorders in adolescents: AV background paper. *J Adolesc Health* 1995; 16:420.
64. Miller, KK, Grinspoon, SK, Ciampa, J, et al. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005; 165:561.

65. Misra, M, Miller, KK, Almazan, C, et al. Hormonal and body composition predictors of soluble leptin receptor, leptin, and free leptin index in adolescent girls with anorexia nervosa and controls and relation to insulin sensitivity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:3486.
66. Misra, M, Miller, KK, Almazan, C, et al. Alterations in cortisol secretory dynamics in adolescent girls with anorexia nervosa and effects on bone metabolism. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:4972.
67. Mahler, PS. Clinical practice. Bulimia nervosa. *N Engl J Med* 2003; 349:875.
68. Ruiz P, Comet M, Calvo A, Zapata M, Cebollada M, Trebol L, et al. Prevalence of Eating Disorders in Early Adolescent Students. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2010; 38(4):204–11.
69. Pamies L, Quiles Y, Bernabé M. Conductas Alimentarias De Riesgo En Una Muestra De 2.142 Adolescentes. *Med Clin.* 2011; 136(4):139–43.
70. Gayou U, Ribeiro R. Identificación De Casos De Riesgo De Trastornos Alimentarios Entre Estudiantes De Querétaro. *Rev Mex Trastornos Aliment.* 2011; 5:115–23.
71. Negrete M. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México. Universidad Autonoma de Barcelona; 2015.
72. Martínez A, Gómez M. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de Bachillerato. *Rev Fac Med. Perú.* 2008; 56(3):193–210.
73. Lazo Y, Quenaya A, Mayta P. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Arch Argent Pediatr.* 2015; 113(6):519–25.
74. Arrufat Nebot, Francisco Javier. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescentes de la comarca de Osona, España. 2006. Consultado el 4 de octubre de 2017. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2704/FJAN_TESIS.pdf
75. Ramón Jarne, Francisco Javier. Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Consultado el 6 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.hera.ugr.es/tesisugr/18935801.pdf>

76. Arroyo Izaga M, Rocandio P, Ansotegui Alday L, Pascual Apalauza E, Salces Beti I, Rebato Ochoa E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria* 2006; 19(6).
77. Jacobs G. Non academic factors affecting the academic success of Grenadian students at St. George's University. St. George's: University Centre; 2002.
78. *Medicina Interna de México* Volumen 22, Núm. 3, mayo-junio, 2006.

XV. ANEXOS

Factores de riesgo sin asociación	OR	IC95%	P
Fumar cigarrillos para evitar comer	5.91	0.69 – 50.40	0.04
Usar pastillas para bajar de peso	5.91	0.69 – 50.40	0.04
Consumir alimentos a escondidas	2.62	0.66 – 10.32	0.08
Hacer ayunos por más de 12 horas para bajar de peso	2.40	0.97 – 5.92	0.03
Realizarse masajes adelgazantes	1.86	0.16 – 21.06	0.33
Jugar recreativamente menos de dos horas diarias	1.82	0.56 – 5.86	0.16
Ha consumido demasiados alimentos y ha tenido sensación de atascamiento	1.69	0.87 – 3.27	0.06
Carga académica	1.68	0.67 – 4.23	0.13
Tomar laxantes para bajar de peso	1.57	0.36 – 6.84	0.28
Beber muchos líquidos para eliminar grasa	1.53	0.74 – 3.14	0.12
Leer revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios	1.46	0.69 – 3.06	0.15
Consumir alimentos en exceso	1.45	0.72 – 2.91	0.14
Invertir más de dos horas semanales en ejercicio	1.38	0.53 – 3.56	0.25
Hacer ejercicios para bajar de peso	1.19	0.62 – 2.27	0.29
Beber mucho café al día	1.16	0.60 – 2.26	0.32
Caminar más de dos cuadras al día	1.13	0.60 – 2.16	0.35
Durmiendo más de seis horas en la noche	1.02	0.40 – 2.56	0.48
Consumir alimentos más de dos horas	0.93	0.42 – 2.01	0.43
Horario de clases intensivo	0.92	0.48 – 1.77	0.41
Hacer mucho ejercicio para bajar de peso	0.92	0.12 – 6.71	0.47
Dormir ocho horas diarias	0.91	0.36 – 2.25	0.42
Consumir alimentos en horario adecuado	0.54	0.25 – 1.15	0.06
Tomar la siesta más dos horas diarias	0.52	0.09 – 2.97	0.25
Ocupar más de seis horas diarias en clase	0.52	0.26 – 1.04	0.03
Observar televisión y computadora más de cuatro horas	0.14	0.01 – 1.19	0.02

DESÓRDENES ALIMENTICIOS Y ASOCIACION A CIERTO ESTADO DE SALUD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNAH. FEBRERO – NOVIEMBRE 2016

Lea cada pregunta y conteste la opción que se le está presentando con respecto a sus hábitos alimenticios Solo le tomará unos minutos. Sus respuestas nos ayudarán a obtener resultados reales para establecer propuestas de mejora a nivel alimenticio en los estudiantes de la facultad de ciencias médicas. Para cada pregunta hay varias opciones de respuesta, Usted debe contestar con la opción que se adapte a su realidad. La información proporcionada en esta encuesta será de absoluta confidencialidad, los datos que usted facilite serán utilizados para la investigación propuesta.

Sección 1.- Datos Generales

Encuesta No. _____ Fecha de encuesta _____

Hora de encuesta _____

Día de la semana en que se realiza la encuesta _____

Nombre del encuestador _____

Nombre del Alumno _____

Año de ingreso a la carrera _____ Año que cursa: _____

Edad en Años cumplidos _____

Sexo del Alumno: Hombre _____ Mujer _____

Teléfono _____ Celular _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____

Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____

Ingreso del grupo familiar Lps. _____

Sección 2.- Antecedentes personales

Señale si usted ha sido diagnosticado o recibe tratamiento para hipertensión arterial:

Sí _____ No _____

Antecedentes familiares

Señale si algún familiar ha sido diagnosticado y/o recibe tratamiento para:

Obesidad: Sí _____ No _____ Sobrepeso: Sí _____ No _____

Bulimia: Sí _____ No _____ Anorexia: Sí _____ No _____

1. ¿Considera que desde comenzó la carrera ha aumentado de peso? Sí _____ No _____

2. ¿Considera que desde comenzó la carrera ha disminuido de peso? Sí _____ No _____

4. Especifique si alguno de estos factores le desencadena estrés
- Problemas familiares
 - Carga Académica
 - Horario de clases intensivo
 - Rendimiento Académico
 - Jornada de prácticas clínicas
 - Problemas Económicos
 - Factores Socioculturales
5. Especifique si alguno de estos factores le desencadena Ansiedad
- Problemas familiares
 - Carga Académica
 - Horario de clases intensivo
 - Rendimiento Académico
 - Jornada de prácticas clínicas
 - Problemas Económicos
 - Factores Socioculturales
6. ¿Considera usted que alguno de los factores mencionados anteriormente le han desencadenado algún tipo de desorden alimenticio? Sí No
6. ¿Especifique cual desorden alimenticio le ha causado?
- Obesidad Bulimia Anorexia
7. ¿Considera extenuante Su Carga académica este semestre? Sí No
8. ¿Considera usted que su carga académica le causa estrés? Sí No
9. ¿Considera usted que su carga académica le causa ansiedad? Sí No
10. ¿Su horario de clases es intensivo? Sí No
11. Cuantas clases está cursando en este semestre
- <3 4-5 >6
12. Cuantas prácticas clínicas está cursando en este semestre
- <3 4-5 >6
13. Aprobó todas sus clases en el último semestre: Sí No
14. Cuantas clases aprobó en el semestre anterior.
- 1 clase 2 clases 3 clases 4 clases 5 clases 6 clases
15. ¿Usted siente mucha presión cuando lleva 4 o más clases con prácticas clínicas incluidas? Sí No

Sección 3.- Examen físico

Tensión Arterial: 5min _____

Si la presión esta elevada: 15min _____ 30min _____

Peso (Kg) _____ Talla (m) _____ IMC _____

Glucosa Basal _____

Sección 4.- Actividad física

1. Horas diarias acostado (horas que permanece acostado).

a. Durmiendo en la noche _____ horas.

b. Siesta en el día _____ horas.

c. Observando la televisión _____ horas.

2. Horas diarias de actividad sentadas

a. En clase _____ horas.

b. Tareas universitarias asignadas y estudio diario _____ horas

c. En comidas _____ horas

d. En auto o transporte _____ horas

e. TV más trabajos en computadora _____ horas

3. Numero de cuerdas caminadas diariamente

a. Hacia o desde la universidad o cualquier otro lugar rutinario: ____ (cuadradas)

4. Horas diarias de juegos recreativos al aire libre

a. Bicicleta, pelota, correr, etc. _____ horas.

5. Horas semanales de ejercicios o deportes programados

a. Educación física o deportes programados _____ horas

Sección 5.-Estado de salud física y mental del alumno

1.-Se ha sentido enfermo en este último semestre: Sí ____ No ____

2.- Se ha preocupado por engordar: Sí ____ No ____

3.- En ocasiones ha comido demasiado, se ha atascado de comida: Sí ____ No ____

4.- Ha perdido el control sobre lo que come (no parar de comer): Sí ____ No ____

5.- Ha vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____

6.- Ha hecho ayunos (por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____

7.- Ha hecho dietas para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____

8.- Ha hecho ejercicios para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____

9.- Ha usado pastillas para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____ Cual _____

10.- Ha tomado diuréticos para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____ Cual _____

11.- Ha tomado laxantes para tratar de bajar de peso: Sí ____ No ____ Cuál _____

12.-Se ha sentido triste en este último semestre: Sí ____ No ____

- 13.-Está comiendo a las horas adecuadas: Sí ____ No ____
- 14.- Considera usted que la comida que consume es saludable: Sí ____ No ____
- 15.-Come comida rápida regularmente: Sí ____ No ____ Especifique _____
16. Controla su peso: Sí ____ No ____
- 17.- Siente angustia al pensar que podría subir de peso: Sí ____ No ____
- 18.- Se desespera por no eliminar de alguna forma lo que ha comido: Sí ____ No ____
19. Se ve gordo a pesar de que los demás dicen lo contrario: Sí ____ No ____
20. Se preocupa por lo que comió y limita sus actividades diarias: Sí ____ No ____
21. Trata de comer alimentos con pocas calorías: Sí ____ No ____
22. Tiene gran sentimiento de culpa después de comer: Sí ____ No ____
23. Se obsesiona con la forma y peso de su cuerpo: Sí ____ No ____
24. Siente que se odia cuando no cumple su dieta: Sí ____ No ____
25. Siente angustia cuando comprueba que ha aumentado de peso: Sí ____ No ____
- 26.- Piensa en la posibilidad de vomitar para controlar su peso: Sí ____ No ____
- 27.-Fuma cigarrillos para evitar comer: Sí ____ No ____
29. Come en exceso: Sí ____ No ____
- 30.- Come con desesperación: Sí ____ No ____
- 31-. Come a escondidas: Sí ____ No ____
- 32-. Piensa que no se acepta a sí mismo/a: Sí ____ No ____
- 33-. Tiene momentos en los que se siente muy triste: Sí ____ No ____
34. Hace mucho ejercicio para bajar de peso: Sí ____ No ____
35. Se hace masajes adelgazantes: Sí ____ No ____
36. Lee revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios: Sí ____ No ____
37. Bebe mucho líquido para eliminar la grasa de su cuerpo: Sí ____ No ____
38. Se despierta muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir: Sí ____ No ____
39. Le dan náuseas cuando come: Sí ____ No ____
40. Tiene anemia por sus dietas: Sí ____ No ____
41. Siente mareos: Sí ____ No ____
42. Se siente irritable: Sí ____ No ____

FIRMA DEL ALUMNO _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR _____

Aprobación del Comité de Ética



OFICIO No. 012 – GNDI-HE/IHSS - 2017

Tegucigalpa MDC, 10 de marzo, 2017

Doctora
MAYRA OSIRIS COLINDRES LAZO
Maestría en Epidemiología
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAH

Estimada Doctora Colindres:

Por medio de la presente le notifico, que el Protocolo de estudio **“Desordenes alimenticios y sus consecuencias en la salud de estudiantes de medicina UNAH abril-noviembre del 2016.”** ha sido aprobado por el Comité de Bioética y por la Gerencia de Docencia, así mismo le solicitamos nos mantengan informados de los avances del estudio.

Adjunto acta recibida por el Comité de Bioética.

Atentamente,


DRA. LUCIA ANGELICA SARMIENTO
GERENTE NACIONAL DOCENCIA E INVESTIGACION IHSS
Docencia.investigacion2012@gmail.com



GERENCIA DE DOCENCIA E INVESTIGACION HE, EXT.: 5176
docencia.investigacion2012@gmail.com

COMITÉ DE BIOÉTICA, HDE.

ACTA 62 CB-HE 6 de Marzo del 2017

PARA : *Gerente de Docencia e Investigación*
Dra. Lucía Sarmiento

DE: *Comité de Bioética*

ASUNTO: *Protocolo de Investigación*

Cordialmente estamos comunicándole a usted , que los integrantes del Comité de Bioética, se reunieron, revisaron y se discutió el protocolo de investigación:

“ Desordenes alimenticios y sus consecuencias en la salud de estudiantes de medicina UNAH-Abril-Noviembre del 2016 ”

1.- Se aprueba sin observaciones.

Integrantes:

Dra. Karin Clare, Dr. Gaspar Rodríguez, Dra. Helga Codina, Dra. Adela Andara ,
Lic. Gerardo Andino, Lic. Magdalena Escobar, Lic. Lourdes Barrientos.


Coordinadora
Dra. Karin Clare


Secretario
Lic. Gerardo Andino

cc Director Médico
cc archivo

Dra. Dinna Rojas