

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
“ANOREXIA Y BULIMIA” Y SU POSIBLE ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS
DEPRESIVOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE 18- 29 AÑOS DEL
PROGRAMA DE DERECHO DE LAS UNIVERSIDADES DE NARIÑO,
UNIVERSIDAD MARIANA, I.U. CESMAG EN SAN JUAN DE PASTO PRIMER
SEMESTRE 2011- I**

**SILVIA LILIANA MORA DIAZ
DIANA MARIA MORILLO HERRERA
XABIER RIASCOS BENAVIDES
LYNDA JULIETH TELLO ROMERO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
MAYO 2011**

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
“ANOREXIA Y BULIMIA” Y SU POSIBLE ASOCIACION CON TRASTORNOS
DEPRESIVOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE 18- 29 AÑOS DEL
PROGRAMA DE DERECHO DE LAS UNIVERSIDADES DE NARIÑO,
UNIVERSIDAD MARIANA, I.U. CESMAG EN SAN JUAN DE PASTO PRIMER
SEMESTRE 2011 - I**

**SILVIA LILIANA MORA DIAZ
DIANA MARIA MORILLO HERRERA
XABIER RIASCOS BENAVIDES
LYNDA JULIETH TELLO ROMERO**

***“Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico
General”***

**Dr. CASTULO CISNEROS
Médico Psiquiatra
Asesor Científico**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
MAYO 2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado No. 1

Jurado No. 2

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque es la luz que nos ilumina en cada instante y nos brinda la sabiduría para crecer en lo personal y profesional.

A nuestros padres, porque han sido nuestros amigos quienes nos brindan su apoyo incondicional, por su gran esfuerzo amor y comprensión..

A la Fundación Universitaria San Martín por brindarnos la oportunidad de compartir con docentes de gran calidad humana y profesional, y demás directivas por el apoyo y enseñanzas académicas y morales.

A Dr. Cástulo Cisneros, por ser nuestro asesor científico y por brindar su conocimiento.

A Dra. Elehonora, coordinadora del área de Investigación, Dra. Ana Milena Torres docente del área de investigación, y Ingeniera Martha Narvaéz, gracias ya que por su interés y sugerencias corregimos muchos errores logrando así el perfeccionamiento.

DEDICATORIAS

*Dedico el fruto de mis esfuerzos a Dios por regalarme la vida y la oportunidad de
cumplir una meta más en mi vida.*

*A mi familia por estar conmigo en todo momento, gracias por creer en mi y
brindarme su apoyo, por su lucha y esfuerzos constantes para ayudarme a
culminar hoy un peldaño mas de mi existencia.*

*A mis maestros por su paciencia, por su dedicación, y por ser guías en la
búsqueda de la luz hacia la verdad.*

*A mis amigos que llegaron a mi vida a compartir momentos agradables y
momentos tristes y me permitieron conocer el verdadero significado de la palabra
amistad.*

Silvia Liliana Mora D

*A Dios gracias por regalarme el don de la vida y por ser la fuerza que me impulsa
cada día para cumplir mis sueños y salir adelante, enseñándome que cada
obstáculo debo tomarlo como reto y no desfallecer.*

*A mis Padres Jorge y María que son la motivación de mi diario vivir,
A mi Papa porque sé que desde el cielo me protege, acompaña e ilumina en cada
momento,*

*A mi Mamita por su amor, cariño y comprensión pero sobretodo por todo su
apoyo incondicional.*

*A mi Tía Patricia y a Mi Mamita Tere por el ánimo y sus sabios consejos, que de
una u otra manera ayudaron a mi formación personal y profesional.*

A mis compañeros de investigación por su amistad sincera.

Diana María Morillo Herrera

DEDICATORIAS

Dedico este proyecto a mis Padres y Hermanos que fueron un apoyo incondicional en momentos frágiles y de tensión emocional que he tenido para continuar siempre adelante con mis sueños y cumplir una de mis primeras metas que es esta. A mis profesores y docentes, que gracias a sus conocimientos durante toda la carrera han sembrado en mi nuevos conocimientos y me han ayudado a cultivarlos para poder realizar el trabajo. A mis amistades las cuales me ayudaron con su apoyo incondicional a ampliar mis conocimientos y estar más cerca de mis metas profesionales.

Esto fue posible primero que nadie con la ayuda de Dios, esperanza que me mueve y el amor que me da felicidad, gracias por otorgarme la sabiduría y la salud para lograrlo. Gracias a los intercambios y exposiciones de ideas con mis compañeros y amigos de trabajo, a su paciencia y dedicación para la elaboración del presente trabajo investigativo.

Xabier Riascos Benavides

Este proyecto de investigación es una parte de mi vida y comienzo de otra etapa, con seguridad puedo decir que los aprendizajes obtenidos en este proceso marcarán mi camino de hoy en adelante. Sin duda los mayores agradecimientos serán siempre para Dios por haberme regalado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo. A mis padres, porque a ellos les debo todo lo que soy; gracias a su apoyo, dedicación y esfuerzo he finalizado este proceso superando todas las adversidades. A mi abuela por su inmenso cariño y atenciones, a mi abuelo fallecido, quien mientras vivió fue un apoyo incondicional en mis estudios y ambos han compartido mis logros a lo largo de mi carrera profesional y personales. A mis compañeros de trabajo en el actual proyecto, agradecimientos infinitos por su amistad, paciencia y tolerancia en este proceso.

Lynda Julieth Tello R.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Título del Proyecto

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema

1.2.2 Pregunta de Investigación

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

1.3.2 Objetivos Específicos

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.5 METODOLOGÍA

1.5.1 Enfoque

1.5.2 Tipo de Estudio

1.5.3 Población y Muestra

1.5.3.1 Población

1.5.3.2 Muestra

1.5.4 Fuentes de Recolección de Información

1.5.4.1 Fuentes Primarias

1.5.5 Técnicas para recolección de Información

1.5.5.1 Programa de análisis

1.5.6 Criterios

1.5.6.1 Criterios de Inclusión

1.5.6.2 Criterios de Exclusión

1.5.7 Consideraciones Éticas

1.5.8 Manejo de Errores y Sesgos

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes

2.1.2 Depresión

2.1.3 Bulimia Nerviosa

2.1.4 Anorexia

2.2 MARCO CONTEXTUAL

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.4 MARCO LEGAL

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. DISCUSIÓN

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

5.1 Conclusiones

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

NETGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico # 1 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho - Universidad de Nariño, Universidad Mariana, CESMAG – Primer Semestre 2011

Grafico # 2 Distribución de la Población universitaria del Programa de Derecho - Universidad de Nariño, Universidad Mariana, CESMAG – Primer Semestre 2011 Según Cuestionario SCOFF y Genero

Grafico#3 Frecuencia de la Población universitaria del Programa de Derecho Primer Semestre 2011 con TCA Según Cuestionario SCOFF con trastornos depresivos según Escala ZUNG

Grafico #4 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG y Género

Grafico # 5 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Cuestionario SCOFF- Escala de ZUNG y Universidad.

Grafico #6 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Cuestionario SCOFF- Escala de ZUNG y Procedencia.

Grafico # 7 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG y Edad

Grafico #8 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad, Género y Estrato.

Grafico #9 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad Mariana Institución Universitaria CESMAG, Universidad de Nariño, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)

Grafico #10 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Institución Universitaria CESMAG, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)

Grafico #11 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad de Nariño, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Instrumentos de recolección de información

Anexo B. Operacionalización de Variables

Anexo C. Cronograma de actividades

Anexo D. Presupuesto

Anexo E. Artículo Científico

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria se han convertido en las entidades más comunes entre la población adolescente del mundo entero. Entre ellos están la anorexia y la bulimia. La anorexia la conducta alimentaria que consiste en la obsesión en mantener un peso corporal por debajo de lo normal, es un temor muy grave por engordar. La bulimia es una conducta durante la cual el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludable consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos lo que le genera una sensación temporal de bienestar temporal, para después buscar eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes, gracias a la “culpa” que desarrolla, convirtiéndose así que las 2 entidades que representan la pérdida de una conducta alimentaria sana, causando morbi-mortalidad elevada principalmente en los grupos etareos que son llamados edad productiva, y dentro de ellos, la población joven en un alta proporción. La depresión es un conjunto de entidades con una gran variedad de factores que en resumen llevarían a la persona a presentar un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

A nivel mundial y nacional se están llevando a cabo diferentes estudios para determinar la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, razón por la cual es importante que a nivel regional se tenga en cuenta este tema para hacer investigaciones, pues se sabe que la población joven representada en la comunidad universitaria de la ciudad de Pasto no es ajena a esta problemática.

Lo anterior se constituyó en una motivación para que el grupo investigador realizara el presente estudio y de ésta manera aportar a la investigación regional y a la población joven que afronta este tipo de problemas relacionados con los trastornos alimentarios, puesto que se están convirtiendo en una problemática de Salud Pública en nuestro país, debido a que son muchos los casos de anorexia, bulimia y obesidad que se están registrando en la actualidad, sobre todo en la población juvenil y universitaria. Para la recolección de información se aplicó una encuesta que permitió obtener datos importantes para identificar características socio-demográficas y determinación de los diferentes rangos de depresión.

El alcance más importante que generó la presente investigación fue el aporte sobre los niveles depresivos en nuestra población y la frecuencia en los que se presentan trastornos de la conducta alimentaria para poder optar a la creación de un plan de intervención por el sector Salud. La principal limitación fue que no se conto con la participación de todas las instituciones con el programa de Derecho, dejando a la Universidad Cooperativa fuera del estudio.

El principal objetivo de ésta investigación está enfocado hacia la determinación de la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población universitaria, y que tanto influyen estas para que se presente la Depresión asociada.

1. ASPECTOS GENERALES:

1.1 TÍTULO: Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria “Anorexia y Bulimia” y su posible asociación con trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18- 29 años del programa de Derecho de la universidad de Nariño, Universidad Mariana, I.U.CESMAG en San Juan de Pasto primer semestre 2011- I

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema:

El 95% de los trastornos de la alimentación se presenta en mujeres, siendo más frecuente en estudiantes de secundaria y universitarias. Su prevalencia en el mundo es del 0.5% a 1% para anorexia nervosa y del 1 al 10% para bulimia¹.

Pequeños estudios realizados en el continente Europeo, como el de “Trastornos de Personalidad en Pacientes aquejados de Anorexia y Bulimia Nerviosa: Un estudio Piloto” realizado por Enrique Echeburúa, Izaskun Marañon y Jorge Grijalvo, en el que se realizó una comparación entre la presencia de anorexia y bulimia y la de trastornos de la personalidad en 25 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, de los cuales 7 tiene anorexia purgativa, 5 anorexia restrictiva, 5 con bulimia purgativa y 8 con un trastorno de la conducta alimentaria inespecífico, el 72% presenta un trastorno de la personalidad, de este porcentaje las pacientes más afectadas fueron las que sufrían de anorexia purgativa.

Centrándonos a nuestro continente, encontramos diversas investigaciones de acuerdo con el tema, y dentro de los países más destacados está México, de los cuales se puede destacar el de “Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes” realizado por Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Katy Vianney Domínguez Valdez , Rubí López Alvarado y Lorena Toribio Pérez de la Universidad Veracruzana de Xalapa, el cual como objetivo fue el determinar el cociente de correlación entre anorexia nerviosa con respecto a la depresión. Los resultados fueron que hay una relación positiva moderada entre la depresión y la bulimia y la anorexia nerviosa. Lo anterior permite concluir que estos dos tipos de síntomas se pueden manifestar tanto en hombres como en mujeres adolescentes,

¹ CORTES MEJIA. Hernan Dario, DIAZ DIAZ. Alejandro, MEJIA SIERRA. Carolina, MESA MONSALVE. Juan Gonzalo. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. Revista CES medicina Volumen 17 N°1. Enero-Julio/2003

sin importar su lugar de origen². Otro de los estudios q permite destacar del país, fue el de “Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo” de Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Sheila Adriana Mendoza Mojica de la Universidad Autónoma de Estado de México, con el fin de identificar algunos factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria de acuerdo a su sexo; los resultados obtenidos fueron que el 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastorno alimentario, predominando la anorexia y siendo mayor en las mujeres, siendo estas el grupo que estableció las diferencias estadísticamente³

Estudios como el de “Trastornos de la conducta Alimentaria en Adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones” realizado en Argentina por Vanesa Góngora, Aldana Sol Grinhauz y Nora Suárez Hernández, cuyo objetivo fue el de evaluar conductas, cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y creencias básicas en adolescentes, y compararlas por género y grupos de edad. Los Datos arrojaron que: Un 13.79% de las mujeres y un 11.11% de los varones mostrarían sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA y, un 11.2% de mujeres y un 10.68% de varones conforme a la MAC-R. Las mujeres y el grupo de 16 a 18 años mostraron conductas y cogniciones específicas de los TCA más severas⁴. Otro estudio por destacar del mismo país es el realizado por Nicolás Eugenio Ramírez, Manuela Rüssel, Nicolás Eduardo Báez y el Dr. Carlos Alfredo Rodríguez, Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Máster en salud Mental y Bioética, denominado “Trastornos Alimentarios en Alumnos en Medicina que cursan el Segundo Semestre del Primer Año” el cual buscaba, determinar la incidencia de los estudiantes a estudio, obteniendo unos resultados de que la incidencia hallada de rasgos compatible con Trastornos Alimentarios (TA) fue del 11%, correspondiendo únicamente al sexo femenino⁵.

² GUADARRAMA. Rosalina, DOMINGUEZ. Katy Vianney, LOPEZ. RUBI, TORIBIO. Lorena. “Anorexia y Bulimia y su relación con la depresión en adolescentes”. Psicología y salud, enero-junio, año/vol. 18, numero 001. Universidad Veracruzana Xalapa, México.

³ GUADARRAMA. Rosalina, MENDOZA. Shelia. Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Estudiantes preparatoria: un análisis por sexo. Enseñanza e Investigación en Psicología Vol 16, npum 1: 125-136 de la Universidad Autónoma de Estado de México. Enero-Junio de 2011

⁴ GONGORA. Vanesa, GRINHAUZ. Aldana Sol, SUAREZ. Nora. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: un estudio sobre Conductas y Cogniciones. Facultad de Psicología - uba / secretaria de investigaciones / Anuario de investigaciones - Volumen XVI

⁵ RAMIREZ. Nicolas Eugenio, RÜSSEL. Manuela, BAEZ. Nicolás Eduardo, RODRIGUEZ. Carlos Alfredo. Trastornos Alimentarioa en Alumnos en Medicina que cursan el segundo semestre del primer año. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Ciudad de Corrientes, República Argentina. Revista de Posgrado de la VI° Cátedra de Medicina. N° 8 202 – Agosto 2010

El estudio de los TCA, actualmente es muy global y hasta en países como Nigeria, se ha tratado como tema de estudio, como es en el estudio “La Anorexia y la Bulimia Nerviosa: El Escenario de las Alumnas de Nigeria” realizado por “Dique I. p.”, en el cual confirma si tales trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia han afectado a la mujer de Nigeria y para identificar jóvenes mujeres estudiantes de Nigeria en mayor riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno alimentario. Los resultados obtenidos indican que el 58% de los estudiantes involucrados en este estudio tienen una predisposición a dos trastornos de la alimentación como anorexia y la bulimia⁶.

En Colombia es del 2.3% y 0.1% respectivamente, y no se conoce la prevalencia real para el trastorno de alimentación compulsiva. Dentro de la etiología, factores culturales como los medios de comunicación, presión social, estrés académico y otros desórdenes mentales como depresión y ansiedad están fuertemente asociados⁷.

En Colombia la incidencia de enfermedades de trastornos alimenticios se está convirtiendo en una problemática de Salud Pública. Son muchos los casos de anorexia, bulimia y obesidad que se están registrando en la actualidad, sobre todo en la población juvenil y universitaria. Por tal motivo, se han realizado diversos estudios, entre ellos uno titulado “Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales” que fue realizado por profesores José Jaime Castaño Castrillón, Físico, MSc y Martha Luz Páez Cala, Psic, MSc y estudiantes Diego Andrés Corredor Zuluaga, Angela María García Ortiz, Mildreth González Bedoya, Olga Liliana Lloreda Chala, Keyris Viviana Lucero Angulo, Leidy Johana Patiño Ramírez, Luz Elena Pérez Blanco, Carlos Alejandro Villegas Quintero, Alejandra Zuluaga Cardona de la facultad de medicina de la Universidad de Manizales. El objetivo fue Determinar la frecuencia de los factores de riesgo para trastornos de la alimentación en estudiantes de la Universidad de Manizales. Materiales y métodos: De 3,610 estudiantes regulares de la Universidad de Manizales se tomó una muestra de 165 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el Eating Disorders Inventory (EDI2) y el APGAR familiar además se tomaron las medidas de peso, talla, índice de masa corporal y pliegue en el antebrazo. Resultado: Un 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las

⁶ I.P. Dique. Anorexia and bulimia nervosa: The scenario among Nigerian female students. Journal of Psychology and Counseling Vol. 1(2), pp. 026-029, April, 2009

⁷ CORTES MEJIA. Hernan Dario, DIAZ DIAZ. Alejandro, MEJIA SIERRA. Carolina, MESA MONSALVE. Juan Gonzalo. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. Revista CES medicina Volumen 17 N°1. Enero-Julio/2003

personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez. Conclusiones: Se encontraron factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. La frecuencia del factor de riesgo según EDI2 en este estudio fue más baja que la encontrada en estudios realizados en Medellín y Bogotá⁸.

Otro de los estudios por nombrar a nivel de nuestro país es “Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados en el periodo de noviembre a diciembre del 2006” el cual se realizó por Fred Gustavo Manrique-Abril Enfermero Magister en salud pública, Lina Fernanda Barrera Sánchez Enfermera UPTC Maestría en Salud Pública, Juan Manuel Ospina Diaz Medico- Cirujano U.N docente Escuela de medicina UPTC. El objetivo fue establecer la prevalencia de anorexia y bulimia y algunos factores de riesgo probablemente asociados en adolescentes de 13-17 años asistentes a dos colegios de la ciudad de Tunja, mediante la aplicación de los test BITE, EAT-26 (cuestionarios de actitudes nutricionales), SCOFF.

La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria es de 10.6% para bulimia y 1.1% para anorexia. Como principales factores de riesgo asociados esta estadísticamente significativos se encontraron las practicas dietéticas con un prevalencia de 42.9% para bulimia (OR=8.76; p: 0,006), 14.3% para anorexia (OR ajustado a 66.2; p< 0.01), la práctica de ayuno independiente de la periodicidad con prevalencia de 36% y 6.5% para bulimia (OR= 8.1 p= 0.0009) y 8% (OR=32.8 p= 0.005) para anorexia respectivamente. Los trastornos de conducta alimentaria registran prevalencias relativamente altas en Tunja, la frecuencia de anorexia es menor y la de bulimia es mayor que las medias nacional e departamental correspondientes. Estos fenómenos se suman a la desnutrición existente problema aparentemente no ligado con el grado de accesibilidad a los alimentos y/o la práctica de dietas balanceadas⁹. Todo esto con el fin de hacer un seguimiento a estos trastornos.

Según un estudio que realizó la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia, denominado “Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en el período febrero-junio del año 2005 en estudiantes de la

⁸ CANO CORREA. Álvaro Andrés et all. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Med UNAB. 7 de septiembre de 2007

⁹ MANRIQUE-ABRIL. Fred Gustavo, BARRERA. Lina, OSPINA. Juan. Prevalencia de Bulimia y Anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados. Avances en enfermería. Vol XXIV N° 2. Julio-Diciembre 2006.

Facultad de Salud pertenecientes a segundo y cuarto semestres de medicina en Cali”, realizado por el médico Andrés Fandiño, Sandra C. Giraldo, Carolina Martínez, la auxiliar Claudia Paola y Rafael Espinosa M.D. Se afirma que existen pocos estudios de trastornos alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes en América Latina. Las características socio demográficas de los estudiantes universitarios permiten suponer que existen casos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en un porcentaje mayor al de la población general. Se realizó un estudio transversal en un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle (Cali, Colombia), a quienes se aplicó un cuestionario auto-diligenciado con la encuesta de evaluación del comportamiento alimentario (ECA). Los *Resultados*: Hubo 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba (puntaje >24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA; con una relación mujer: hombre de 2:1; y una prevalencia estimada de 44.1% en mujeres y 9.6% en hombres.

Los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino (OR: 2.74 IC95%: 1.29-5.85), el querer disminuir más de 10% del peso corporal (OR: 24.65 IC95%: 1.92-316.91) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso (OR: 0.81 IC95%: 0.66-0.98). Existe una interacción cualitativa entre la dirección del deseo de cambio de peso y otras variables del modelo. La ECA identifica diferentes tipos de TCA. La ECA identifica diferentes tipos de TCA que se deben diferenciar con preguntas adicionales. La prevalencia estimada indica que *“los TCA son un problema importante en la comunidad universitaria”*, que se debe intervenir mediante diferentes estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento¹⁰

“Los trastornos alimenticios en Colombia afectan a individuos de todas las edades, de cualquier sexo y de todas las condiciones socioeconómicas aunque afecta en su gran mayoría a mujeres y en la adolescencia.¹¹

Los estándares estéticos del “90 – 60 – 90” que se promueven en los modelos por los medios de comunicación, especialmente la publicidad y la televisión, inciden en que la anorexia y la bulimia sean cada vez enfermedades más comunes, sobre todo en las mujeres.¹²

¹⁰ FANDIÑO. Andres et all. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007 (Octubre-Diciembre)

¹¹ ARRIVILLAGA M. Psicol2. SALAZAR I.C Psicol3, CORREA D psicol4. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica Vol. 34 N° 4, 2003 186

¹² URL, <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>

A nivel regional y local, no existen estudios ni trabajos de investigación donde se evidencie el comportamiento de estas patologías en la comunidad universitaria.

El problema de esta investigación radica principalmente en la falta de datos estadísticos, y en general, la falta de conocimientos sobre la incidencia y relación que tienen los TCA con los trastornos depresivos, ya que con ellos se abrirán puertas para posteriores estudios e investigaciones de mayor magnitud y así en un futuro se generen con estas, programas de intervención, para el manejo de esta población.

1.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria “anorexia y bulimia” y su posible asociación con trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18-29 años del programa de Derecho de la Universidad de Nariño, universidad Mariana, I.U.CESMAG en San Juan de Pasto, primer semestre 2011- I?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la frecuencia de factores de riesgo y caracterización de trastornos de la conducta alimentaria “anorexia y bulimia” y su posible asociación a trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18 a 29 años del Programa de Derecho en las universidades Nariño, Mariana, I.U.CESMAG en San Juan de Pasto primer semestre 2001 -I, con el fin de levantar una línea de base que sirva para futuras investigaciones.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la población expuesta al riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria por medio de la Escala SCOFF para cribado de los mismos.
- Identificar factores de riesgo relacionados con el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria y depresiva en jóvenes universitarios a estudio.
- Caracterizar demográficamente a los estudiantes universitarios que desarrollarán la encuesta.
- Identificar la Universidad que presentan un mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta asociados a depresión.
- Determinar que edades son más propensas a padecer los trastornos de conducta alimentaria y la depresión
- Determinar cuáles estratos socioeconómicos son más vulnerables para desarrollar estos trastornos de conducta alimentaria asociados a depresión
- Identificar según la Escala de Zung en que rango de depresión se da el mayor número de casos de trastornos de conducta alimentaria
- Determinar el número de casos que tengan asociación de los trastornos de la conducta alimentaria con presencia de trastornos depresivos.

1.4 JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación se lo realizó en razón a que en la actualidad la anorexia y bulimia junto con la depresión se han convertido en problemas de salud pública y están afectando no solo de manera física, sino emocional a los jóvenes universitarios, siendo tal la magnitud de este problema, que incluso está cobrando muchas vidas y dejando secuelas muy graves en quienes han sufrido éstas patologías.

Esta investigación permitió obtener datos estadísticos sobre la proporción de afectación de estos trastornos de la conducta alimentaria y su posible asociación con trastornos depresivos en jóvenes universitarios, a fin de analizarlos y obtener unos resultados que a su vez orientaron sobre la recomendación de algunas medidas preventivas.

El estudio es importante porque permitió profundizar en el conocimiento de éstas patologías, la variedad de causas y consecuencias a las que llevan y la frecuencia con que se presentan en el medio universitario.

La utilidad de esta investigación radica principalmente en la obtención de una base de datos confiable y actualizada sobre los trastornos alimenticios y depresivos que afectan a la población objeto de estudio.

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Enfoque

Cuantitativo: se pretende explicar la realidad desde una perspectiva externa y objetiva. Se trabajó con datos cuantificables que permitieron su análisis.

1.5.2 Tipo de Estudio: La presente investigación está enmarcada dentro de los siguientes tipos de estudio:

DESCRIPTIVO, DE PREVALENCIA Y DE CORTE TRANSVERSAL.

- **Descriptivo**, porque el investigador únicamente comenta y describe detalladamente lo observado.
- **De Prevalencia**, porque permitió estimar la magnitud y distribución de los trastornos alimenticios y depresivos en un momento dado, en este caso en el primer semestre 2001- I
- **De Corte Transversal**, porque los datos se recogieron en un único punto en el tiempo y de un grupo de personas específico.

1.5.3 Población y Muestra

1.5.3.1 Población: 2286 Estudiantes jóvenes universitarios de edades entre 18-29 años, del programa de Derecho de las Universidades: Nariño, Mariana, I.U. CESMAG.

1.5.3.2 Muestra: Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, que consiste en que cada uno de los elementos de la población objeto de estudio, tiene la probabilidad de ser seleccionado para formar parte de la muestra y esa probabilidad no es cero. Se trabajó bajo el muestreo aleatorio simple y estratificado.

Según el cálculo realizado con la siguiente fórmula se obtuvo un número total de muestra de 326 estudiantes para realizar las encuestas, de un total de 2286 (51% del I.U CESMAG, 27% de la UNIMAR y 22% de la UDENAR). Finalmente de los 326 estudiantes se obtuvo la muestra de cada universidad y cada semestre o año académico.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1											
2	PARA POBLACIONES FINITAS (inferiores a 100.000 elementos)										
3											
4	1. TAMAÑO DE LA MUESTRA										
5											
6		N	Z	Z	P	Q					
7		2.286	1,95	1,95	0,5	0,5			2173,12875		
8	(# MUESTRA) n:									326	
9											
10		0,05	0,05	2.285	1,95	1,95	0,5	0,5	6,663125		
11		e	e	N-1	Z	Z	P	Q			
12											
13		N = Poblacion el total de estudiantes									
14		n = Muestra 2286 estudiantes									
15		p = Probabilidad de éxito, igual a 0,5									
16		q = Probabilidad de fracaso, igual a 0,5									
17		z = Confiabilidad del estudio. Cuando se trabaja con un nivel de confianza del 95%, entonces z= 196									
18		e = En el intervalo constituido por el estadístico muestral mas o menos "e" se encuentra el verdadero									
19		parametro poblacional. Para este estudio e= 5% ð error con el que se trabajo en esta investigacion									
20											
21	2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA										
22	Metodo:	1. Muestreo Sistemático									
23		1.1 Sistemático									
24		1.2 Proporcional según el numero de estudiantes en cada grupo									

Fuente: Esta Investigación

1.5.4 Fuentes de Recolección de Información

1.5.4.1 Fuentes Primarias Los estudiantes de derecho que permitieron obtener una información muy valiosa de primera mano, es decir, hubo contacto directo con la población objeto de estudio al momento de realizar la encuesta.

1.5.5 Técnicas de Recolección de Información

La técnica que utilizó el grupo investigador para efectos de recolección de datos fue la encuesta, la cual se aplicó a la población objeto de estudio, previo el consentimiento informado.

El instrumento que se utilizó fue el "Cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario, INSTRUMENTO VALIDADO que está validado por la Asociación Colombiana de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la cual es una herramienta de trabajo útil porque permite medir la predisposición que tienen los jóvenes a sufrir estos trastornos de conducta alimentaria.

También se incluyó la escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

En el cuestionario utilizado se incluyeron además preguntas relacionadas con aspectos socioeconómicos, demográficos y factores asociados que no están incluidos en el formulario original como peso, estatura, semestre; esto con el fin de obtener la información completa que el grupo investigador requirió para el desarrollo del estudio.

(Ver anexo # 1)

1.5.5.1 Programa de análisis:

Epi-Info: es un programa de dominio público diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública. Tiene un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas

Microsoft Office Excel; se utilizo como herramienta de análisis por: la Facilidad para importar, organizar y explorar conjuntos de datos , Se utilizaron tablas dinámicas que permiten resumir y reorientar rápidamente los datos de un conjunto, atendiendo a varios criterios de agrupación, representado como una tabla de doble entrada que nos facilita la interpretación de dichos datos. Además nos permite ir obteniendo diferentes totales, filtrando datos, cambiando la presentación de los datos, realizando gráficos y visualizando o no los datos origen, Usar el motor de gráficos para comunicar los análisis en gráficos con mayor rapidez y mejoras visuales, además es compatible con Microsoft Office Word y PowerPoint.

Se utilizó Epi Info para el diseño de base de datos y captura de información y como herramienta de análisis excel por:

- Facilidad para importar, organizar y explorar conjuntos de datos.
- Se utilizaron tablas dinámicas que permiten resumir y reorientar rápidamente los datos de un conjunto, atendiendo a varios criterios de agrupación, representado como una tabla de doble entrada que nos facilita la interpretación de dichos datos. Además nos permite ir obteniendo diferentes totales, filtrando datos, cambiando la

presentación de los datos, realizando gráficos y visualizando o no los datos origen.
- Usar el motor de gráficos para comunicar los análisis en gráficos con mayor rapidez y mejoras visuales, además es compatible con Microsoft Office Word y PowerPoint.

1.5.6 Criterios

1.5.6.1 De Inclusión:

- Jóvenes universitarios entre 18-29 años quienes se encuentren estudiando en la facultad de Derecho en las Universidades: Nariño, Mariana, I.U. CESMAG en San Juan de Pasto.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio y firmen el Consentimiento Informado.

1.5.6.2 De Exclusión:

- Jóvenes que se encuentren estudiando en las universidades pero no en la facultad de Derecho.
- Jóvenes universitarios de rango de edad diferente al establecido en el periodo 2011.
- Jóvenes que no autoricen su participación en el presente estudio

1.5.7 Consideraciones Éticas

- Es una investigación de riesgo mínimo, no hay interferencia física con el equilibrio social, cultural, familiar y ambiental.
- Se hizo uso del Consentimiento Informado: La población objeto de estudio autorizó su participación con pleno conocimiento de los beneficios y riesgos a que se sometían, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- El equipo investigador cumplió con el principio de Reserva de la información, el cual exigió la reserva de los nombres de las personas encuestadas y la información obtenida solo se utilizó para fines investigativos y se garantizó la total confidencialidad y discreción en cuanto al uso de estos datos obtenidos.

- No Maleficencia: No se realizó un estudio experimental o cuasi experimental, ni se utilizó ningún tratamiento farmacológico o psiquiátrico. El grupo investigador garantizó la no intervención en el desarrollo de la vida cotidiana de la población objeto de estudio.
- Beneficencia: los resultados de la investigación beneficiarán no solo a la población objeto de estudio, sino a toda la población que presente este tipo de trastornos.
- Justicia: La información obtenida por parte del grupo investigador, se hizo con previo consentimiento informado de cada una de las encuestadas y con la debida autorización de la institución donde se aplicaron las encuestas.
- Autonomía: En el desarrollo de esta investigación lo que se pretendió fue determinar la prevalencia de Trastornos de la conducta alimentaria y su posible relación con trastornos depresivos para los Jóvenes universitarios del programa de derecho de las universidades: Nariño, Mariana, I.U. CESMAG.

1.5.8 Control de Errores y Sesgos

Los principales errores y sesgos que se presentaron fueron de información, los cuales se controlaron desde el diseño del proyecto.

Los errores y sesgos de información fueron de memoria y se corrigieron a través de preguntas de verificación, siendo los trastornos de la conducta alimentaria y depresivos tan importantes en esta etapa de la vida de los jóvenes universitarios, es raro que ella olvide algún aspecto relacionado con el mismo.

Se realizó una encuesta Anónima y clara, almacenamiento de encuestas en urnas, digitación manual de los datos realizada por cada investigador, y fueron peso y estatura verificados.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES

Se han encontrado diversos estudios a nivel mundial sobre los trastornos de conducta alimentaria, es el caso de un estudio en Argentina el cual muestra información epidemiológica que indica que para una población de mujeres de 18 a 25 años ingresantes a la Universidad de Buenos Aires, hay una tendencia a desarrollar algún grado de trastorno alimentario en una proporción aproximada de 1 cada 7.5 mujeres.

Otro estudio posterior en Argentina, denominado como “*Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra*”, en el año 2005, realizado por Doctora Luisa Bay y colaboradores, con el propósito de averiguar con qué frecuencia se enfrenta el pediatra en su actividad cotidiana de consultorio a niños con trastornos alimentarios, se llevó a cabo un estudio epidemiológico a nivel nacional, coordinado en el ámbito de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), con la participación de pediatras de todo el país que asisten a adolescentes en el consultorio, en niveles público y privado, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Se estudiaron en total 1.971 jóvenes, (1.231 mujeres y 740 varones). La edad media fue de $14,16 \pm 2,51$ en las mujeres y de $14,12 \pm 2,44$ en los hombres. El 68% de los casos vivían en zona urbana, el 26% en Capital Federal y sólo un 6% en zonas rurales. Si bien el relevamiento de casos se realizó al azar, se planificó una distribución pareja entre el sector público y el sector privado; 41,3% de los casos provenían del hospital, 39,7% de obras sociales y 19,9% de consultorios privados¹³.

Esta problemática no es ajena a nuestro País, por este motivo diversas universidades de Colombia en diferentes ciudades, se han preocupado por estos trastornos y cómo influyen en los jóvenes.

Entre los estudios más recientes se encuentran: En la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá en el 2009, una estudiante de Nutrición y dietética realizó un estudio acerca de la “Determinación de Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana”

¹³ BAY. Luisa B, RAUSCH HERSCOVICI. Cecile, KOVALSKYS. Irina, Berner. Enrique, Orellana. Liliana, Bergesio. Andrea. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch.argent.pediatr 2005; 103(4) / 305

donde las mujeres siguen ocupando un alto porcentaje en la prevalencia de estos trastornos. La facultad con mayor porcentaje fue la de Ciencias Económicas y Administrativas; se encontró Anorexia nerviosa en mayor porcentaje en la facultad de Ciencias Jurídicas, Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales e Ingeniería, dando como resultado una prevalencia del 48.8% en comparación con otro estudio realizado en años anteriores en 7 facultades de la universidad Javeriana que mostró una prevalencia de 59.6%, se muestra una disminución pero se mantiene a pesar de las campañas de prevención realizadas posterior al estudio¹⁴.

En el 2007, la ciudad de Cali, la Universidad del Valle, gracias los médicos Andrés Fandiño, Rafael Espinosa, Sandra Giraldo, Carolina Martínez, la auxiliar Claudia Paola realizaron un estudio denominado “Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios”, con el objeto de determinar la cifra de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de TCA. El estudio se hizo en un grupo de 174 estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad del Valle (Cali,-Colombia), a quienes se aplicó un cuestionario auto-diligenciado con la encuesta de evaluación del comportamiento alimentario y cuyos resultados mostraron una alta probabilidad de desarrollar algún TCA, con una frecuencia mayor en mujeres¹⁵.

2.1.2 DEPRESION: Síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterio diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntoma afectivos: esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; también habrá síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático¹⁶

Fisiopatología: La visión actual de la etiología de la depresión se resume virtualmente como un prototipo de interacción gene – entorno, un prototipo de modelo de interacción de enfermedades complejas tales como cáncer, hipertensión, y diabetes con un gran enfoque en los tres principales sistemas monoamina- serotonina (5 –hidroxi-triptamina, 5 HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA). Las nuevas y emergentes herramientas de neuro-biología molecular y la imagenología del cerebro funcional nos han brindado un soporte adicional sobre la participación de estos tres sistemas. En contraste, con revisiones anteriores ¹⁷⁻¹⁸ contamos actualmente con una considerable evidencia que

¹⁴ AVELLANEDA S.J. Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana, Tesis de Grado, Bogotá 2009.

¹⁵ URL, <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a2.pdf>

¹⁶ URL, <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

¹⁷ Nemeroff CB: The neurobiology of depression. Sci Am 1998; 278:42–49

soporta un papel predominante de los circuitos DA del sistema nervioso central (CNS) circuitos de DA. ¹⁹Muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas sub-optimas actualmente bien documentadas a los SSRIs y los inhibidores de reabsorción selectiva de serotonina-norepinefrina (SNRIs) puede ser debida, en parte, a su relativa falta de efecto sobre los circuitos DA del cerebro. En cuanto se refiere a los sistemas 5HT del CNS, se ha recopilado inclusive una mayor información la cual soporta un rol fundamental de su participación en la depresión. Además de la muy impresionante evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas de serotonérgicas en la depresión tal como se ha evaluado post-mortem, en liquido cefalo raquídeo, (CSF) y en estudios neuroendocrinos, existen novedosos datos obtenidos a partir de exámenes post-mortem y de tomografías de emisión de positrones (PET), y estudios de imagenología que demuestran una reducción en el numero de sitios de fijación de transporte de serotonina (SERT) (El sitio de acción de los SSRIs) en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos libres de medicamento, al igual que una reducción en ambas presinápticas (en el cerebro medio) y pos-sináptica (en la corteza mesio-temporal) en la densidad del receptor 5HT 1^a ²⁰⁻²¹. Tomados en conjunto, estos datos sugieren una reducción neta en el numero y o funciones de las terminales nerviosas presinápticas 5HT y una reducción en la transducción de la señal post-sináptica serotonérgica, por lo menos en uno de los subtipos receptores 5HT. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor 5HT2, quizás debido a una relativa disminución en la disponibilidad de 5HT.

Vale la pena anotar dos nuevas e importantes observaciones sobre los circuitos 5HT en la depresión. El primero es la observación ahora bien replicada de que los pacientes deprimidos en remisión después de un tratamiento con SSRIs, cuando se encuentran con un reto por medio de una maniobra experimental que reduce la disponibilidad de 5 HT en el CNS, ejemplo, por el agotamiento del triptófano, exhiben un rápido y profundo retorno de los síntomas depresivos, en cuestión, en algunos casos, de unas cuantas horas²². Este hallazgo sugiere que en individuos

¹⁸ Nemeroff CB, Owens MJ: Contribution of modern neuroscience to developing new treatments for psychiatric disorders, in Treatment of Depression: Bridging the 21st Century. Edited by Weissman M. Washington, DC, APA Press, 2001, pp61–81

¹⁹ Dunlop BW, Nemeroff CB: The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:327–337

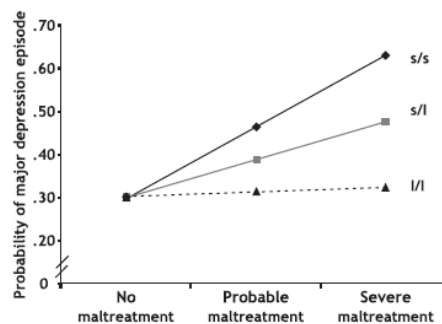
²⁰Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, Stanley M: Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. Neuropsychopharmacology 1996; 15:576–586

²¹ Drevets WC, Frank E, Price JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, Huang Y, Gautier C, Mathis C: PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. Biol Psychiatry 1999; 46:1375–1387

²² Charney DS: Monoamine dysfunction and the pathophysiology and treatment of depression. J Clin Psychiatry 1998; 59(Suppl 14):11–14

vulnerables, la reducción de la disponibilidad de 5HT está asociada con una rápida presentación de la depresión.

Resultados del Análisis de Regresión Estimando la Asociación entre el Mal Trato Infantil, entre las edades de 3 y 11 años de edad y la Depresión en la edad Adulta (18-26), como resultado de la Función del Genotipo 5-HT.



Reproduced from Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301:386–389

La segunda, y discutiblemente, una de las observaciones más notables en toda la investigación biomédica en la última década es la observación de que los individuos que el alelo s de la región promotora del gene SERT(SLC 6A4) son generalmente vulnerables a los efectos depresogénicos ahora bien documentados del estrés de los primeros años de vida, ejemplo, el abuso o el rechazo infantil, y aun más, que este efecto es "dependiente de la dosis", en términos del alelo s (una o dos copias) y en términos de la frecuencia y severidad del abuso ²³. Por lo tanto, los más vulnerables a la depresión son aquellos individuos con el genotipo s/s y los menos vulnerables son aquellos que presentan el genotipo l/l, aquellos individuos que presentan el s/l presentan un riesgo intermedio.

Este hallazgo es aun más extraordinario puesto que este polimorfismo ha demostrado su funcionalidad: los individuos s-s y los s-l exhiben una reducción en los sitios de fijación SERT en los estudios de imagenología PET comparados con los individuos l-l. Nótese que aquellos individuos con el genoma l-l son inmunes a los efectos depresogénicos de los traumas de los primeros años de vida, re-

²³ Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301:386–389

presentando un haplotipo resistente a la enfermedad. De los principales sistemas de catecolaminas, las NE que contienen circuitos han sido consideradas desde hace tiempo por estar involucradas patológicamente en la etiología de los desordenes del estado de ánimo²⁴. Similarmente a los medicamentos que aumentan la disponibilidad de 5HT, los inhibidores de la reabsorción de NE tales como reboxetina y nortriptilene son antidepresivos efectivos. Aun más, los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos en pacientes deprimidos en hallazgos postmortem soportan un rol para la disfunción de NE en la depresión. Las alteraciones en los circuitos nor-adrenérgicos pueden jugar un importante rol en pacientes con depresión resistente al tratamiento. Ya sea que los antidepresivos que se consideran que actúan sobre las neuronas 5HT y NE sean más efectivos que aquellos que sólo actúan sobre las neuronas 5HT o sobre las neuronas sigue siendo un área de controversia, pero recientes meta análisis sugieren que si existe alguna ventaja, esta es bastante pequeña²⁵.

En la última década, y parcialmente debido a las tasas tan frustrantemente bajas de remisión en los estudios clínicos a gran escala con los SSRIs y los SNRIs como se ha anotado anteriormente, se ha postulado un rol potencial para uno u otro circuito DA del CNS en depresión. Este advenimiento de una hipótesis de da en depresión, no es sorprendente en vista de que la inhabilidad para experimentar placer y hedonismo, es considerado por muchos, como el más importante de los síntomas patonómicos de la depresión y el placer, ya sea asociado con comer, socialización, o comportamiento sexual ha sido bien documentado como primordialmente mediado por las neuronas DA.

La anterior tabla resume la evidencia del rol de una alteración de los circuitos dopaminérgicos en depresión. En resumen, los estudios de imagenología PET y en tejidos post-mortem realizados, demuestran una reducción en los sitios de fijación del transportador DA²⁶ y una mayor densidad post-sináptico DA, D-2, D-3 lo cual indica una reducción de la disponibilidad sináptica de DA en depresión. Aquellas conclusiones sugieren que los tratamientos que aumentan la neurotransmisión de DA tal como los inhibidores de la monoamina oxidasa (MAOIs), agonistas receptores de DA, o triple (5HT), NE y DA) inhibidores de reabsorción (actualmente en desarrollo), pueden representar un novedoso abordaje para quienes no responden a los SSRI.

²⁴ Ressler KJ, Nemeroff CB: Role of norepinephrine in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. *CNS Spectr* 2001; 6:663–666

²⁵ Nemeroff CB, Entsuah R, Benattia I, Demitrack M, Sloan DM, Thase ME: Comprehensive Pooled Analysis of Remission (COMPARE) with venlafaxine vs SSRIs. *Biol Psychiatry* 2008; 63:424–434

²⁶ Meyer JH, Krüger S, Wilson AA, Christensen BK, Goulding VS, Schaffer A, Minifie C, Houle S, Hussey D, Kennedy SH: Lower dopamine transporter binding potential in striatum during depression. *Neuroreport* 2001; 12:4121–4125

Sistemas Serotonérgicos en Alteraciones de Depresión

Bajas concentraciones del principal metabolito de 5HT (5-hidroxi-indole ácido acético) los cuales se encuentran en el fluido céfalo raquídeo de los pacientes deprimidos y suicidas.

Una mayor densidad de los receptores 5 HT₂, los cuales han sido reportados post-mortem en las plaquetas sanguíneas y en el tejido cerebral de pacientes con depresión (podrá ser esta una respuesta compensatoria ante las bajas concentraciones de 5-HT sinápticas).

En el cerebro medio y en las plaquetas sanguíneas de pacientes con depresión, se ha observado una disminución de la densidad de los sitios de fijación del transportador de 5HT (SERT).

En pacientes con depresión se ha observado una disminución de las concentraciones de L-triptófano en plasma, el precursor del 5HT.

La carencia de 5HT en pacientes deprimidos en remisión provoca una rápida recurrencia de los síntomas depresivos.

Los polimorfismos en el gene SERT median los efectos depresogénicos del abuso infantil y el abandono.

En el CNS de los pacientes deprimidos se ha encontrado una mayor actividad de MAO-A.

Fuente: Nemeroff CB. Hallazgos Recientes en la fisiopatología de la Depresión. PSIMONART 2(1) 25-48-2009

Clasificación, Clínica y Criterios diagnósticos: Siguiendo fundamentalmente unas coordenadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10. Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de un trastorno Afectivo Mixto, ya que estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes.

I. Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32) o recidivante (F33)

- Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al

menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo – triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes),...-, la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo,...En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
- Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos.

- Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos.

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

- Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

- Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

- Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el con ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el

hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante).

- Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.

- Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.
- Cronicidad.
- Presencia de síntomas catatónicos.
- Melancolía. Criterios para su diagnóstico:
 - Uno de:
 - Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
 - Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.
 - Tres o más:
 - Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada)
 - Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
 - Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual)
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
 - Anorexia o pérdida de peso significativas.
 - Culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - Síntomas atípicos, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como depresión atípica. Diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica y preconizan tratarlo con IMAOs como primera indicación.
- Inicio en el post-parto: depresión puerperal.

II. Trastorno distímico (F34.1)

- Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

- Criterio B. Dos o más de los siguientes:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía vital.

- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

- Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes). De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha. Tras dos años o más tras la eventual remisión de una distimia, puede darse un nuevo diagnóstico de depresión mayor, realizándose en este caso ambos diagnósticos (depresión doble).

- Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaníaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.

- Criterios F y G. Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas, y enfermedades médicas.

- Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente. Por último, se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío; y la presencia de síntomas atípicos.

III. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) (F43.20 y F43.22)

Depresión reactiva. La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.

IV. Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

- Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo)
- El llamado trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

V. Reacción de duelo

En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima.

Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.

VI. Depresión en el anciano

La depresión en el anciano es uno de los máximos exponentes de la enfermedad psiquiátrica entendida bajo un paradigma teórico bio-psico-social, requiriendo un abordaje terapéutico en los tres ejes de actuación.

En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Cuando predominan los síntomas de tipo deficitario se habla de pseudodemencia depresiva.

VII. Depresión en la infancia y adolescencia

En este grupo de población también puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc. En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas para-suicidas, problemas escolares²⁷

Tratamiento:

- a) **Fármacos antidepresivos:** Hay disponibles revisiones sistemáticas de ensayos clínicos randomizados que han encontrado que los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en todos sus grados de severidad, en pacientes con y sin enfermedades orgánicas concomitantes.

²⁷ URL, <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre la eficacia de los distintos antidepresivos, que se distinguen más por su perfil de efectos secundarios. En conjunto, los pacientes toleran mejor los ISRS (y los de nuevas generaciones) que los Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La prescripción de antidepresivos es el único tratamiento para el que se ha encontrado una clara evidencia de efectividad en depresiones graves y en depresiones psicóticas (antidepresivos solos o en combinación con psicoterapia). Para depresiones más leves o moderadas son eficaces los antidepresivos, y también lo son algunas estrategias de psicoterapia (solas o en combinación con antidepresivos).

Algunos factores que pueden decidir la elección del antidepresivo son:

- Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo fármaco que ha probado anteriormente su utilidad (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado).
- Tolerancia a efectos secundarios. Perfil de toxicidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se toleran mejor, generalmente; y muchas veces, ya desde el inicio, se puede comenzar con dosis terapéuticas. Si se administran Antidepresivos tricíclicos o IMAO, es recomendable comenzar con dosis más bajas que las terapéuticas, debido a sus efectos secundarios. Los IMAO no se utilizan como primera elección, estando indicados en las llamadas depresiones atípicas, que responden mal a otros antidepresivos.
- Interacciones previsibles con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes.
- Coste económico.
- En cualquier caso, hay que tener presente que el efecto antidepresivo puede tardar en aparecer varios días o varias semanas, hasta llegar progresivamente a un punto óptimo que, cabe esperar, se mantenga. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo no puede ser desechado por su ineficacia, aunque evidentemente, en la práctica clínica, no siempre puede esperarse tanto tiempo.

Una breve enumeración de los principales antidepresivos disponibles en la actualidad, con dosis orientativas en adultos:

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (Noradrenalina, dopamina, serotonina)	
Antidepresivos tricíclicos	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina: 150 mgrs./ día • Clorimipramina: 150 mgrs./ día • Imipramina: 150 mgrs./ día • Nortriptilina: 75-150 mgrs./ día • Lofepramina: 140-210 mgrs./ día 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxapina: 300 mgrs./ día • Maprotilina: 150 mgrs./ día • Mianserina: 60-90 mgrs./ día • Nefazodona: 400 mgrs./ día • Trazodona: 300 mgrs./ día
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina	Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico
<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina: 150 mgrs./ día 	<ul style="list-style-type: none"> • Mirtazapina: 15- 30 mgrs./ día
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)
<ul style="list-style-type: none"> • Citalopram: 20-40 mgrs./ día • Escitalopram: 10-20 mgrs./ día • Fluoxetina: 20-40 mgrs./ día [90 mg dosis única semanal] • Paroxetina: 20-40 mgrs./ día • Sertralina: 50-150 mgrs./ día • Fluvoxamina: 100-200 mgrs./ día 	<ul style="list-style-type: none"> • Moclobemida: 300-600 mgrs./ día. Inhibidor selectivo y reversible • Trancilcipromina: 20 mgrs./ día. Inhibidor no selectivo e irreversible
Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina	
<ul style="list-style-type: none"> • Reboxetina: 4-8 mgrs./ día 	

Tomado de: URL. <http://www.scamfvc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

b) Psicoterapia:

- Información y educación. Hay que informar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad. Se trata, por un lado, de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza estable en el tiempo. Y que permita, en segundo lugar, una aproximación conjunta a la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento. El médico debe acompañar, y reforzar, el yo frágil del paciente, apoyándose en el establecimiento de esa relación de confianza.
- Psicoterapia de apoyo. Es imprescindible como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión. Además de la información y orientación ya mencionadas, se busca el refuerzo de las defensas del aparato psíquico del paciente; favorecer la búsqueda de apoyo emocional en otras personas cercanas; empatía del médico hacia la experiencia subjetiva del paciente.
- Psicoterapias psicodinámicas breves. (Malan, Sifneos, Davanloo). La psicoterapia psicoanalítica explora la presencia de una vida intrapsíquica, que permanece inconsciente para el paciente, y que está en el origen de sus síntomas. Estos serían el resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos. La psicoterapia trata de esclarecer y sacar a la luz de la conciencia esta dinámica intrapsíquica.
- Psicoterapia interpersonal (Klerman, Weissman). El proceso psicoterapéutico se enfoca al análisis de los síntomas en cuanto surgen en el contexto de los

roles o comportamientos que adopta el paciente en sus relaciones interpersonales.

- Terapia cognitiva (Beck) y cognitivo-conductual. La psicoterapia conductual pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Son varias las técnicas que han surgido de esta orientación redes sociales, asertividad, técnicas de exposición a los factores estresante, etc. La psicoterapia cognitiva resalta la importancia de las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno...Promover un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de futuras recaídas.

c) Otros tratamientos somáticos

Es frecuente el uso de ansiolíticos e hipnóticos como tratamiento coadyuvante para la ansiedad. Los neurolépticos se utilizan en depresiones con síntomas psicóticos. Los ansiolíticos y los neurolépticos se tratan con más en detalle en otras guías.

Existen otros tratamientos que pueden ser valorados por el segundo nivel asistencial ante situaciones especiales. La terapia electroconvulsiva (TEC) y la fototerapia pueden tener un espacio terapéutico en caso de:

- Resistencia a otras modalidades de tratamiento.
- Riesgo alto de suicidio, que no permita esperar el tiempo necesario a que el efecto de un antidepresivo o de la psicoterapia se establezca.
- Depresiones con síntomas de agitación psicomotriz difíciles no controlados con otros tratamientos.
- Depresión con síntomas psicóticos.
- Contraindicación u objeciones graves para el uso de antidepresivos (por ejemplo, tres primeros meses de embarazo)²⁸

2.1.3 BULIMIA NERVIOSA: De acuerdo con el DSM-IV la bulimia nerviosa es una patología consistente en atracones y métodos compensatorios inapropiados como vomito provocado, abuso de fármacos como laxantes y diuréticos o el ayuno o ejercicio exagerados para evitar ganar peso; estos métodos compensatorios deben ser utilizados mínimamente dos veces a la semana, por un periodo mínimo de tres meses.

El DSM-IV describe dos tipos de bulimia, uno purgativo y otro no purgativo.

- *PURGATIVO:* se caracteriza por el uso de laxantes, diuréticos y enemas y la auto provocación de vomito.

²⁸ URL, <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

- **NO PURGATIVO:** se caracteriza por conductas compensatorias como ejercicio excesivo y ayuno.

La bulimia nerviosa se presenta frecuentemente al final de la adolescencia y al inicio de la vida adulta y tiene un curso crónico o intermitente con periodos de remisión y atracones.

Actualmente se relaciona la aparición de bulimia con trastornos del estado de animo, en especial con trastorno depresivo mayor, trastorno distimico, ansiedad, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.

Etiología: Las causas de bulimia se han relacionado con factores de riesgo biopsicosociales como: Alteraciones emocionales, dieta restrictiva, historia familiar y baja autoestima, situando a esta ultima como el principal factor de riesgo para bulimia, así en un estudio realizado en Oxford en 1993 por marcus y fairburn establece que la baja autoestima lleva a una preocupación excesiva por el peso lo que desencadena conductas compensatorias como dietas restrictivas y atracones²⁹

Síntomas:

- Atracones o sobre ingesta de alimentos: El enfermo come una gran cantidad de alimentos en un espacio de tiempo muy corto.
- Provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, fármacos, o recurre a otros medios compensatorios para controlar el peso como ejercicio en exceso.
- Los ciclos de atracones y vómitos se manifiestan un mínimo de dos veces por semana.
- La autoestima del enfermo es baja y la identifica con su cuerpo, Depresión, ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza.
- Debilidad, Dolores de cabeza.
- Hinchazón del rostro por el aumento de las glándulas salivales y parótidas.
- Problemas con los dientes, mareos, pérdida de cabello, irregularidades menstruales, Arritmias que pueden desembocar en infartos.
- Deshidratación, Colon irritable y megacolon, Reflujo gastrointestinal.
- Hernia hiatal, Pérdida de masa ósea, Perforación esofágica, Roturas gástricas.
- Pancreatitis³⁰.

Clasificación: Criterios Diagnósticos para Bulimia Nerviosa

²⁹ URL, <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/679/67910108.pdf>

³⁰ URL, <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia>

- *CRITERIOS PARA LA BULIMIA NERVIOSA DEL DSM-IV.*

- Criterio A. Presencia de atracones recurrentes. Se caracterizan por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la mayoría de las personas en las mismas condiciones y circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

- Criterio B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso.

- Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de tres meses.

- Criterio D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

- Criterio E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

- *CRITERIOS PARA LA BULIMIA NERVIOSA EN LA CIE-10*

- Episodios repetidos de ingesta excesiva.
- Excesiva preocupación por el control del peso.
- Vómitos, utilización de purgantes después de las comidas.
- Excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal.
- A menudo, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa.
- Las conductas purgativas conducen a trastornos electrolíticos y complicaciones físicas³¹

Complicaciones:

- Erosión del esmalte de los dientes por contacto repetido con los contenidos ácidos gástricos, Caries dentales, Sensibilidad de los dientes a la comida fría o caliente
- Hinchazón y dolor de las glándulas salivarias (debido a los vómitos repetidos), Ulceras del estomago, Rupturas del estomago y del esófago, Trastornos de la función normal de los intestinos, Desequilibrio de los electrolitos, Deshidratación
- Latido irregular del corazón, Ataque de corazón (en casos severos), Libido bajo
- Riesgo aumentado suicidio³²

³¹ DÍAZ ATIENZA. Joaquín. Clínica y Diagnostico de la Bulimia Nerviosa. UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. HOSPITAL PROVINCIAL. ALMERÍA

³² URL, http://my.clevelandclinic.org/es/_/disorders/bulimia/hic_bulimia_nervosa.aspx

Tratamiento:

Para determinar los objetivos terapéuticos en el tratamiento de la bulimia debemos basarnos en modelos. Uno de ellos es el modelo cognitivo de la bulimia de McPherson creado en 1988.

Este modelo está basado en la proposición de que la bulimia es consecuencia de alteraciones cognitivas que se derivan de creencias y valores acerca de la imagen corporal y el peso. La principal creencia según este modelo es: "El peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social", así aparecen alteraciones cognitivas entre las cuales se destacan:

- **Pensamiento dicotómico (Polarización):** Divide la realidad en categorías extremas y opuestas sin grados intermedios.
- **Personalización:** Relaciona los acontecimientos con la propia conducta o como referidos a si misma sin base real que cree: "Me rechazan por mi aspecto".
- **Sobreestimación de la imagen corporal:** Se perciben más grueso de lo que son.
- **Autovaloración global y generalizada:** Se estiman y valoran globalmente en comparación con estándares sociales extremos.

El descontrol de la ingesta y la restricción de la dieta que se producen en forma de ciclos se relacionaría con las anteriores distorsiones cognitivas que interaccionarían con las necesidades biológicas de hambre en conflicto, produciéndose esos descontroles y la vuelta a los intentos de control restringiendo la dieta. Además como estas personas carecen de mejores estrategias de afrontamiento, tanto la necesidad de hambre como otras fuentes de estrés (p.e situaciones sociales) actuarían como señales predictivas de amenaza produciendo un estado de ansiedad que actuaría como "distracción cognitiva" y como "refuerzo negativo" reduciendo la ansiedad. El mecanismo del vómito auto-inducido respondería al mismo proceso descrito.

MODELO COGNITIVO DE LA BULIMIA

- HISTORIA PSICOEVOLUTIVA DE DESARROLLO (1)
- VULNERABILIDAD PERSONAL (2)
 - Desarrollo psicosexual
 - Déficits en habilidades sociales
 - Nuevas tareas de rol
 - Actitudes perfeccionistas
 - Valores culturales sobre la imagen y el cuerpo
 - Significados sobre Peso/imagen/autovaloración
- SITUACIONES ACTUALES ACTIVADORAS (3)
- ANSIEDAD (4)
 - Estresores agudos o crónicos de tipo social, an mico, etc.
 - Sensación de hambre
- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (5)
 - Descontrol de la ingesta
 - Uso de laxantes, vómitos, etc.
- EFECTOS-CONSECUENCIAS (6)
 - Corto-plazo: Reducción de la ansiedad, distracción del estrés, control ilusorio
 - Largo plazo: Incremento del malestar, culpa, disforia, etc.

Teniendo en cuenta el modelo anterior los objetivos terapéuticos serian:

- Desarrollar actitudes/creencias realistas acerca de la imagen corporal y el peso.
- Establecer un patrón normal de peso.
- Reducción del descontrol en la ingesta, vómitos y abusos de laxantes.
- Mejorar el funcionamiento personal general: auto-aceptación, afrontamiento de la ansiedad y funcionamiento social.
- Establecer la motivación para el tratamiento.
- En el modelo de terapia cognitiva/conductual se realizan 20 sesiones que se distribuyen en 3 fases de tratamiento así:

- ESTABLECIMIENTO DE LA RELACION Y SOCIALIZACION TERAPEUTICA:

Se establece la relación escuchando las quejas del paciente, y se transforma esas quejas en conceptos sobre sus problemas.

En esta fase el terapeuta es el encargado de explicar las consecuencias a largo plazo de el uso de laxantes y la inducción de vomito, se buscara la colaboración de amigos y familiares en el tratamiento.

- GENERACION DE ALTERNATIVAS COGNITIVAS/CONDUCTUALES:

Se hace un seguimiento regular de peso y comida y se identifica las fuentes de estrés que conllevan al descontrol de la ingesta.

- PREVENCIÓN DE RECAIDAS Y SEGUIMIENTO:

Se detectan posibles situaciones de riesgo y se realiza seguimiento con intervalos cada vez mayores entre consultas para descubrir los logros del paciente³³.

2.1.4 ANOREXIA: La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que por lo general comienza en la adolescencia y se caracteriza por una dieta determinada consistente en una ingesta de alimentos rigurosamente restringida sobretodo en grasas y carbohidratos, la mayoría de personas q sufren este tipo trastorno de la conducta alimentaria tienden a ser vegetarianos, también están acompañadas por el ejercicio compulsivo, y, en otros grupos de pacientes purgas, con o sin comida en exceso, que van a dar como resultado un bajo peso sostenido. Otras características incluyen los trastornos de la imagen corporal, mayor deseo de perder más peso, y el temor generalizado de la gordura³⁴.

La anorexia nerviosa se produce en dos tipos: el primero consistente en restringir los alimentos, el cual se caracteriza por marcada reducción de calorías, por lo general entre 300 y 700 Kcal por día, a menudo acompañada de ejercicio compulsivo. Y el segundo que consiste en atracones y purgas, en el cual encontramos que el exceso de comida puede consistir en un rango de pequeñas cantidades a varios miles de calorías. La purga por lo general comienza después de iniciada la dieta, que comúnmente se realiza con el uso de vómitos autoinducidos, o por el abuso de laxantes, y ocasionalmente con el uso de píldoras para adelgazar o diuréticos.

Existen condiciones psiquiátricas importantes que muy frecuentemente se asocian con la anorexia nerviosa, en los cuales están incluidos los principales trastornos de depresión o distimia, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Causas: Las causas al parecer son multifactoriales, dentro de las cuales se pueden encontrar factores determinantes que favorecen una sobrevaloración de la delgadez arraigada, percepción distorsionada del peso, y la evitación fóbica de muchos alimentos; como las influencias genéticas, Rasgos de la personalidad del perfeccionismo y la compulsión, Trastornos de ansiedad, historia familiar de depresión y la obesidad, y las presiones culturales con respecto a la apariencia³⁵.

³³ URL, <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual20.htm>

³⁴ KAYE.Walter. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents. *Physiol Behav.* 2008 April 22; 94(1): 121–135.
doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037.

³⁵ YAGER. Joel, ANDERSEN. Arnold Ex. Anorexia Nervosa. n engl j med 353;14, October 6, 2005

Factores de riesgo: En anorexia nerviosa podemos encontrar diversos factores de riesgo asociados, que predisponen de una manera subjetiva a la presentación de este trastorno, Dentro de los cuales encontramos los siguientes: crítica de la figura corporal, perfeccionismo, dietas especiales, dietas familiares, historia de trastorno de la conducta alimentaria, depresión, ser mujer adolescente; fumar y uso de drogas, abuso del alcohol, abuso sexual, obesidad, baja autoestima, alteraciones metabólicas, psicológicas, percepción distorsionada de la imagen corporal³⁶.

Acoplándonos a nuestra investigación que está realizada en una población universitaria se encuentran datos en la literatura que asocian factores de riesgo ocasionados en un ámbito universitario con la presentación de los TCA; como lo indica una investigación avalada por el Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que menciona varios de estos factores de riesgo como son: las crisis depresivas, el estrés y la ansiedad, además teniendo en cuenta un factor muy importante que es la edad, ya que la mayoría de esta población se encuentra entre las edades de riesgo que son de 12 a 25 años.

Signos y síntomas: Se encuentra que los trastornos de la conducta alimentaria parecen generar un gran conjunto de trastornos gastrointestinales, neurológicos y endocrinos.

Las manifestaciones de este tipo de desordenes aparecen por lo general en la mitad de la adolescencia, antes del desarrollo de un síndrome completo que implique complicaciones clínicas de gravedad, con una prevalencia de 0.5% para AN y 1% para BN³⁷

Dentro de los signos y síntomas se encuentran: la pérdida de tejido subcutáneo, grasa, hipotensión ortostática, bradicardia, alteración de la función menstrual, caída del cabello, y la hipotermia. También pueden verse afectadas las medidas de laboratorio como: los niveles de electrolitos séricos y la función tiroidea. Las complicaciones médicas pueden persistir en la edad adulta e incluyen la osteopenia y la osteoporosis.

En los trastornos de la conducta alimentaria debido a la restricción tan marcada de sustratos que se le ocasiona al cuerpo, a largo plazo puede ocasionar secuelas importantes en la salud de la persona afectada, por ejemplo en los Adolescentes puede presentarse baja estatura con respecto a la población normal y fracturas por estrés.

³⁶ CANO CORREA. Álvaro Andrés et all. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Med UNAB. 7 de septiembre de 2007

³⁷ FANDIÑO. Andres et all. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007 (Octubre-Diciembre)

También se puede encontrar asociado a los anteriores signos y síntomas las anomalías en la función cognitiva debida a la pérdida tanto de sustancia blanca como sustancia gris en el cerebro; se pueden generar en mujeres que han sufrido anorexia nerviosa mayores tasas de aborto involuntario y niños con bajo peso al nacer³⁸

Diagnostico: Existen varios criterios diagnósticos que pueden llegar a orientar a una anorexia entre los cuales están: la sobrevaloración de la figura y el peso, mantener un peso muy bajo (IMC <17.5 kg/m²), y amenorrea en mujeres fértiles que no usan anticonceptivos.

El diagnóstico de la anorexia nerviosa se realiza sobre la base de la historia clínica que debe ser completa y debe incluir la información tanto referida por el paciente y en este tipo de trastornos muy importante es indagar a miembros de la familia, amigos y profesores o personas en contacto con la persona afectada; la cual da lugar a la revelación de los aspectos característicos asociados a anorexia nerviosa como son la sobrevaloración de la delgadez y los comportamientos de restricción alimentaria anormales, ejercicio compulsivo, y en ocasiones los atracones y las purgas y muy importante estos basados en un examen físico que revela la delgadez excesiva.

Las medidas para determinar los cambios antropométricos significativos no son las mismas en todos los estudios, pues a veces el criterio es el IMC y en otras ocasiones el punto de comparación es el promedio del peso poblacional pareado³⁹.

En caso de los pacientes en los que la anorexia está caracterizada por la purga puede aparecer aspectos físicos importantes: la ampliación de las glándulas salivales, erosiones del esmalte dental, y las cicatrices en el dorso de las manos debidas a la autoinducción repetida de vómito

Hasta el momento no existen pruebas específicas de laboratorio que confirmen el diagnóstico. Pero si se pueden realizar pruebas adicionales que guíen la evolución clínica de un paciente con este tipo de trastornos, como la absorciometría dual de rayos X de hueso el cual es muy recomendable, debido a la osteopenia que puede ocurrir dentro de los seis meses siguientes a la elaboración de amenorrea ocasionada por anorexia nerviosa⁴⁰. También es importante evaluar función suprarrenal, en particular los niveles de cortisol y la DHEA⁴¹.

³⁸ YAGER. Joel, ANDERSEN. Arnold Ex. Anorexia Nervosa. n engl j med 353;14, October 6, 2005

³⁹ FANDIÑO. Andres et all. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007 (Octubre-Diciembre)

⁴⁰ YAGER. Joel, ANDERSEN. Arnold Ex. Anorexia Nervosa. n engl j med 353;14, October 6, 2005

⁴¹ PATRICK. Lyn. Eating Disorders: A Review of the Literature with Emphasis on Medical Complications and Clinical Nutrition. Alternative Medicine Review Page 184. Volume 7, Number 3 2002

Debido a que como ya se menciono anteriormente no existen pruebas de laboratorio que sean netamente diagnosticas para este trastorno se puede realizar una prueba de cribado simple que podría ayudar a determinar los casos en los que se requiere una evaluación adicional ocasionada por trastornos de conducta alimentaria. Al hablar de una prueba de cribado simple se refiere la encuesta SCOFF que es un instrumento breve y sencillo, y que ha mostrado adecuadas sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA en la población de habla inglesa, razón por la cual es la mejor candidata para resolver la necesidad de un diagnostico rápido. Este cuestionario SCOFF es un instrumento altamente efectivo para tamizar formas completas de AN, tanto restrictiva como purgativa, y de BN de tipo purgativo⁴²

Tratamiento: En la actualidad, ha habido pocos estudios clínicos que guíen a un tratamiento efectivo y comprobado, pero varias observaciones basadas en estudios anteriores sugieren una atención central direccionada a la recuperación del peso corporal adecuado para cada individuo, modificando sus estilos de vida.

El tratamiento además de la recuperación del peso corporal también está basado en la motivación que se debe brindar al paciente llevándolo a reconocer su enfermedad, lo que va a facilitar la adherencia al mismo. Así mismo se debe tener en cuenta la participación de la familia como parte necesaria e imprescindible del proceso.

La asociación de estos dos contextos de tratamiento, se debe educar al paciente y su familia acerca de la naturaleza de la enfermedad, los graves riesgos para la salud que conlleva, los tratamientos eficaces, y la necesidad inevitable de un estricto seguimiento, informando que deben ser vistos con regularidad, por lo general semanalmente, para un adecuado control del peso, control de signos físicos, exámenes de laboratorio tales como: valores cardiovasculares y niveles de electrolitos, dependiendo la evolución clínica del paciente y el curso de su enfermedad, si está asociada o no a trastornos importantes de algún sistema corporal.

Dentro del personal que debe estar presente desde el diagnostico hasta la evolución del tratamiento se deben encontrar un médico, un psiquiatra o psicólogo que se encuentre muy bien familiarizado con la anorexia nerviosa y el registro detallado de un dietista⁴³.

⁴² RUEDA. Jaime et all. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Aten Primaria. 2005;35(2):89-94 | 89.

⁴³ YAGER. Joel, ANDERSEN. Arnold Ex. Anorexia Nervosa. n engl j med 353;14, October 6, 2005

La atención a las deficiencias nutricionales contribuye a mejorar los funcionamientos fisiológicos y neurológicos⁴⁴. Una ingesta calórica de aproximadamente 1200 a 1500 Kcal general, se recomienda inicialmente, con el semanal aumento de 500 Kcal por día entre los pacientes externos para una recuperación del peso de 0,5 a 0,9 kg por semana.

Se pueden encontrar indicaciones para la hospitalización, dependiendo del estado fisiológico y psiquiátrico del paciente, y la motivación de la familia, la viabilidad de consulta externa para la recuperación del peso, y la disponibilidad de los recursos locales. Dentro de estas indicaciones están: los pacientes adultos cuyo peso es superior a 25 por ciento por debajo del peso esperado y los niños o adolescentes que están perdiendo peso rápidamente, independientemente del porcentaje de peso corporal perdido; este grupo de pacientes por lo general requieren hospitalización para asegurar la ingesta de alimentos y límite físico de la actividad. La intervención temprana en estados evolutivos de la enfermedad no avanzada puede reducir el riesgo de la arritmia y la pérdida de masa cerebral cortical asociados a la anorexia nerviosa⁴⁵.

Las personas con anorexia nerviosa por lo general tienden a realizar resistencia al tratamiento. En parte esto se debe a la naturaleza de la enfermedad, caracterizada por la negación del paciente de bajo peso y la negativa a aceptar la gravedad de las consecuencias médicas que conllevan la enfermedad⁴⁶.

En la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, antes que enfatizar en su diagnóstico temprano, se debería tener en cuenta aspectos importantes de prevención, los adultos tienen que asumir la responsabilidad de enseñar a los niños hábitos saludables, y una de las mejores maneras de hacerlo es creándoles modelos de alimentación saludable y ejercicio; claro que es complicado, ya que hoy en día debido a la abundante publicidad generada por las marcas comerciales genera tendencias a desarrollar trastornos psicológicos que influyen en las conductas diarias de un niño, un adolescente o un adulto. Teniendo en cuenta que los medios de comunicación constituyen una fuerza formidable, que no se puede cambiar fácilmente. Sin embargo, no es el único factor asociado y culpable, aquí es donde también juega un papel muy importante la influencia familiar y los valores inducidos en el mismo en el desarrollo de un niño, y la responsabilidad de

⁴⁴ PATRICK. Lyn. Eating Disorders: A Review of the Literature with Emphasis on Medical Complications and Clinical Nutrition. *Alternative Medicine Review* Page 184. Volume 7, Number 3 2002

⁴⁵ YAGER. Joel, ANDERSEN. Arnold Ex. Anorexia Nervosa. *n engl j med* 353;14, October 6, 2005

⁴⁶ KAYE. Walter. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa *Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents. *Physiol Behav.* 2008 April 22; 94(1): 121–135. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037.*

los padres en encontrar una manera de aprovechamiento de esos medios en pos educativo⁴⁷.

La bulimia y la anorexia, relacionadas con otros trastornos mentales surgen por diversas causas, agrupadas en grupos grandes y se describen así:

- **Causas Genéticas**

Hay suficiente evidencias para afirmar que los desórdenes de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad) poseen un componente que corresponde a la herencia, además de otros componentes externos tales como las influencias sociales, familiares, profesionales, etc. La determinación de los genes responsables llevará al desarrollo de campañas preventivas más efectivas y de nuevos tratamientos alternativos.

Una de las evidencias de que los desórdenes alimentarios tienen un componente genético es su susceptibilidad hereditaria, es decir, se encuentran más frecuentemente en determinados grupos familiares. Dada la trascendencia de estas nuevas metodologías de estudio, también habrá que tener en cuenta los aspectos éticos y sociales que traerá aparejado. Actualmente, el Diagnóstico Genético no es accesible a toda la sociedad por su escasa difusión y por su elevado precio, pero ya este último punto se está revirtiendo.

Además, es tema de gran controversia aún, en los Congresos de Ética sobre aplicación de nuevas tecnologías, pero es inevitable la expansión y posterior generalización de esta importante herramienta de diagnóstico.

- **Causas Culturales**

Hoy en día la dieta y el control del peso para satisfacer normas falsas de delgadez extrema han hecho que muchas mujeres jóvenes sean dominadas por un ideal de cuerpo que no coincide con lo que normalmente se ve en nuestra sociedad.

Como consecuencia de ello muchos jóvenes entre los 15 y los 26 años están insatisfechos con su silueta, y se sienten culpables de comer aunque sean porciones razonables. Se someten así a dietas desequilibradas y sin control médico que pueden desembocar directamente en una serie de síntomas, como comer por atracones y sufrir abruptos cambios en el estado anímico.

⁴⁷ L. Jennifer et all. Body Image, Media, and Eating Disorders. Academic Psychiatry, 30:3, May-June 2006

El ideal de delgadez extrema ha penetrado, tanto en nuestro sistema de valores, que mucho de los síntomas de los desordenes de la alimentación no son considerado anormales para la gente común. Se ha demostrado, por ejemplo, que este tipo de trastornos no se desarrolla solo en personas con perturbaciones de personalidad o problemas familiares.

Dadas las presiones culturales para conseguir o mantener la delgadez, no es difícil de entender como muchas mujeres, especialmente las inseguras, llegan a la conclusión de que sus fracasos personales están relacionados solo con su peso, o que ser absolutamente flacas puede mejorar probablemente su autoestima

- **Causas Sociales**

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad –entre los 12 y los 25 años– dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes –expresa el Dr. Olkies– las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos.

Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero". Si te encontráis entre ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los OUT.

Estas patologías son de origen multifactorial, donde las personas tienen la principal característica rechazo a mantener un peso normal y adecuado actualmente los adolescentes se dejan llevar por los diferentes estereotipos que nos muestra la época del consumismo además cada joven se preocupa por su figura por tener las medidas perfectas haciendo así dietas no controladas por expertos y presentando sintomatología como anemia, amenorrea, pérdida de peso, es por eso que se realiza este estudio porque es ya una patología que se presenta a diario y es un problema de salud pública a nivel regional, nacional e internacional.

- **Causas Familiares**

Se considera que la familia, específicamente el medio familiar, establece no sólo el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, sino que se estructuran de modo tal que constituyen un elemento fundamental de su génesis.

La información de la primera infancia permite ubicar un lugar esencial, y las modalidades particulares de comunicación de una determinada familia, en un momento específico de su historia, darán sin lugar a dudas las claves del desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad.

En los estudios de los aspectos familiares es necesario centrarse en una primera etapa en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio, por un lado, aparece como un personaje fuerte, rígido, dominante, pero al mismo tiempo poco cálido.

Por otro lado, se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de estas madres, donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia, en más de un 60% de las pacientes tratadas. Se ha notado que en los primeros años de su desarrollo evolutivo éste estado depresivo materno impidió esa empatía necesaria entre la niña y su madre, especialmente en el período de lactancia.

Esta contradicción es sólo aparente, ya que su posición dominante y rígida de carácter, encubren a una madre deprimida, que se percibe a si misma como débil, desbordada y desvalorizada.

Dentro de esta perspectiva se debe considerar qué lugar ocupa cada uno en la problemática del otro, al respecto es la anoréxica quién va a ocupar un lugar particular en la madre.

La investidura maternal es de naturaleza narcisista y valoriza principalmente de la niña performances socialmente reconocidas, pero que irían en detrimento de todo aquello que es más personal y afectivo.

Esta sobre-investidura aparente de la niña, contrasta en definitiva con el carácter frustrante de la madre, su falta de afecto o bien su incapacidad para transmitirlo y lo que es más manifiesto, su insatisfacción permanente

- **Causas Psicológicas**

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

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero), pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Entre los síntomas de estas enfermedades sobresalen los de origen conductuales, físicos, psicológicos con consecuencias severas que incluso podrían llegar a la muerte.⁴⁸⁻⁴⁹

La familia es la base de todos los valores y principios que posteriormente van ayudar al joven a formarse y a tener un autoestima muy alta, para no criticar sus defectos sino tratar de que estos sean lo menos insignificante posibles en su vida. Las madres son un ejemplo social para sus hijos es por eso que es de vital importancia el trabajo con toda la familia ya que es el pilar donde se fortalecen las creencias, hábitos y actitudes de los individuos, buscando información, identificando los factores de riesgo y modificando las diferentes conductas, promoviendo estilos de vida saludables.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

SAN JUAN DE PASTO:

El Pasto de hoy es el resultado de su interrelación con el entorno regional como epicentro de la vida social, económica, cultural y política del departamento de Nariño con el resto del País, condicionada por un modelo de crecimiento económico nacional que concentró los mayores recursos y los mejores esfuerzos, únicamente en los llamados "polos de desarrollo"; y con el resto del mundo, particularmente con Ecuador, por ser Pasto parte de la frontera activa con esa hermana nación.

San Juan de Pasto se ha convertido en el centro de estudio de los jóvenes Nariñenses, debido a que diferentes universidades se han establecido en esta ciudad, promoviendo una mejor oferta de carreras universitarias, técnicas y tecnológicas.

⁴⁸ URL, http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/echeverria_s_e/capitulo1.pdf

⁴⁹ URL, <http://tamborretrastornos.blogspot.com/>



Fuente:

<http://pwp.etb.net.co/fdrojas/ciudades/pasto.htm>

Universidad de Nariño: En la primera etapa sus orígenes se remontan al año de 1712, cuando se estableció el Colegio de la Compañía de Jesús gracias a numerosas campañas y donaciones de la comunidad, la cual logró reunir la suma de 43.000 patacones para la construcción del colegio, en el mismo sitio donde hoy se encuentra la sede de la Universidad, en el centro de la ciudad⁵⁰.

La segunda etapa transcurre entre 1940 y 1959, el cual es un período de consolidación, en el que la Universidad contribuyó al desarrollo de la educación a través de la Facultad de Derecho, los Liceos de Bachillerato y la Escuela de Música y Pintura.

A partir de la década del sesenta, se produjo un avance hacia la modernización y ensanche de la Universidad involucrando la educación tecnológica y el mejoramiento de los servicios existentes. Entre sus once facultades tiene 34 programas y la facultad de derecho tiene dos jornadas diurna y vespertina con una duración de 5 años. El Decano de la Facultad: Emilio Ortega Delgado.

El programa de derecho formara personas con conocimientos jurídicos de calidad y competencias cognitivas, investigativas, interpretativas y comunicativas, necesarias para el ejercicio profesional, tanto en la judicatura, administración pública, la conciliación la actividad política, el litigio y el trabajo interdisciplinario con alto sentido de responsabilidad social⁵¹.

⁵⁰ URL, <http://www.udenar.edu.co/historia5.aspx>

⁵¹ URL, <http://akane.udenar.edu.co/siweb/pregrado/?p=170>



Fuente: <http://frentecomununiversitario.wordpress.com/2008/09/04/solicitud-revocatoria-del-mandato/>

Universidad Mariana: La Universidad Mariana es una institución de Educación Superior fundada en el año 1967, es el fruto de una propuesta efectuada en el marco del II Congreso Internacional por la Congregación de Religiosas Franciscanas de María Inmaculada, constituida como persona jurídica de derecho privado y organizada como Fundación, con personería Jurídica reconocida mediante Resolución 230 del 25 de marzo de 1970, expedida por la Secretaria de Gobierno de la Gobernación de Nariño, vigente hasta la fecha y registrada como Universidad mediante Resolución 1362 del 3 de febrero de 1983, expedida por el Ministerio⁵².

MISION: El Programa de Derecho de la Universidad Mariana, está adscrito a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales; ofrece formación integral con identidad institucional promoviendo el desarrollo de competencias, capacidades y valores sociales, que permitan comprender, resignificar y conceptualizar los conocimientos del saber jurídico, superando el simple tecnicismo normativo, por medio de un espíritu crítico, reflexivo y creativo, para alcanzar la equidad, la justicia social y la cooperación en el desarrollo regional.

VISION: El Programa de Derecho de la Universidad Mariana se reconocerá como uno de los más destacados en el ámbito regional y nacional, promocionará juristas altamente calificados para desempeñarse con competencias básicas en lo jurídico, administrativo y financiero, complementando su formación académica mediante prácticas formativas que los capacite para la asesoría y consultoría, la defensa

⁵² URL, <http://www.umariana.edu.co/>

administrativa o judicial de los derechos de sus representados y la eficiente gestión de asuntos jurídicos al servicios de entidades públicas y privadas⁵³.

Entre sus cuatro facultades profesionales ofrece 14 programas y a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales pertenece el programa de derecho tiene dos jornadas diurna y nocturna con una duración de 5 años (10 semestres).

El Decano de la Facultad: Oscar Valdeverde Riascos.



Fuente:

http://unimariana.blogspot.com/2010_05_01_archive.html

Institución Universitaria CESMAG: Entre sus cinco facultades profesionales ofrece doce (12) programas y a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas pertenece el programa de derecho tiene dos jornadas diurna y nocturna con una duración de 5 años (10 semestres). El decano de la facultad es: John Erik Chávez.

VISION: tiene el propósito permanente de formar "HOMBRES NUEVOS PARA TIEMPOS NUEVOS", en la concepción del hombre renovado según el Evangelio, con capacidad para afrontar el espacio de ciencia y tecnología siempre cambiante. Es de su esencia la formación integral de la persona, entendida como la educación en valores de alto contenido espiritual, educación de la inteligencia emocional, del intelecto y del armónico desarrollo corporal. Fiel a los principios que orientaron su creación Franciscano-capuchina, desarrollará su acción educativa con especial referencia a los jóvenes de menores recursos económicos.

MISIÓN: como Institución Católica, orientada por los principios de la pedagogía franciscano-capuchina, ofrece formación integral, personalizante y humanizadora a la comunidad universitaria y, fiel al pensamiento de su Fundador, abre espacios

⁵³ URL, <http://www.umariana.edu.co/derecho.htm>

educativos preferentemente a los más necesitados, y se compromete en la formación técnica, tecnológica, profesional y de postgrado con excelencia para que la persona en su desempeño, induzca el desarrollo, transformación e innovación de la sociedad⁵⁴.



Fuente:
http://es.wikipedia.org/wiki/Instituci%C3%B3n_Universitaria_CESMAG

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Anorexia nerviosa:** es un severo y prolongado desorden alimentario que se caracteriza por una pérdida de peso auto impuesto que luego se torna indomitable, y se ve inducido por una disminución en la ingesta y exceso de actividad física.
- **Bulimia nerviosa:** es un tipo de desorden alimentario caracterizado por una ingesta desmedida seguida por atracones que inducen el vómito para evitar el aumento de peso, pero que no siempre muestra una disminución del mismo. La bulimia puede ser purgativa, cuando después del vómito se recurre al uso de diuréticos, laxantes y anorexígenos, o restrictiva, cuando no se recurre a vómitos, ni a laxantes, y pueden existir atracones.
- **Trastornos de la conducta alimenticia (TCA):** Se refiere en general a trastornos psicológicos graves en el comportamiento de la ingesta de

⁵⁴ URL, <http://www.iucesmag.edu.co/>

alimentos. Los trastornos alimentarios más conocidos que se enmarcan dentro de este conjunto son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

- **Trastorno por atracón:** La persona afectada ingiere frecuentes comidas en donde la cantidad de alimento es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares, comen de forma incontrolable hasta tener la sensación de llenura.

Las razones que causan este desorden son muy similares a las de los Comedores Compulsivos: utilizan el atracón como una forma de esconderse y de huir de sus emociones, para llenar un vacío interno y para manejar y evadir el diario estrés, la angustia y el dolor.⁵⁵

- **Purgativo:** uso de laxantes, diuréticos y enemas y la auto provocación de vomito.
- **No Purgativo:** se caracteriza por conductas compensatorias como ejercicio excesivo y ayuno⁵⁶.
- **Depresión:** El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente⁵⁷.
- **Distimia:** Es una forma crónica de depresión que se caracteriza por estados de ánimo permanentemente bajos, pero no tan extremos como otros tipos de depresión⁵⁸.
- **Melancolía:** no es considerada una entidad nosográfica independiente por el manual de los trastornos mentales (DSM-IV). Se trata de una de las subcategorizaciones de la psicosis. Así la psicosis se subdivide en paranoia, esquizofrenia y melancolía. Caracterizada esta última por ser una

⁵⁵ URL, <http://tamborreltrastornos.blogspot.com/>

⁵⁶ URL, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/679/67910108.pdf>

⁵⁷ URL, http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml

⁵⁸ URL, <http://www.clinicadam.com/salud/5/000918.html>

posición subjetiva donde la relación con los objetos toma características de totalidad⁵⁹.

- **Estrés:** Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o ansioso. Lo que es estresante para una persona no necesariamente es estresante para otra⁶⁰.
- **Ansiedad:** La ansiedad es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro. (miedo, fobia, angustia, tensión, preocupación,...). La persona cursa con recelo, nerviosismo o miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual puede aumentar la angustia que uno siente⁶¹.
- **Autoestima:** La autoestima es la concepción afectiva que tenemos sobre nuestra propia persona partiendo de nuestro conocimiento del propio auto concepto es decir saber quiénes somos cuanto nos queremos y cuanto nos valoramos⁶².
- **Trastornos del Estado de Ánimo:** los trastornos del estado ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (por ej. trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes⁶³
- **Sentimientos de Culpa:** Puede designar un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprehensible, pudiendo ser la razón que para ello se invoca más o menos adecuada (remordimientos del criminal o auto-

⁵⁹ URL, <http://www.clinicapsi.com/melancolia.htm>

⁶⁰ URL, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm>

⁶¹ URL, <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/ansiedad.htm>

⁶² URL, <http://www.psicopedagogia.com/definicion/autoestima>

⁶³ URL, http://www.redsanar.org/Textos/Trastorno_Distimico.htm

reproches de apariencia absurda), o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto Preciso del que el sujeto pudiera acusarse⁶⁴.

- **Dieta:** es la pauta que una persona sigue en el consumo habitual de alimentos. Etimológicamente la palabra «dieta» proviene del griego *dayta*, que significa 'régimen de vida'. Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al 'conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente'.
- **Diuréticos:** toda sustancia que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y sodio en el organismo, a través de la orina. Los diuréticos, como medicamentos, pueden ser de varias clases:
 - De asa (por actuar en el asa de Henle renal)
 - Tiazídicos (derivados de la tiazida)
 - Inhibidores de la anhidrasa carbónica
 - Ahorradores de potasio, que pueden ser de dos clases: Inhibidores de los canales de sodio y antagonistas de aldosterona
 - Osmóticos
- **Laxantes:** Son todos aquellos medicamentos que producen un aumento del ritmo intestinal generando una mayor frecuencia de las deposiciones. Pueden hacerlo por el aumento de la movilidad de los músculos de la pared intestinal: son los llamados estimulantes (Antraquinonas, Fenolftaleína, Bisacodilo, etc.). Estos tienen una acción directa sobre las terminaciones nerviosas del intestino, especialmente en el colon. Los emolientes (Docusato sódico), producen una disolución de los residuos grasos con el agua intestinal de esta forma las heces se ablandan y se eliminan con facilidad. Los lubricantes (Parafina líquida, Aceite de oliva) producen un espeso recubrimiento graso que cubre las heces, impidiendo la pérdida de agua por las mismas y haciendo más fácil su eliminación. Otro grupo de laxantes producen aumento del bolo intestinal (Metilcelulosa, Semillas de plantago, Agar) por lo que se estimula su eliminación. Los laxantes osmóticos (sulfatos, sales de magnesio) producen un estímulo en la salida de líquidos hacia la luz del intestino, por lo que aumenta el volumen del bolo intestinal y se provoca también el aumento del peristaltismo. Se suelen utilizar otros laxantes físicos como son los supositorios de glicerina, aceite de ricino, la Lactulosa, y el Lactitol, que estimulan a nivel del recto los reflejos nerviosos de la defecación⁶⁵.

⁶⁴ URL, http://www.depression.psicomag.com/trast_depre_mayor.php

⁶⁵ URL, <http://www.tuotromedico.com/temas/laxantes.htm>

- **Obesidad y sobrepeso:** La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²) — es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30⁶⁶.
- **Hipotensión ortostática:** La hipotensión ortostática es una condición de regulación de presión arterial anormal al ponerse de pie. La presión arterial disminuye de forma abrupta, más de 20/10 mm Hg, cuando se pone de pie desde una posición en la que se encuentra acostado o sentado⁶⁷.
- **Densitometría ósea: (DMO)** mide la cantidad de calcio y otros tipos de minerales presentes en una sección del hueso. Se utiliza este examen, junto con otros factores de riesgo, para predecir el riesgo de fracturas óseas en el futuro, el cual es más alto en personas con osteoporosis⁶⁸.
- **Osteoporosis:** enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por baja masa ósea y deterioro en la micro-arquitectura del tejido óseo, que origina fragilidad ósea aumentada con el consecuente aumento en el riesgo de fractura⁶⁹.

⁶⁶ URL, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

⁶⁷ URL, <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-41479947abca6797a602&chunkiid=104084>

⁶⁸ URL, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007197.htm>

⁶⁹ URL, <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/Osteoporosis.pdf>

2.4 MARCO LEGAL.

Actualmente en Colombia se cuenta con leyes como:

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA: Contempla 10 prioridades nacionales en salud, entre las cuales se encuentra la de salud mental.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO:

Este programa se encuentra a cargo del instituto departamental de salud de Nariño

y pretende mejorar las condiciones de todos sus habitantes amparándose en⁷⁰:

- **La Constitución Política de 1991**
- **La Ley 100 de 1993:** Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia y otras disposiciones⁷¹
- **La Ley 715 del 2001:** por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros⁷².
- **La Ley 1122 del 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones⁷³.
- **Decreto 3039 de 2007-2010:** Plan Nacional de Salud Pública⁷⁴
- **Resolución 425 de 2008:** Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales⁷⁵.
- **Resolucion 035-----:** Realización de Investigaciones en Humanos.

⁷⁰ URL, <http://www.descentralizadrogas.gov.co/>

⁷¹ URL, <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>

⁷² URL, http://www.unal.edu.co/secretaria/normas/ex/L0715_01.pdf

⁷³ URL, <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

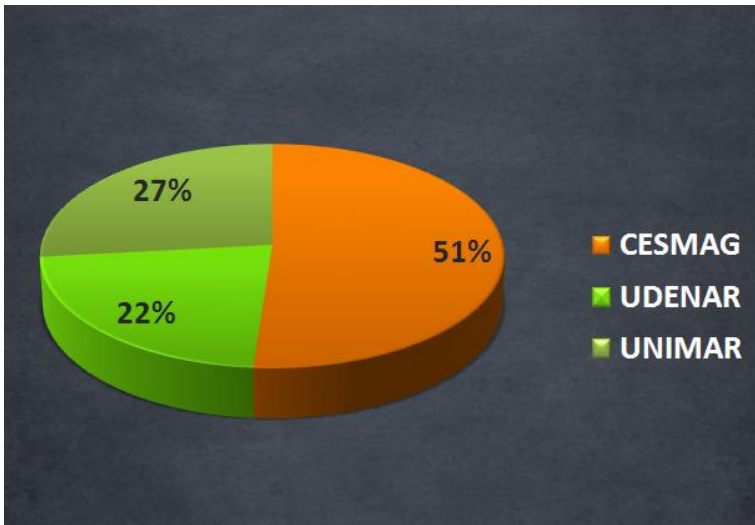
⁷⁴ URL, http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/decreto/2008/decreto_3039_2008.html

⁷⁵ URL,

http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras_leyes/resolucion%20425%20intervenciones%20colectivas%20PyP.pdf

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

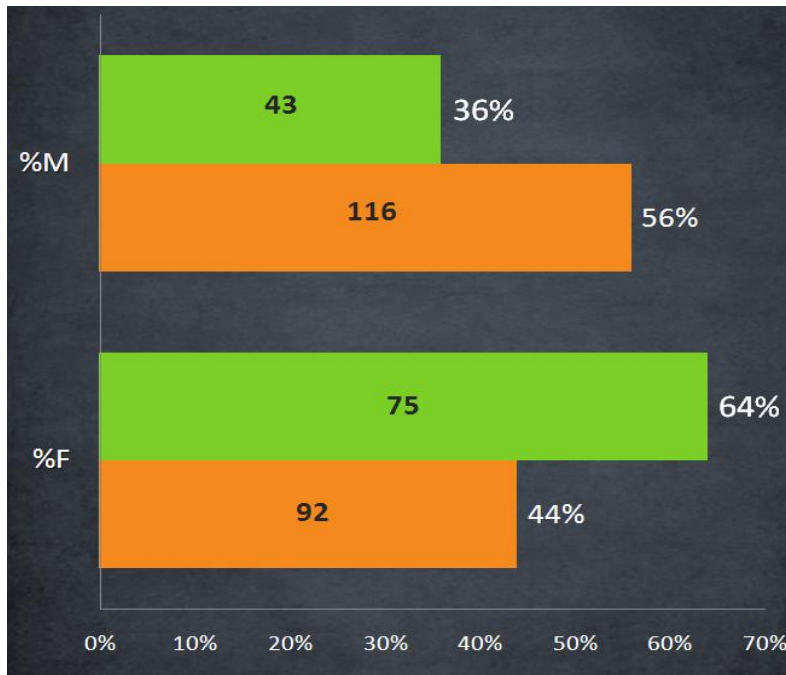
Grafico # 1 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho - Universidad de Nariño, Universidad Mariana, CESMAG – Primer Semestre 2011



Fuente esta investigación

Del total de la muestra (326 estudiantes), a los cuales se les aplicó el formato de recolección de información (encuestas), en el gráfico # 1 se evidenció el porcentaje de la población universitaria de acuerdo a cada universidad, el 22% correspondió a la Universidad de Nariño, el 27% correspondió a la Universidad Mariana, y el 51% a la Institución Universitaria CESMAG.

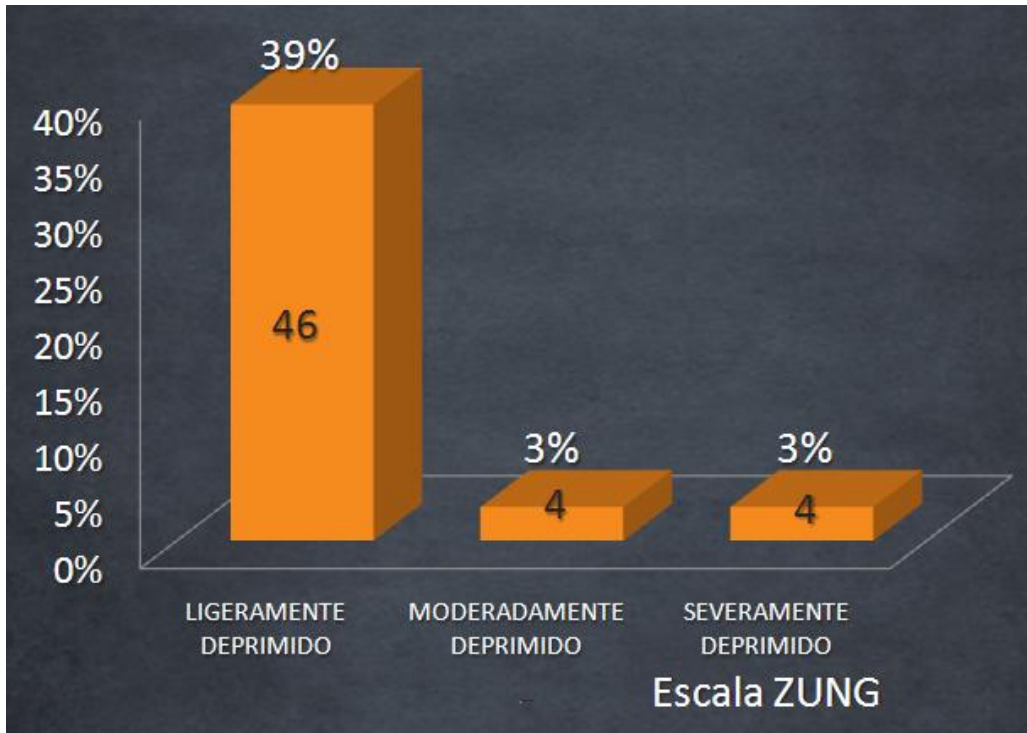
Grafico # 2 Distribución de la Población universitaria del Programa de Derecho - Universidad de Nariño, Universidad Mariana, CESMAG – Primer Semestre 2011 Según Cuestionario SCOFF y Genero



Fuente esta investigación

Del total de la muestra a los cuales se les aplicó el formato de recolección de información, se evidenció el comportamiento de acuerdo a la Cuestionario SCOFF que identificó el riesgo según el Género, el 64% correspondió al género femenino población que se encuentra en riesgo y el 36% correspondió al género masculino.

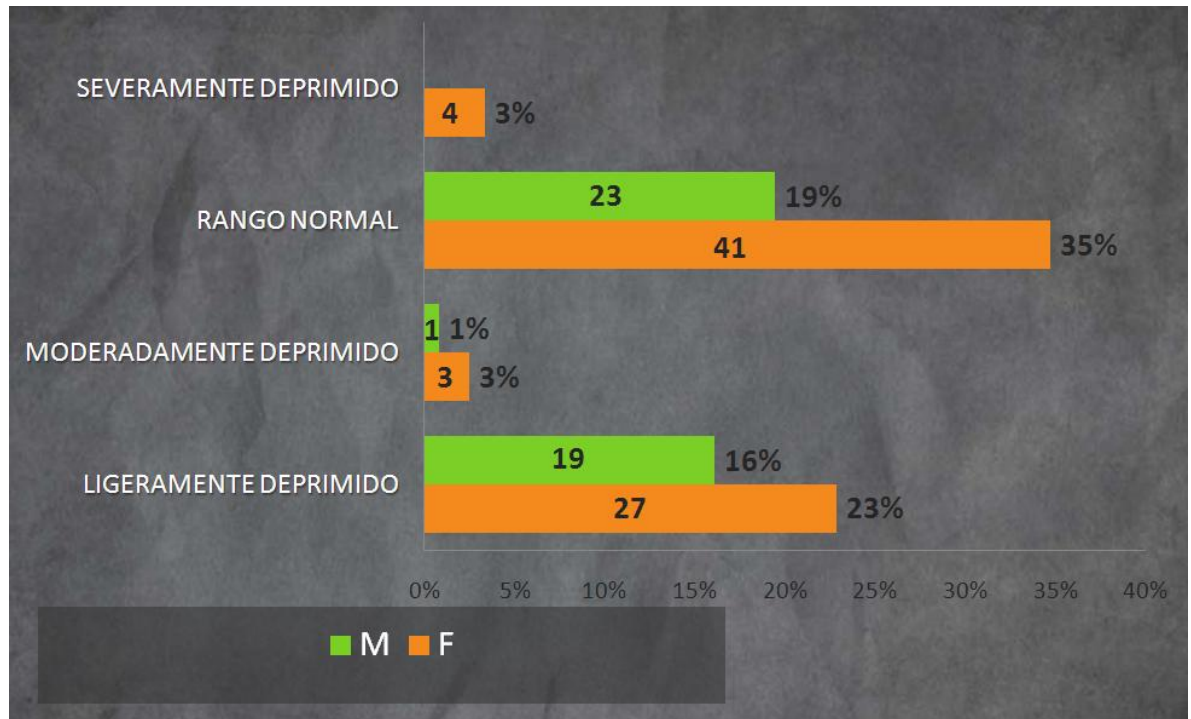
Grafico#3 Frecuencia de la Población Universitaria del Programa de Derecho Primer Semestre 2011 con TCA Según Cuestionario SCOFF con trastornos depresivos según Escala ZUNG



Fuente esta investigación

En el grafico #3, se determino la población a riesgo mediante el Cuestionario SCOFF, y dividida en los rangos de depresión; se obtuvo que un 39% son ligeramente deprimidos, 3% moderadamente deprimidos y un 3% severamente deprimidos. La frecuencia en total de toda la población a riesgo con algún grado de depresión es de 16.6% de la muestra total

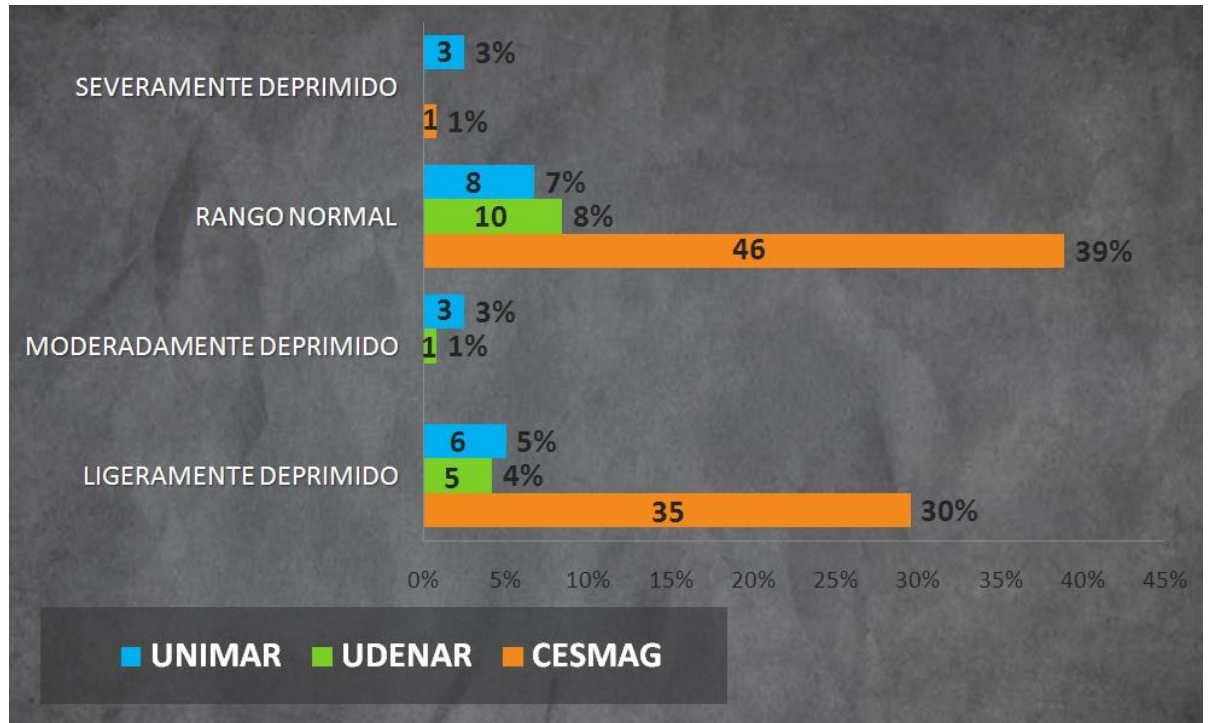
Grafico #4 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG y Género



Fuente esta investigación

En el gráfico #4 se determinó el riesgo según el Cuestionario SCOFF de los estudiantes encuestados los cuales representaron el 36,19% del total de la población. Este porcentaje de estudiantes se clasificó de acuerdo a la Escala Zung y al Género así: en el rango ligeramente deprimido el 23% correspondió al género femenino y el 16% al género masculino; en el rango moderadamente deprimido el 3% correspondió al género femenino y el 1% al género masculino; en el rango normal el 35% correspondió al género femenino y el 19% correspondió al género masculino; y en el rango severamente deprimido el 3% correspondió al género femenino.

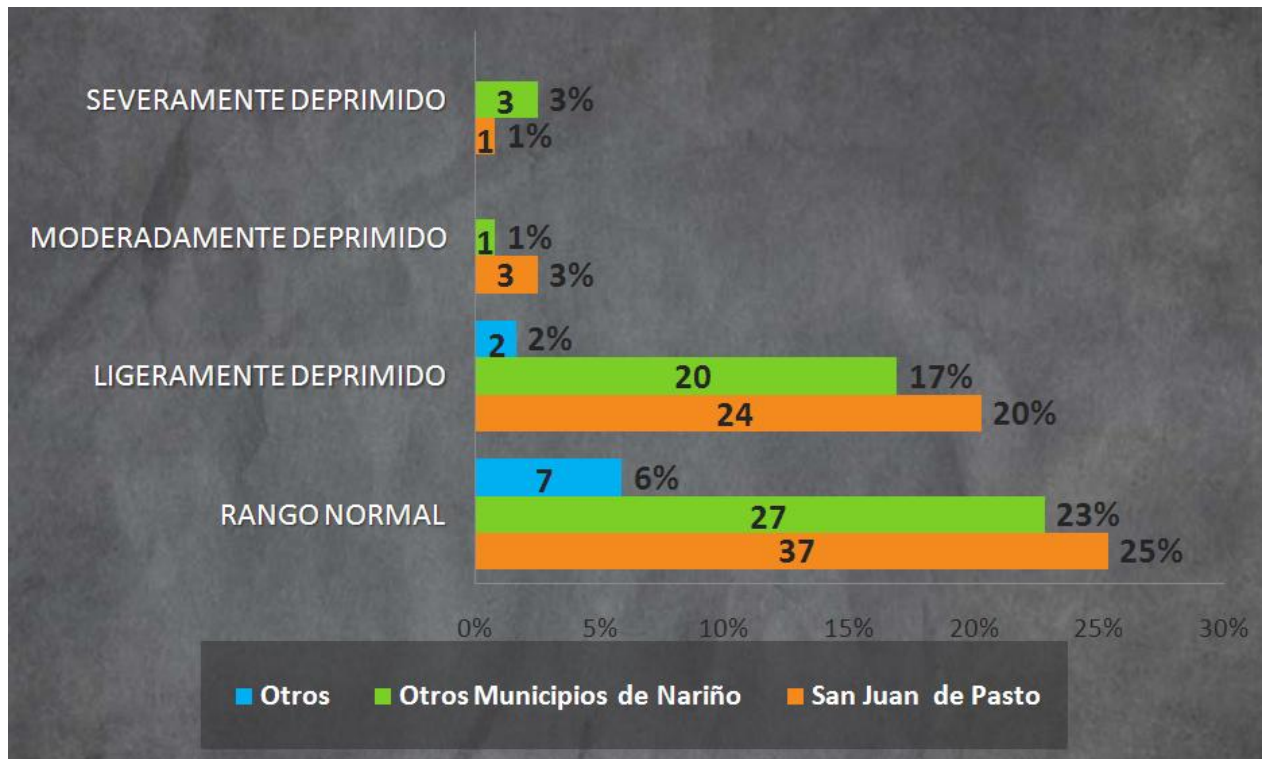
Grafico # 5 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Cuestionario SCOFF- Escala de ZUNG y Universidad.



Fuente esta investigación

En el gráfico #5 se determinó el riesgo según la Cuestionario SCOFF de los estudiantes encuestados los cuales representan el 36,19% del total de la población. Este porcentaje de estudiantes se clasificó de acuerdo a la Escala Zung y a la Universidad así: en el rango ligeramente deprimido el 30% correspondió a la Institución Universitaria CESMAG, el 4% a la Universidad de Nariño y el 5% a la Universidad Mariana; en el rango moderadamente deprimido el 0% correspondió a la Institución Universitaria CESMAG, el 1% a la Universidad de Nariño y el 3% a la Universidad Mariana; en el rango normal el 39% correspondió a la I.U CESMAG, el 8% a la Universidad de Nariño y el 7% a la Universidad Mariana; y en el rango severamente deprimido el 1% correspondió a la I.U CESMAG, el 0% a la Universidad de Nariño y el 3% a la Universidad Mariana.

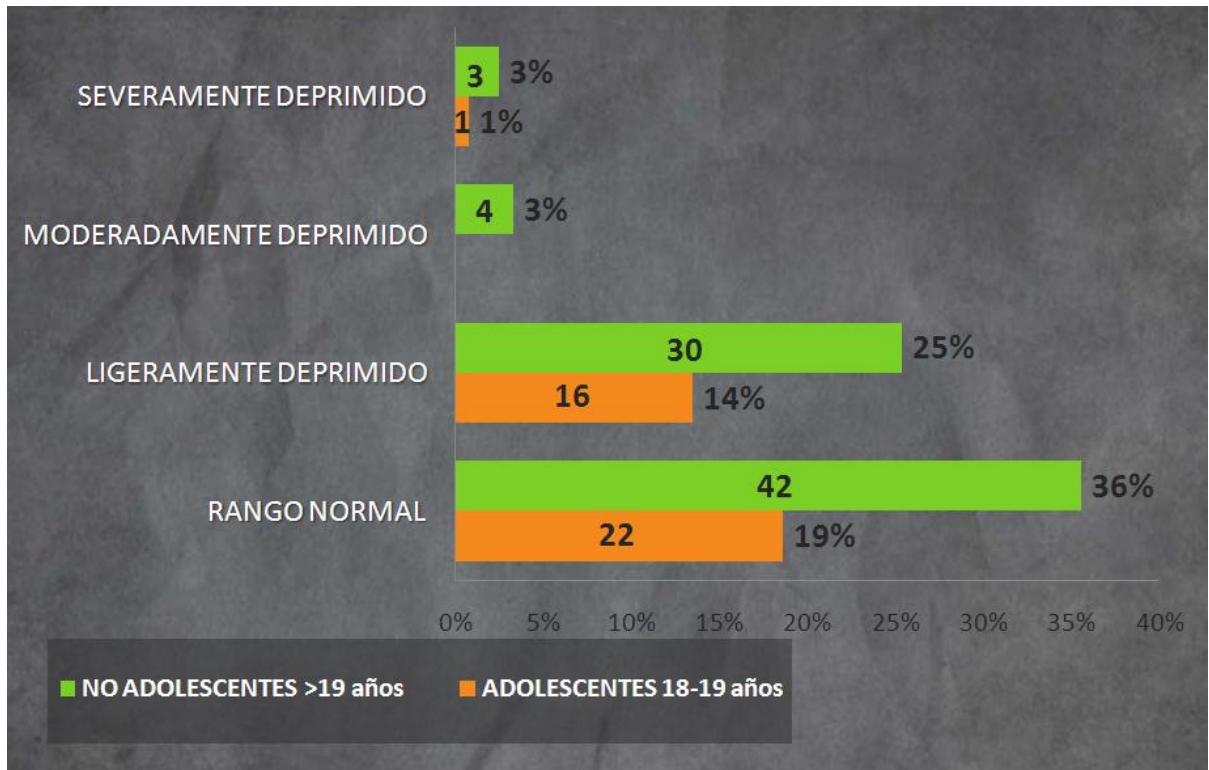
Grafico #6 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Cuestionario SCOFF- Escala de ZUNG y Procedencia.



Fuente esta investigación

En relación a la procedencia, la población de San Juan de Pasto catalogada en rango normal tiene un 25%, un 23% perteneciente a los demás municipios en Nariño y un 6% a los demás municipios fuera de Nariño; en ligeramente deprimido, la ciudad de San Juan de Pasto tiene un 20%, otros municipios de Nariño en un 17% y un 2% pertenecientes a otros municipios fuera de Nariño; en rango moderadamente deprimido San Juan de Pasto tiene un 3%, otros municipios de Nariño correspondió al 1%; y en cuanto al rango severamente deprimido, San Juan de Pasto tiene un porcentaje del 1% y en otros municipios de Nariño (la Unión, Tumaco, Ipiales) correspondió al 3% de la población presentado cada uno, un caso respectivamente.

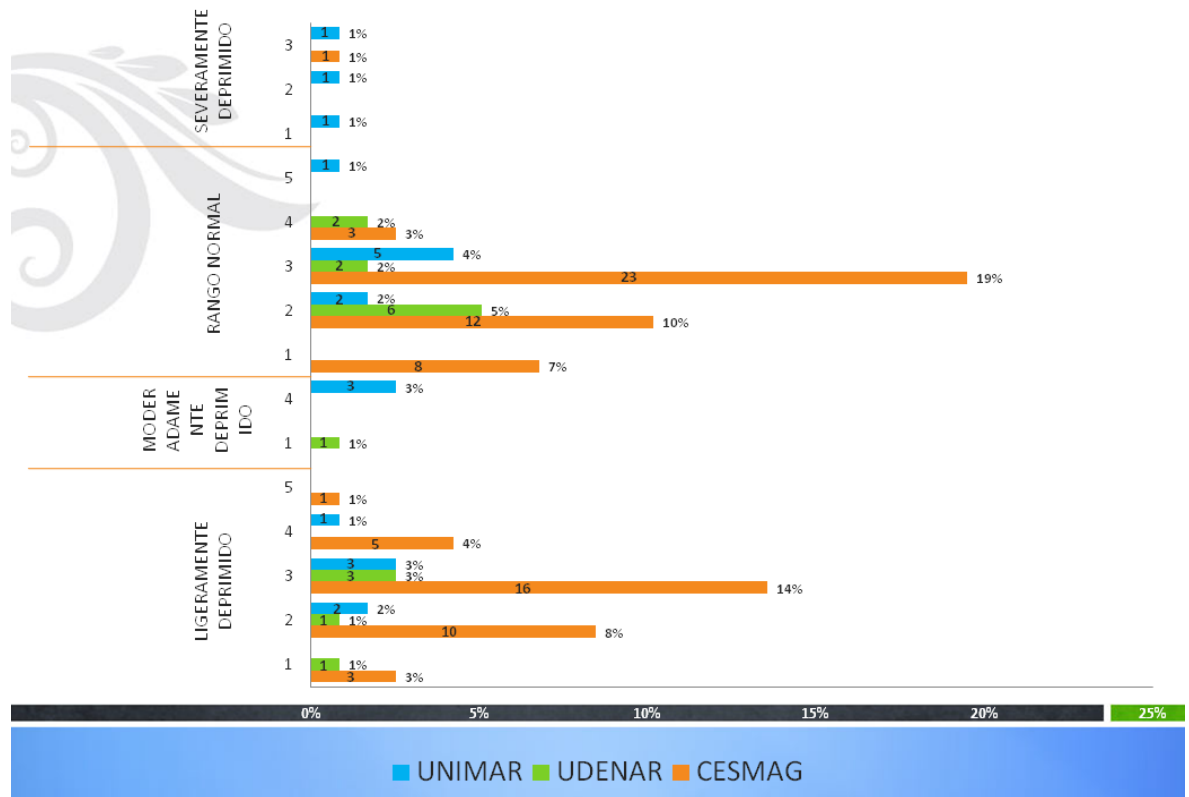
Grafico # 7 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG y Edad



Fuente esta investigación

En relación a la edad, la población a riesgo se dividió en Adolescentes y No Adolescentes, con cada intervalo de edades correspondiente. Se tuvo que para los Adolescentes el 19% es rango normal, el 14% es ligeramente deprimido, y el 1% severamente deprimido; en cuando a los no adolescentes el rango normal esta en un 36%, el ligeramente deprimido en un 25%, el moderadamente deprimido en un 3% y el rango severamente deprimido esta representado por un 3%.

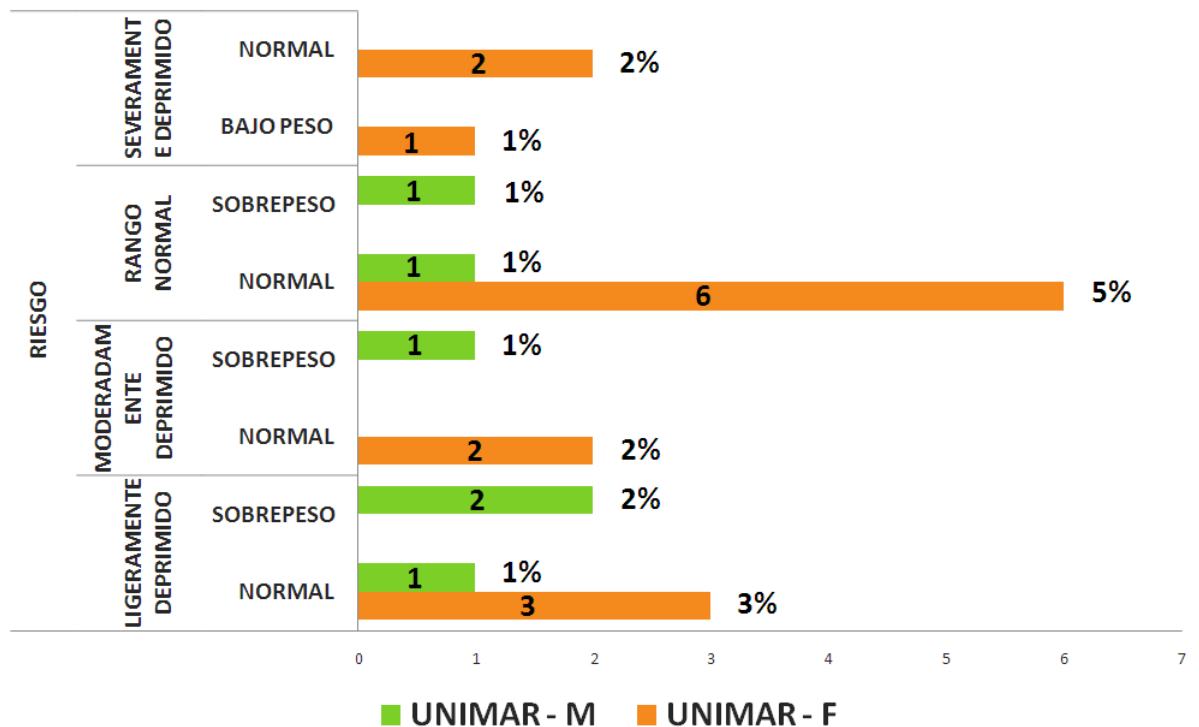
Grafico #8 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad, Género y Estrato.



Fuente esta investigación

En cuanto al estrato socioeconómico, la población a riesgo está distribuida según los grados de depresión de la Escala de Zung, en relación con cada Universidad: En cuanto al rango ligeramente deprimido la población de la Universidad de Nariño los porcentajes por estrato fueron: estrato 1 (1%), estrato 2 (1%), estrato 3 (3%); En la Universidad Mariana los porcentajes de los estratos fueron: estrato 2 (2%), estrato 3 (3%), estrato 4 (1%); En la Institución Universitaria CESMAG los porcentajes de los estratos fueron: estrato 1(3%), estrato 2(8%), estrato 3(14%), estrato 4(4%), estrato 5(1%). En cuanto al rango moderadamente deprimido la población de la Universidad de Nariño los porcentajes por estrato fueron: estrato 1(1%); En la Universidad Mariana los porcentajes de los estratos fueron: estrato 4(3%). En cuanto al rango severamente deprimido la población de la Universidad Mariana los porcentajes de los estrato fueron: estrato 1(1%), estrato 2(1%), estrato 3(1%); En la Institución Universitaria CESMAG los porcentajes por estrato fueron: estrato 3(1%).

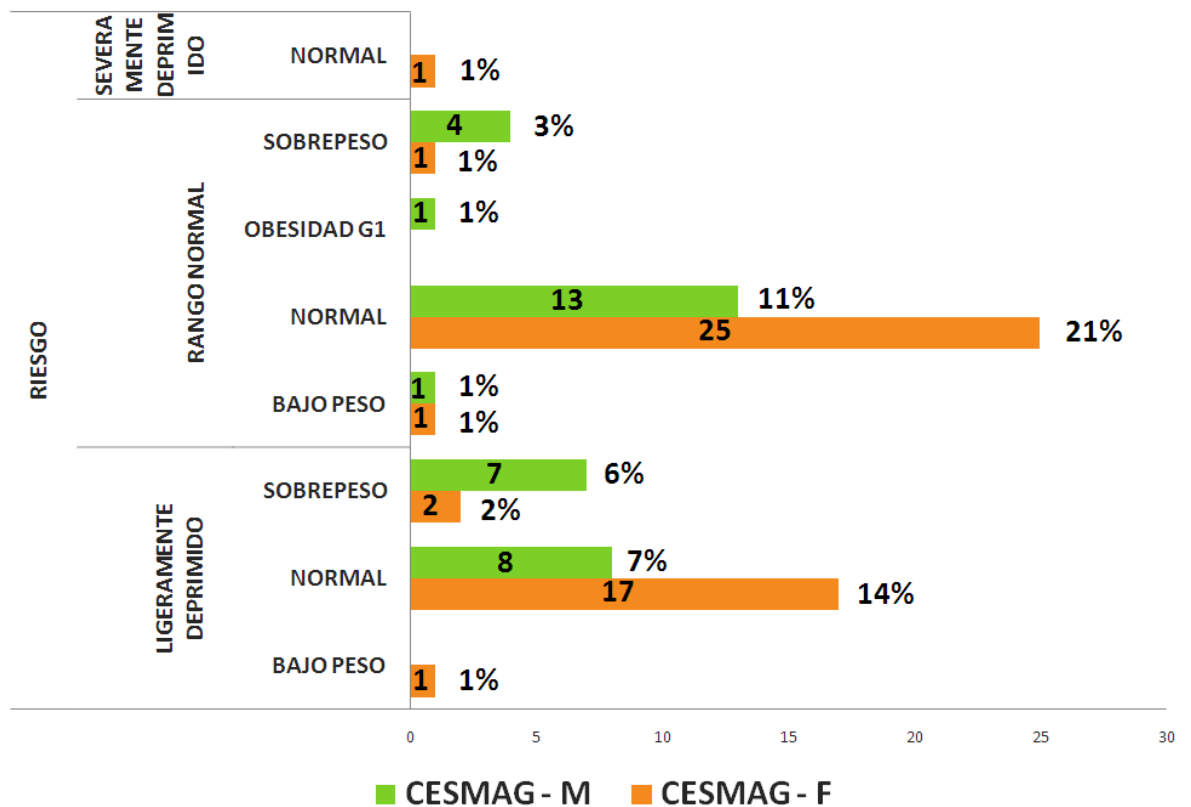
Grafico #9 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad Mariana Institución Universitaria CESMAG, Universidad de Nariño, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente esta investigación

En relación a trastornos de conducta alimentaria según Cuestionario SCOFF y trastornos depresivos según Escala Zung de acuerdo al Índice de masa corporal se discrimino por género en la Universidad Mariana se encontró: en ligeramente deprimido sobrepeso 2%, normal 1% del género masculino y 3% del rango normal género femenino. En el rango moderadamente deprimido 1% de género masculino y 2% rango normal del género femenino. En el rango severamente deprimido presenta 1% bajo peso y el 2% normal del género femenino.

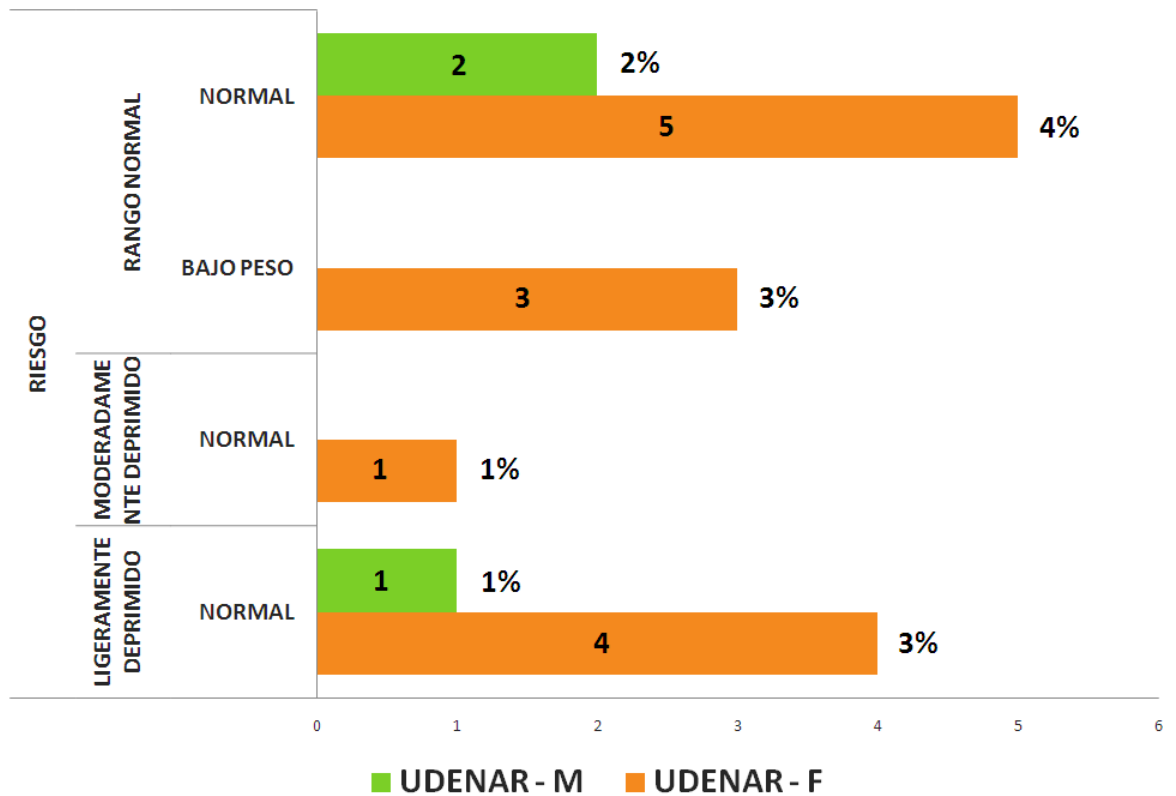
Grafico #10 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Institución Universitaria CESMAG, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente esta investigación

En relación a trastornos de conducta alimentaria según Cuestionario SCOFF y trastornos depresivos según Escala Zung de acuerdo al Índice de masa corporal se discrimino por genero en la Institución Universitaria CESMAG se encontró: en ligeramente deprimido sobrepeso 6% para el género masculino y 2% para el género femenino, en el rango normal 7% del género masculino y 14% del rango normal género femenino, en bajo peso encontramos un 1% correspondiente al género femenino. En el rango severamente deprimido presento 1% peso normal en el género femenino.

Grafico #11 Distribución de la Población Universitaria del Programa de Derecho según Escala de SCOFF- ZUNG, Universidad de Nariño, Género e Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente esta investigación

En relación a trastornos de conducta alimentaria según Cuestionario SCOFF y trastornos depresivos según Escala Zung de acuerdo al Índice de masa corporal se discrimino por género en la Universidad de Nariño se encuentra: en ligeramente deprimido 2% en cuanto al género femenino, y 1% en cuanto al género masculino. En el rango moderadamente deprimido 1% de género femenino en rango normal.

4. DISCUSION

Los trastornos de la conducta alimentaria son muy frecuentes a nivel mundial, mostrando su mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes.

En la actualidad diferentes estudios como los realizados en Colombia han evidenciado una relación significativa entre el impulso por la delgadez y la depresión como los realizados en Bogotá por Vásquez *et al* en el que se informa un 29.15 de depresión leve asociada a TCA; en el estudio realizado por la universidad den Valle el 39.7% de los participantes en el estudio tienen riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, de los cuales 51.1% son mujeres y 26.8% eran hombres de igual manera un estudio realizado en México por la Universidad Autónoma de México (2008) establece una relación positiva de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa y la depresión. En otra investigación realizada por La Universidad Autónoma de Madrid (UAM) realizada en 2.836 alumnos, 67.9% fueron mujeres y 31.4% hombres. En el presente estudio la población en riesgo fue de 118 estudiantes que corresponden al 36.19% del total de la muestra (326 estudiantes); resultados que coinciden con los obtenidos.

En el presente trabajo se investigo la posible asociación a trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18 a 29 años del Programa de Derecho en las universidades Nariño, Mariana, CESMAG en San Juan de Pasto y se encontró que la distribución por genero es de predominio femenino, evidenciando un 64% con respecto al genero masculino que fue de 36%, datos que concuerdan con un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Bucaramanga¹ donde se informo un riesgo de 38.7% en la población universitaria femenina.

La edad que predomina en la determinación de riesgo según cuestionario de SCOFF/Escala de Zung es de 18 años coincidiendo con la literatura que cita este rango de edad entre los más susceptibles a padecer estos trastornos.

Asociando el riesgo según Cuestionario de SCOFF- ZUNG, Universidad, y Estrato se encontró que en la población en riesgo de las 3 universidades predomina el estrato 3, contrario a lo encontrado en el estudio realizado por la universidad de Manizales (2005) según el cual el riesgo de padecer de trastornos de la conducta alimentaria se incrementa a medida que el estrato social aumenta.

Respecto al índice de Masa Corporal (IMC) la mayoría de la población encuestada se encuentra en el rango normal coincidiendo con el estudio realizado en la Universidad de Manizales.

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

5.1 CONCLUSIONES

- En relación al género, La población expuesta a riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria corresponde al género femenino con un porcentaje de 64%.
- La prevalencia de la población universitaria de 18-29 años con riesgo de TCA en relación a algún grado de depresión corresponde al 16.6%.
- De la población a riesgo el mayor número de casos de depresión se encuentran en el rango ligeramente deprimido en ambos géneros predominando el femenino con un porcentaje de 23%. En cuanto a los casos de trastornos depresivos encontrados en el rango severamente deprimidos se observa que únicamente se presenta en mujeres con un porcentaje de 3% del total de la población a riesgo.
- En relación a las Instituciones Universitarias la mayor distribución de población en riesgo de trastornos de conducta alimentaria que presentan trastornos depresivos se encuentra dentro del rango ligeramente deprimido perteneciente a la I.U CESMAG con un porcentaje de 30%. En cuanto al rango severamente deprimido la mayoría de casos corresponden a la Universidad Mariana con un porcentaje de 3%.
- Respecto a la procedencia la población a riesgo y con trastornos depresivos clasificados en el rango severamente deprimido se presentan casos de estudiantes que no son de san Juan de Pasto pero hacen parte del Departamento de Nariño equivalente al 3% distribuido en Tumaco, La Unión, Ipiales.
- De la población a riesgo de acuerdo con presencia de trastorno depresivo según la Escala de Zung el mayor número de casos se presentan en los estudiantes mayores de 19 años con un porcentaje de 31%.
- Los estratos socioeconómicos más vulnerables a presentar trastornos de conducta alimentaria junto con depresión son los estratos medio-bajos (1,2,3) en las tres universidades.

- De acuerdo al contexto en el cual se desarrolla la investigación, cabe resaltar el bajo peso según el cálculo del Índice de Masa Corporal asociado a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria destacando 2 casos interesantes pertenecientes al Género femenino: El primero se presenta en la Universidad Mariana clasificado en el rango severamente deprimido y el segundo se presenta en la I.U CESMAG en el rango ligeramente deprimido.

RECOMENDACIONES

El grupo investigador se permite recomendar a La Fundación Universitaria San Martín sede Pasto que con la base de datos obtenida, incentive a los estudiantes de medicina, a realizar nuevas investigaciones acerca del tema, y de esta manera contribuir con estos estudios a la literatura local.

Se recomienda buscar apoyo investigativo de las universidades formando convenios para las futuras investigaciones.

Es pertinente que se realice consulta médica en cualquier Institución de salud para identificar el tipo de trastorno de conducta alimentaria en relación con los trastornos depresivos.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIVILLAGA M. Psicol2. SALAZAR I.C Psicol3, CORREA D psicol4. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica Vol. 34 N° 4, 2003 186
- AVELLANEDA S.J. Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana, Tesis de Grado, Bogotá 2009.
- BAY. Luisa B, RAUSCH HERSCOVICI. Cecile, KOVALSKYS. Irina, Berner. Enrique, Orellana. Liliana, Bergesio. Andrea. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch.argent.pediatr 2005; 103(4) / 305
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301:386–389
- Charney DS: Monoamine dysfunction and the pathophysiology and treatment of depression. J Clin Psychiatry 1998; 59(Suppl 14):11–14
- Drevets WC, Frank E, Price JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, Huang Y, Gautier C, Mathis C: PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. Biol Psychiatry 1999; 46:1375–1387
- Dunlop BW, Nemeroff CB: The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:327–337
- Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, Stanley M: Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. Neuropsychopharmacology 1996; 15:576–586
- Meyer JH, Krüger S, Wilson AA, Christensen BK, Goulding VS, Schaffer A, Minifie C, Houle S, Hussey D, Kennedy SH: Lower dopamine transporter binding potential in striatum during depression. Neuroreport 2001; 12:4121–4125
- Nemeroff CB: The neurobiology of depression. Sci Am 1998; 278:42–49
- Nemeroff CB, Owens MJ: Contribution of modern neuroscience to developing new treatments for psychiatric disorders, in Treatment of Depression: Bridging the

21st Century. Edited by Weissman M. Washington, DC, APA Press, 2001, pp61–81

- Nemeroff CB, Entsuah R, Benattia I, Demitrack M, Sloan DM, Thase ME: Comprehensive Pooled Analysis of Remission (COMPARE) with venlafaxine vs SSRIs. *Biol Psychiatry* 2008; 63:424–434

- Ressler KJ, Nemeroff CB: Role of norepinephrine in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. *CNS Spectr* 2001; 6:663–666

- ATTIA E. M.D., WALSH T. M.D. Behavioral Management for Anorexia Nervosa *The New England Journal of Medicine*. 2009;360:500-6. Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society

- David J. Castle and Katharine A. Phillips. DISORDERS OF BODY IMAGE. *The New England Journal of Medicine* Vol. 347, No. 13 - September 26, 2002.

- MAFLA A.C , OD, MSP. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica* Vol. 39 N° 1, 2008 (Enero-Marzo)

- Modelo brasileña muere de anorexia. *Periódico el País*. Cali - Colombia. Sábado 28 de febrero de 2009. Versión online.

- NOVOA CJ. MD. Epistemología Filosofía de la mente y bioética. Más allá de los 240. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. vol. 37 / No. 1 / 2008

- RODRIGUEZ M. GUERRERO S. FRECUENCIA Y FENOMENOLOGIA DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES COLOMBIANAS CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. *Revista colombiana de Psiquiatría*, julio-septiembre, año/vol XXXIV, numero 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá Colombia. Pp 343-354.

- RUEDA G.E MD. RODRIGUEZ J. Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia , *Revista Colombiana de Psiquiatría*, , julio-septiembre, año/volumen XXXIV, numero 003, Bogotá Colombia, pp375-385.

- Yager J, M.D., Andersen A.E, M.D. Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*. 2005;353:1481-8. Copyright © 2005 Massachusetts Medical Society.

NETGRAFÍA

- <http://www.dmedicina.com/salud/psiquiátricas/anorexia.html>
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- <http://huespedes.cica.es/huespedes/epiinfo/>
- <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a2.pdf>
- <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/679/67910108.pdf>
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia>
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/echeverria_s_e/capitulo1.pdf
- <http://tamborreltrastornos.blogspot.com/>
- <http://www.udenar.edu.co/historia5.aspx>
- <http://akane.udenar.edu.co/siweb/pregrado/?p=170>
- <http://www.umariana.edu.co/>
- <http://www.umariana.edu.co/derecho.htm>
- <http://www.iucesmag.edu.co/>
- <http://tamborreltrastornos.blogspot.com/>
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/679/67910108.pdf>
- http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml
- <http://www.clinicadam.com/salud/5/000918.html>
- <http://www.clinicapsi.com/melancolia.htm>

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm>
- <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/ansiedad.htm>
- <http://www.psicopedagogia.com/definicion/autoestima>
- http://www.redsanar.org/Textos/Trastorno_Distimico.htm
- http://www.depresion.psicomag.com/trast_depre_mayor.php
- <http://www.descentralizadrogas.gov.co/>
- <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>
- http://www.unal.edu.co/secretaria/normas/ex/L0715_01.pdf
- <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>
- http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/decreto/2008/decreto_3039_2008.html
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- <http://www.dmedicina.com/salud/psiquiatricas/anorexia.html>
- <http://www.encolombia.com/turismo/Sanjuandepastocolomb.htm>
- <http://www.lasprovincias.es> . Marzo 2 de 2009 versión on line.
- <http://www.dmedicina.com/salud/psiquiatricas/anorexia.html>
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a2.pdf>
- <http://www.encolombia.com/turismo/Sanjuandepastocolomb.htm>

- <http://tamborreltrastornos.blogspot.com/>

- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/echeverria_s_e/capitulo1.pdf

- <http://www.descentralizadrogas.gov.co/>

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información.

Género	M	F				
Edad			Procedencia			
Estrato Socioeconómico	1	2	3	4	5	
Universidad						
Semestre			Fecha	D/D	M/M	A/A
Estatura (mts)			Peso (kg)			

- **Cuestionario SCOFF:**

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?		
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de 7Kg en un período de 3 meses?		
4. ¿Cree que está goda aunque los demás digan que está demasiado delgada?		
5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?		

Con más de 2 respuestas en “SI” la persona encuestada cursa con riesgo de algún trastorno de alimentación.

- **Escala de Zung:**

Por favor marque (x) la columna Adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				

5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Valores:

Por favor marque (x) la columna Adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4

10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Anexo B. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	ESCALA DE MEDICION	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE Información
GENERO	Diferencias biológicas entre hombre y mujer, incluye la diversidad de sus órganos genitales externos e internos, as particularidades endocrinas.	Cualitativa	Dicotómica	MASCULINO FEMENINO	Encuestas
EDAD (en Años)	Tiempo que ha vivido una persona desde que nació.	Cuantitativa	Continua De Razón	18-19 años >19 años	Encuestas
PROCEDENCIA	Lugar de residencia del individuo objeto de estudio.	Cualitativa	Politómica	-SAN JUAN DE PASTO -OTROS MUNICIPIOS (NARIÑO) -OTROS	Encuestas
ESTRATO	Clasificación efectuada teniendo en cuenta el nivel de ingresos de una persona o grupo familiar.	Cualitativa	Politómica	1,2,3,4,5	Encuestas
Universidad	Institución de Educación superior	Cualitativa	Politómica	UDENAR, UNIMAR,CESMAG	Encuestas
PESO en Kg	Se define como un vector que tiene magnitud y dirección, que apunta aproximadamente hacia el centro de la Tierra.	cuantitativa	politomico		Encuestas
ESTATURA		cuantitativa	politomico	METROS	Encuestas

ÍNDICE MASA CORPORAL	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.	cualitativa	Politomica	BAJO, NORMAL, SOBREPESO, GRADO1,2,3	Encuestas
C. SCOFF	Cuestionario que mide el riesgo de trastornos de conducta alimentaria	cualitativa	NOMINAL	RIESGO NO RIESGO	Encuestas
ESCALA ZUNG	Escala que sirve para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.	cualitativa	Politomica	Normal Ligeramente moderadamente severamente deprimido	Encuestas

Anexo C. Cronograma de actividades.

PLAN PARA DESARROLLAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				
QUE	TAREAS	QUIEN	CUANDO	DONDE
Diagnostico de avance del proyecto de investigación	Identificar el avance del proyecto de investigación; asesoría inicial con docente Ana Milena Torres A.	Xabier Riascos- Diana Morillo Silvia Mora	6-Febrero 2010	FHSP
	Una búsqueda completa por el sistema Medline con los siguientes lineamientos o objetivos....	Linda Tello Silvia Mora	10-Febrero 2010	FUSM
	Investigar en el The Cochrane Library Siguiendo los	Silvia Mora	10-Febrero 2010	FUSM

Marco teórico Revisión bibliográfica.	siguientes lineamientos			
	Sustentar las variables estudiadas	Diana Morillo- Xabier Riascos	10-Febrero 2010	FUSM
	Estudios realizados	Silvia Mora	13-Febrero 2010	FUSM
	Reseña histórica	Silvia Mora	13-Febrero 2010	FUSM
	Marco teórico (antecedentes, historia referencial que haya sobre el tema de investigación)	Silvia Mora	19-Febrero 2010	FUSM
	Marco conceptual (vocabulario técnico en orden alfabético)	Silvia Mora	19-Febrero 2010	FUSM
	Marco contextual (relación con el contexto donde se va a realizar la investigación)	Silvia Mora	19-Febrero 2010	FUSM
	Marco legal (contempla la normatividad vigente frente al tema de investigación se la escribe únicamente si la investigación la contempla.	Silvia Mora	19-Febrero 2010	FUSM

QUE	TAREAS	QUIEN	CUANDO	DONDE
Planteamiento del problema	<p><u>Descripción del problema:</u> la descripción se debe hacer, teniendo en cuenta el contexto internacional, nacional, regional y local respecto de problema que se ha identificado y que debe estar acorde con el título del trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe contener la magnitud. • Debe contener la relevancia. • Debe contener la vulnerabilidad. • Debe contener las preguntas que se piensa resolver 	Diana Morillo	10-Febrero 2010	FUSM
	<p><u>Formulación del problema:</u> se hace en forma de pregunta y la finalidad es tratar de dar solución o</p>	Diana Morillo	10-Febrero 2010	FUSM
		Linda Tello	10-Febrero 2010	FUSM

	una posible respuesta al problema planteado			
Justificación	Por qué se hace la investigación	Linda Tello	10-Febrero 2010	FUSM
	Para que se hace la investigación	Linda Tello	10-Febrero 2010	FUSM
	Cuál es su importancia de la investigación Viabilidad Factibilidad	TODOS	12-Febrero 2010	FUSM
Objetivos.	Generales : puntualiza en lo que se va a hacer o que se quiere hacer Acción: esta presentado por un verbo en infinitivo.	Diana Morillo	15-Febrero 2010	FUSM
	Específicos: son las metas parciales que se deben realizar para cumplir el objetivo general	TODOS	16-Febrero 2010	FUSM
	Sujeto y escenario: el sujeto muestra a la comunidad o población con la que se va a trabajar la acción y el escenario, detalla el lugar donde se va a llevar a cabo la acción	Xabier Riascos	17-Febrero 2010	FUSM

	Objeto: se refiere a la finalidad que se persigue con la acción, es decir, para que se hace la acción			
Presentación de la investigación	Elaboración de la Ficha Técnica	Xabier Riascos	20-Sep 2010	FUSM
Metodología	Variable de estudio, operación de variable	Diana Morillo	2-Agosto 2010	FUSM
	Tipo de estudio	Xabier Riascos	20- Marzo 2010	FUSM
	Población, unidad de análisis, diseño maestral, tipo de muestreo	Xabier Riascos	20-Marzo 2010	FUSM
	Diseño de plan de datos	Diana Morillo	2-Junio 2010	FUSM
	Fuentes de información	Diana Morillo	22- Febrero- 2010	FUSM
	Instrumento de recolección de datos	Xabier Riascos	20- Sep 2010	FUSM
	Autorización del instrumento de recolección	Linda Tello	22-Sep 2010	FUSM
	Formulación del Consentimiento informado	Xabier Riascos	22-Sep 2010	FUSM
	Recolección de datos	TODOS	_____	FUSM
	Prueba piloto	Simulacro de la investigación	TODOS	Octubre- Noviembre
Diseño del plan de análisis	Procesamiento de datos	TODOS	Agosto - Diciembre.	FUSM
	Selección y calculo de medidas específicas	TODOS TODOS	Agosto - Diciembre.	FUSM FUSM

	Presentación de resultados			
Interpretación, análisis Y discusión de resultados	Se debe confrontar la información obtenida con las teorías del marco teórico, el contexto y el conocimiento de los investigadores.	TODOS	Agosto – Diciembre.	FUSM
Conclusiones Recomendaciones	Los aspectos de mayor relevancia con respecto al objetivo planteado	TODOS	_____	FUSM
	Aportes de la investigación	TODOS	_____	FUSM
Asesorías.	Asesoría	TODOS	Ultimas semanas de noviembre.	FUSM
Sustentación.	Presentación de trabajo final.	TODOS	Mes de Diciembre	FUSM

Anexo D. Presupuesto.

PRESUPUESTO DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE	FORMACIÓN	FUNCIÓN	DEDICACIÓN (Horas)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
investigador	SILVIA MORA	Desarrollo de investigación	250	10.000	2.500.000
investigador	DIANA MORILLO	Desarrollo de investigación	250	10.000	2.500.000
investigador	XABIER RIASCOS	Desarrollo de investigación	250	10.000	2.500.000

investigador	LYNDA TELLO	Desarrollo de investigación	250	10.000	2.500.000
Asesor científico	Dr. CASTULO CISNEROS Psiquiatra	Asesor científico	30	50.000	1.500.000
TOTAL			1.030	90.000	11.500.000

PRESUPUESTO DE RECURSOS FÍSICOS Y/O MATERIALES

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Papel - resma			
C.D torre			
Estuches para CD			
lapiceros			
fotocopias			
Impresiones			
TOTAL			

PRESUPUESTO DE RECURSOS LOGISTICOS

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Transporte(salidas urbanas)			
refrigerios			
Horas de internet			
Llamadas (minutos)			
TOTAL			

PRESUPUESTO TOTAL PROYECTO

RUBROS	TOTAL
RECURSOS HUMANOS	
RECURSOS FISICOS Y/O MATERIALES	
RECURSOS LOGISTICOS	
TOTAL	

Anexo E. Artículo Científico

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA “ANOREXIA Y BULIMIA” Y SU POSIBLE ASOCIACION CON TRASTORNOS DEPRESIVOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE 18-29 AÑOS DEL PROGRAMA DE DERECHO DE LAS UNIVERSIDADES DE NARIÑO, UNIVERSIDAD MARIANA, CESMAG EN SAN JUAN DE PASTO PRIMER SEMESTRE 2011- I

Silvia Liliana Mora Díaz

Diana María Morillo Herrera

Xabier Riascos Benavides

Lynda Julieth Tello Romero

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de factores de riesgo y caracterización de trastornos de la conducta alimentaria “anorexia y bulimia” y su posible asociación a trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18 a 29 años del Programa de Derecho en las universidades Nariño, Mariana, I.U.CESMAG en San Juan de Pasto primer semestre 2011 -I, con el fin de levantar una línea de base que sirva para futuras investigaciones. **Materiales y Métodos:** De 2286 Estudiantes jóvenes universitarios de edades entre 18-29

años, del programa de Derecho de las Universidades: Nariño, Mariana, I.U. CESMAG. Se tomó una muestra de 326 estudiantes quienes respondieron una encuesta compuesta por variables demográficas, peso, talla, índice de masa corporal Cuestionario Scoff y Escala de Zung. **Resultado:** el porcentaje de la población de acuerdo a las universidades fue del 22% en la universidad de Nariño, el 27% en la universidad Mariana y el 51% en la institución universitaria CESMAG. De acuerdo al Cuestionario SCOFF el 64% corresponde al género femenino y el 36% al género masculino. Predomina según Escala Zung el rango de ligeramente deprimido con un 39%. En relación a la edad, el mayor porcentaje de población a riesgo es en Adolescentes en el rango ligeramente deprimido con un porcentaje de 14% y en no adolescentes un 25%. En cuanto al estrato socioeconómico predomina el estrato 3. **Discusión y Conclusiones:** En el presente estudio la población en riesgo fue de 118 estudiantes que corresponden al 36.19%. Se encontró que la distribución por género es de predominio femenino. La edad que predomina es de 18 años coincidiendo con la literatura que cita este rango de edad entre los más susceptibles a padecer estos trastornos. Con respecto al nivel socioeconómico la población en riesgo de las 3 universidades corresponde al estrato 3, contrario a lo encontrado en el estudio realizado por la universidad de Manizales (2005).

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de factores de riesgo y caracterización de trastornos de la conducta alimentaria "anorexia y bulimia" y su posible asociación a trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18 a 29 años del Programa de Derecho en las universidades Nariño, Mariana, I.U.CESMAG en San Juan de Pasto primer semestre 2001 -I, con el fin de levantar una línea de base que sirva para futuras investigaciones.

INTRODUCCION

Los trastornos de Conducta alimentaria se han convertido en las enfermedades más comunes entre la población adolescente del mundo entero. Entre estos trastornos los más conocidos son la anorexia y la bulimia.

La anorexia es un trastorno por una obsesión en mantener un peso corporal por debajo de lo normal, es un temor muy grave por engordar en el cual hay pérdida de apetito por parte del individuo que la padece llevando a estados de ayunos prolongados y pérdida de peso con posteriores complicaciones; convirtiéndose así en una de las causas más graves de morbilidad en la población joven.

En los Estados Unidos se han realizado estudios en los cuales se demuestra que los trastornos alimenticios cursan en una parte muy importante de la población, siendo una causa de morbilidad muy importantes para esta sociedad; en Colombia la incidencia de enfermedades de trastornos alimenticios se está convirtiendo en una problemática de Salud Pública. Son muchos los casos de anorexia, bulimia y obesidad que se están registrando en la actualidad sobre todo en la población juvenil y universitaria. Dichos trastornos afectan a individuos de todas las edades, de cualquier sexo y de todas las condiciones socioeconómicas aunque afecta en su gran mayoría a mujeres y en la adolescencia.

Según un estudio que realizó la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, refiere que "más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años padecen anorexia o bulimia." Aunque en la actualidad a pesar de diversos estudios, es muy difícil conocer la incidencia y prevalencia de estas enfermedades debido a que pocos pacientes consultan y además es un diagnóstico poco utilizado o sub diagnosticada.

La Universidad del Valle realizó un estudio en el año 2007 donde observó que el 39.7 de los estudiantes tienen una alta probabilidad de desarrollar un trastorno en su conducta alimentaria, con una predisposición especial en

mujeres que hombres con una relación 2:1 donde se identificaron diferentes tipos de trastornos de conducta alimenticia.

En Pasto, no existen estudios ni trabajos de investigación donde se evidencie el comportamiento de estas patologías en la comunidad adolescente, ya que en la ciudad no hay datos relevantes que son muy valiosos para evaluar la salud mental relacionada con la conducta alimenticia adecuada o no de acuerdo a la edad, especialmente en la adolescencia.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación, es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de prevalencia y de corte transversal.

La población son 2286 Estudiantes jóvenes universitarios de edades entre 18-29 años, del programa de Derecho de las Universidades: Nariño, Mariana, I.U. CESMAG. De los cuales para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, que consiste en que cada uno de los elementos de la población objeto de estudio, tiene la probabilidad de ser seleccionado para formar parte de la muestra y esa probabilidad no es cero. Se trabajó bajo el muestreo aleatorio simple y estratificado.

Se obtuvo un número total de muestra de 326 estudiantes para realizar las encuestas, de un total de 2286 (51% del I.U CESMAG, 27% de la UNIMAR y 22% de la UDENAR). Finalmente de los 326 estudiantes se obtuvo la muestra de cada universidad y cada semestre o año académico.

La técnica que utilizó el grupo investigador para efectos de recolección de datos fue la encuesta, la cual se aplicó a la población objeto de estudio, previo el consentimiento informado.

El instrumento que se utilizó fue el "Cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario, INSTRUMENTO VALIDADO que está validado por la Asociación Colombiana de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la cual permite medir la predisposición que tienen los jóvenes a sufrir estos trastornos de conducta alimentaria.

También se incluyó la escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

En el cuestionario utilizado se incluyeron además preguntas relacionadas con aspectos socioeconómicos, demográficos y factores asociados que no están incluidos en el formulario original como peso, estatura, semestre.

Para el análisis de datos se utilizaron los programas Epi-info el cual tiene un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas; y Microsoft Office Excel, que se utilizó como herramienta de análisis por la facilidad para importar, organizar y explorar conjuntos de datos, Se utilizaron tablas dinámicas que permiten resumir y reorientar rápidamente los datos de un conjunto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de la muestra (326 estudiantes), a los cuales se les aplicó el formato de recolección de información (encuestas), se pudo determinar que el porcentaje de la población de acuerdo a las universidades fue del 22% en la universidad de Nariño, el 27% en la universidad Mariana y el 51% en la institución universitaria CESMAG.

De acuerdo al Cuestionario SCOFF que identificó el riesgo según el Género, se encontró que el 64% corresponde al género femenino y el 36% al género masculino.

La población a riesgo dividida en rangos de depresión arrojó que un 39% son ligeramente deprimidos, el 3% moderadamente deprimidos y un 3% severamente deprimidos. Para un

total de población a riesgo de 16.6% de la muestra general.

Se determinó el riesgo según el Cuestionario SCOFF de los estudiantes encuestados los cuales representaron el 36,19% del total de la población. Este porcentaje se clasificó de acuerdo a la Escala Zung y al Género arrojando que: en el rango ligeramente deprimido el 23% correspondió al género femenino y el 16% al género masculino.

En el porcentaje de acuerdo a la escala Zung y a la universidad se encontró que: en el rango ligeramente deprimido el 30% correspondió a la Institución Universitaria CESMAG, el 4% a la Universidad de Nariño y el 5% a la Universidad Mariana; en el rango moderadamente deprimido el 0% correspondió a la Institución Universitaria CESMAG, el 1% a la Universidad de Nariño y el 3% a la Universidad Mariana; en el rango normal el 39% correspondió a la I.U CESMAG, el 8% a la Universidad de Nariño y el 7% a la Universidad Mariana; y en el rango severamente deprimido el 1% correspondió a la I.U CESMAG, el 0% a la Universidad de Nariño y el 3% a la Universidad Mariana.

En relación a la procedencia, la población de San Juan de Pasto en rango normal tiene un 25%, distribuidos de la siguiente manera: 23% perteneciente a los municipios de Nariño y 6% a los municipios fuera de Nariño.

En relación a la edad, la población a riesgo se dividió en Adolescentes y No Adolescentes, con cada intervalo de edades correspondiente. Se tuvo que para los Adolescentes el 19% es rango normal, el 14% es ligeramente deprimido, y el 1% severamente deprimido; en cuando a los no adolescentes el rango normal esta en 36%, ligeramente deprimido en 25%, el moderadamente deprimido en 3% y el rango severamente deprimido está representado por el 3%.

En cuanto al estrato socioeconómico, la población a riesgo está distribuida según los grados de depresión de la Escala de Zung, en relación con cada Universidad: En cuanto al rango ligeramente deprimido la población de la Universidad de Nariño los porcentajes por estrato fueron: estrato 1 (1%), estrato 2 (1%), estrato 3 (3%); En la Universidad Mariana los porcentajes de los estratos fueron: estrato 2 (2%), estrato 3 (3%), estrato 4 (1%); En la Institución Universitaria CESMAG los porcentajes de los estratos fueron: estrato 1(3%), estrato 2(8%), estrato 3(14%), estrato 4(4%), estrato 5(1%). En cuanto al rango moderadamente deprimido la población de la Universidad de Nariño los porcentajes por estrato fueron: estrato 1(1%); En la Universidad Mariana los porcentajes de los estratos fueron: estrato 4(3%). En cuanto al rango severamente deprimido la población de la Universidad Mariana los porcentajes de los estrato fueron: estrato 1(1%), estrato 2(1%), estrato 3(1%); En la

Institución Universitaria CESMAG los porcentajes por estrato fueron: estrato 3(1%).

En relación a trastornos de conducta alimentaria según Cuestionario SCOFF y trastornos depresivos según Escala Zung y teniendo en cuenta el índice de masa corporal se discrimino por género en la Universidad Mariana se encontró: en ligeramente deprimido sobrepeso 2%, normal 1% del género masculino y 3% del rango normal género femenino. En el rango moderadamente deprimido 1% de género masculino y 2% rango normal del género femenino. En el rango severamente deprimido presenta 1% bajo peso y el 2% normal del género femenino.

En la Institución Universitaria CESMAG se encontró: en ligeramente deprimido sobrepeso 6% para el género masculino y 2% para el género femenino, en el rango normal 7% del género masculino y 14% del rango normal género femenino, en bajo peso encontramos un 1% correspondiente al género femenino. En el rango severamente deprimido presento 1% peso normal en el género femenino.

En la Universidad de Nariño se encuentra: en ligeramente deprimido 2% en cuanto al género femenino, y 1% en cuanto al género masculino. En el rango moderadamente deprimido 1% de género femenino en rango normal.

DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son muy frecuentes a nivel mundial, mostrando su mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes.

En el presente estudio la población en riesgo fue de 118 estudiantes que corresponden al 36.19% del total de la muestra (326 estudiantes). Se investigó la posible asociación a trastornos depresivos en jóvenes universitarios de 18 a 29 años del Programa de Derecho en las universidades Nariño, Mariana, CESMAG en San Juan de Pasto y se encontró que la distribución por género es de predominio femenino, evidenciando un 64% con respecto al género masculino que fue de 36%,

La edad que predomina en la determinación de riesgo según cuestionario de SCOFF/Escala de Zung es de 18 años coincidiendo con la literatura que cita este rango de edad entre los más susceptibles a padecer estos trastornos

Con respecto al nivel socioeconómico la población en riesgo de las 3 universidades corresponde al estrato 3, contrario a lo encontrado en el estudio realizado por la universidad de Manizales (2005) según el cual el riesgo de padecer de trastornos de la conducta alimentaria se incrementa a medida que el estrato social aumenta.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación podemos concluir que

es pertinente la implementación de programas de prevención en las diferentes, instituciones de educación superior de la ciudad, para identificar a tiempo posibles trastornos de conducta alimentaria en relación con los trastornos depresivos y prestar la atención requerida para estos casos.

Los resultados relacionados a continuación hacen parte de los hallazgos realizados en la presente investigación

- En relación al género, La población expuesta a presentar trastornos de conducta alimentaria corresponde al género femenino con un 64%.
- De la población en riesgo el mayor número de casos de depresión se encuentran en el rango ligeramente deprimido en ambos géneros predominando el femenino con un porcentaje de 23%. En cuanto a los casos de trastornos depresivos encontrados en el rango severamente deprimidos se observa que únicamente se presenta en mujeres con un porcentaje de 3% del total de la población en riesgo.
- En relación a las Instituciones Universitarias la mayor distribución de población en riesgo de trastornos de conducta alimentaria que presentan trastornos depresivos se encuentra dentro del rango ligeramente deprimido perteneciente a la I.U CESMAG con un porcentaje de 30%. En cuanto

al rango severamente deprimido la mayoría de casos corresponden a la Universidad Mariana con un porcentaje de 3%.

- Con respecto a la procedencia, la población en riesgo y con trastornos depresivos clasificados en el rango severamente deprimido se presentan en estudiantes que no son de san Juan de Pasto pero hacen parte del Departamento de Nariño equivalente al 3% distribuido en Tumaco, La Unión, Ipiales.
- la población en riesgo de acuerdo con presencia de trastorno depresivo según la Escala de Zung corresponde a estudiantes mayores de 19 años con un porcentaje de 31%.
- Los estratos socioeconómicos más vulnerables de presentar trastornos de conducta alimentaria junto con depresión son los estratos medio-bajos (1,2,3) en las tres universidades.
- Con respecto al cálculo del índice de masa corporal cabe resaltar el bajo peso asociado a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en dos casos pertenecientes al género femenino: El primero se presenta en la Universidad Mariana en el rango severamente deprimido y el segundo se presenta en la I.U CESMAG en el rango ligeramente deprimido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- FANDINO A MD. GIRALDO SC. MARTINEZ C. AUX CP. ESPINOSA R Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007 (Octubre-Diciembre)
- ARRIVILLAGA M. Psicol2. SALAZAR I.C Psicol3, CORREA D psicol4. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica Vol. 34 N° 4, 2003 186
- RUEDA G.E MD. RODRIGUEZ J. Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia , Revista Colombiana de Psiquiatría, , julio-septiembre, año/volumen XXXIV, numero 003, Bogotá Colombia, pp375-385.
- MAFLA A.C , OD, MSP. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colombia Médica Vol. 39 N° 1, 2008 (Enero-Marzo)
- ATTIA E. M.D., WALSH T. M.D. Behavioral Management for Anorexia Nervosa The New England Journal of Medicine. 2009;360:500-6. Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society .
- Yager J, M.D., Andersen A.E, M.D. Anorexia Nervosa. The New England Journal of Medicine. 2005;353:1481-8. Copyright © 2005 Massachusetts Medical Society.
- Edited by David J. Castle and Katharine A. Phillips. DISORDERS OF BODY IMAGE. The New England Journal of Medicine Vol. 347, No. 13 • September 26, 2002.

- Modelo brasileña muere de anorexia . Periódico el País. Cali - Colombia. Sábado 28 de febrero de 2009. Versión on line.
- RODRIGUEZ M. GUERRERO S. FRECUENCIA Y FENOMENOLOGIA DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES COLOMBIANAS CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Revista colombiana de Psiquiatría, julio-septiembre, año/vol XXXIV, numero 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá Colombia. Pp 343-354.
- NOVOA CJ. MD. Epistemología Filosofía de la mente y bioética. Más allá de los 240. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol. 37 / No. 1 / 2008
- PREVALENCIA Y POBLACIÓN AFECTADA DE ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Disponible en:
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- ANOREXIA . Disponible en:<http://www.dmedicina.com/salud/psiquiatricas/anorexia.html>
- Turismo en colombia.San juan de pasto, Ubicación geográfica. Disponible en:
- <http://www.encolombia.com/turismo/Sanj uandepastocolomb.htm>
- Prevalencia en anorexia y bulimia. Disponible en:
- <http://www.lasprovincias.es> . Marzo 2 de 2009 versión on line.
- (1) ANOREXIA . Disponible en:
- <http://www.dmedicina.com/salud/psiquiatricas/anorexia.html>
- (2) PREVALENCIA Y POBLACIÓN AFECTADA DE ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Disponible en:
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- (3). PREVALENCIA Y POBLACIÓN AFECTADA DE ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Disponible en:
<http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>
- (4) ARRIVILLAGA M. Psicol2. SALAZAR I.C Psicol3, CORREA D psicol4. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica Vol. 34 Nº 4, 2003 186
- (5) David J. Castle and Katharine A. Phillips. DISORDERS OF BODY IMAGE. The New England Journal of Medicine Vol. 347, No. 13 · September 26, 2002.
- (6) Trastornos de la alimentación y anorexia en adolescentes disponible en:
- <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- (7) <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- (8) COLOMBIA disponible en:
<http://www.encolombia.com/turismo/Sanj uandepastocolomb.htm> - ya no esta
- (9)<http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12959&cmd%5B111%5D=c-1-58>
- <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/>
- <http://www.innatia.com/s/c-salud-y-adolescentes/a-anorexia-caracteristicas.html>
- <http://www.teleantioquia.com.co/programas/todoquedaenfamilia/temas/2005-anorexiaybulimia.pdf>
- <http://www.colegiobuckingham.com/escuela>