



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TITULO:

APLICACIÓN DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-40 EN ADOLESCENTES MUJERES DEL I.S.T.E BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PARA DETERMINAR TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Tesis previa a la obtención
del título de Médico
General

AUTOR: Diego Patricio Riofrio Castillo

DIRECTOR: Dra. Fabiola María Barba Tapia Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

CERTIFICACION

CERTIFICACIÓN

Loja, 14 de Octubre de 2015

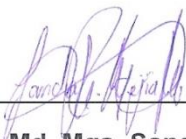
Md. Mgs. Sandra Mejía

DOCENTE DEL ÁREA DELA SALUD HUMANA

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: **“CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA”** de auditoría del Sr. **BYRON XAVIER PADILLA CUENCA**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente



Md. Mgs. Sandra Mejía

DIRECTORA DEL PROYECTO DE TESIS

CERTIFICACION

AUTORIA

Las ideas, criterios, resultados, conclusiones, diseños, conclusiones, recomendaciones expuestas en el presente trabajo de investigación son de exclusividad y responsabilidad del Autor.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Diego Patricio Riofrio Castillo

Firma:

Cédula: 1104713894

Fecha: 04 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Diego Patricio Riofrio Castillo** declaro ser autor de la tesis titulada: **APLICACIÓN DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-40 EN ADOLESCENTES MUJERES DEL I.S.T.E BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PARA DETERMINAR TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA** como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de octubre del dos mil quince firma el autor.

Firma:

Autor: Diego Patricio Riofrio Castillo

Cédula: 1104713894

Dirección: Ciudadela del Maestro II Etapa

Teléfono: 0988374486

Correo: drcp_m@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Fabiola María Barba Tapia, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Dr. Tito Carrión Dávila- Presidente
- Dra. Livia Pineda López - Vocal
- Dra. Lorena Vallejo Delgado - Vocal

DEDICATORIA

Con mucho amor y alegría dedico el presente trabajo a las persona más importantes en mi vida que ha sido y será para siempre mis padres, ya que gracias a su abnegación e infinita dedicación, hacer de mí y mis hermanos las personas que somos hoy en día, me acompañaron y dieron su apoyo a través de estos años de formación, cumpliendo un papel protagónico en mi vida, sin su apoyo no hubiese podido alcanzar esta meta, que es tan importante para mí como para ellos. A mi padres dedico este trabajo en forma de reconocimiento por todo lo que me has dado y que sabré valorar y reconocer toda mi vida.

Además dedico este trabajo a mis hermanos y sobrino, y a mi novia ya que han sido ellos también parte crucial en mi vida, gracias a su apoyo y cariño durante la realización de este trabajo y en sí de toda mi formación, a través de las enseñanzas de los mayores y como ejemplo a seguir de los menores, gracias por estar ahí conmigo. A todos los que me han apoyado en estos años de mi vida, y en especial a mi familia les dedico con todo el corazón este trabajo.

Diego Patricio Riofrio Castillo.

AGRADECIMIENTO

Primeramente mi mayor agradecimiento a mi papito Dios, por haberme permitido culminar con mis estudios, y este trabajo tan importante, por mantenerme con salud y alegría para superar los retos impuestos a lo largo de mi vida, a mis Padres, Medardo y Yolanda que siempre han sido mi apoyo fundamental en mi vida y han estado ahí presentes en todo momento lugar, a mis hermanos que me han apoyado siempre a mi novia Paola que ha estado apoyándome siempre.

Además agradezco a esta institución tan respetable en la que me formé la Universidad Nacional de Loja, en el Área de Salud Humana, que siempre será mi alma mater, que me permitió formarme y culminar con mis estudios, a sus autoridades, docentes y demás personal administrativo que contribuyo en mi formación y que siguen siendo parte fundamental de la formación de buenos profesionales

Mi agradecimiento especial a mí Directora de Tesis la Dra. Fabiola Barba, quien con amable dedicación, voluntad y sabios consejos supo guiarme para la realización del presente trabajo de investigación.

Agradezco también a las autoridades que me permitieron realizar mi investigación en el Instituto Técnico Superior Beatriz Cueva de Ayora”, y a todos los que han sido parte fundamental en la realización de mi tesis de una u otra manera.

Diego Patricio Riofrio Castillo

a. TÍTULO

APLICACIÓN DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-40 EN
ADOLESCENTES MUJERES DEL I.S.T.E BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE
LA CIUDAD DE LOJA PARA DETERMINAR TRANSTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA

b. RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se desarrollan en el periodo de adolescencia siendo de mayor riesgo las mujeres.

La presente investigación tiene como objetivo identificar a través de la aplicación del test de actitudes alimentarias EAT- 40 las conductas y actitudes alimentarias, esta investigación es de tipo descriptivo y transversal el mismo que se lo realizo en las adolescentes mujeres del Instituto Superior Tecnológico Experimental Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

El mismo se realizó previo consentimiento informado donde constó de la participación de 300 estudiantes alumnas del octavo, noveno y décimo año, en edades comprendidas de 11 a 15 años de edad

Dándonos como resultado; que el 9% presento transtornos de conducta alimentaria. Además se pudo determinar que los transtornos más predominantes eran la bulimia donde se encontró un porcentaje de 6% y un porcentaje del 3% correspondiente Anorexia, tenemos que con respecto al ejercicio un 52% lo realiza, además se pudo también determinar que lo que respecta al peso tenemos que la mayoría va de 37 a 40 kilos lo que corresponde a un 31%, luego de estos estudios se pudo diagnosticar que 59% correspondían a otros transtornos como Vigorexia y ortorexia

Palabras Clave: transtorno de conducta alimentaria, anorexia, bulimia.

SUMMARY

The eating disorder are diseases that develop in the period of adolescence being of higher risk women.

This research aims to identify through the application of the Eating Attitudes Test EAT-40 eating attitudes and behaviors, this research is descriptive transversal the same as it performed in adolescent women Beatriz Technological Institute of Experimental Ayora Cave City Loja

The same consent is informed where he made consisted of 300 students participating students of the eighth, ninth and tenth year, in ages ranging from 11 to 15 years old

Giving as a result; 9% presented eating behavior disorders. Furthermore, I can determine the most prevalent disorders were bulimia where a percentage of 6% and a rate of 3% for Anorexia is found, we have about exercise 52% do so also could also determine that regard the weight will have most of 37-40 kilos which corresponds to 31% after these studies could diagnose that 59% corresponded to other disorders as Vigorexia and orthorexia

Keywords: eating behavior disorder, anorexia, bulimia.

C. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años, principalmente en la población femenina y en las sociedades industrializadas, en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo físico, la belleza, y la aceptación. (S, 2010)

La American Psychiatric Association (APA, 2000/2002) define los Trastornos de Conducta Alimentaria como condiciones caracterizadas por alteraciones graves en este tipo de conducta que incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica fundamental de ambos diagnósticos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. (MORA, 2010)

La anorexia se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso, el rechazo a comer suficiente y una constante molestia sobre la propia imagen corporal.

Por su parte, la bulimia se caracteriza por ingerir grandes cantidades de alimentos en discretos intervalos de tiempo, seguido por intentos de compensar la sobre ingesta mediante el vómito, el uso de laxantes, dietas restrictivas o de ejercicio. (W.Stewart A, 2010).

Tanto la anorexia como la bulimia son cuadros complejos, compuestos por múltiples factores que interactúan entre sí y generan modificaciones en prácticamente todas las áreas de la vida de la persona. Implican cambios en el pensamiento que inciden, además, en las emociones, ya que se generan ciertos comportamientos que repercuten en el entorno y se sufren en el organismo. Se tiene bien claro que algunas de las consecuencias generadas por la anorexia y la bulimia son irreversibles y estos trastornos amenazan hoy en día la salud mental y física de un alarmante número de mujeres. (MORA, 2010)

La American Psychiatric Association estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, en las mujeres, de aproximadamente

un 0,5% y que la prevalencia en hombres es aproximadamente una décima parte de la prevalencia en mujeres.

En el caso de la bulimia nerviosa, la prevalencia entre las mujeres es aproximadamente del 1% al 3%; entre los hombres la prevalencia es diez veces menor.

Por tanto, la prevalencia de Transtornos de Conducta Alimentaria específicos (anorexia, bulimia) está entre el 0,5% y el 3% de la población general. Por otra parte, entre el 4% y el 22% de las mujeres universitarias reportan estar relacionadas con un comportamiento anoréxico o bulímico

Según Zeledón en el caso particular de la bulimia, diferentes investigadores consideran que estos cuadros de desorden alimenticio se encuentran muy cerca de definirse como epidemia social. Dos estudios realizados en Costa Rica con estudiantes de colegios públicos y privados, de ambos géneros y del área metropolitana, muestran porcentajes significativos de presencia de estos trastornos que alcanzan el 20%. (MORA, 2010)

Como lo muestran la investigación de Salazar con una muestra de 533 adolescentes y la de Rosabal con 369, el mayor el riesgo lo tienen las mujeres.

En el Ecuador no existen cifras exactas sobre estas dos enfermedades, sin embargo los resultados son que en Cuenca existe un 15 % de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. Se estima que de cada 5 personas tres tienen bulimia y anorexia. (Guadamarrá R, 2011)

Sin embargo, contamos con escasos instrumentos válidos y confiables para la investigación y el diagnóstico temprano de estos trastornos, que van en aumento en la población mundial y de los cuales no somos ajenos. De aquí el esfuerzo de la presente investigación por probar estadísticamente, en una muestra de jóvenes Lojanas, el comportamiento de uno de los instrumentos más usados para detectar el riesgo de desarrollar Transtornos

de Conducta Alimentaria, el Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test: EAT- 40).

La presente investigación tiene como objetivo identificar a través de la aplicación del test de actitudes alimentarias EAT- 40 los trastornos de conductas y actitudes alimentarias, determinar los trastornos alimentarios que predominan en las adolescentes mujeres del I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja, identificar las conductas y actitudes sobre la comida, el peso y el ejercicio relacionados con la anorexia, identificar si las adolescentes presentan indicios de anorexia nerviosa o bulimia

La presente investigación es de carácter descriptivo y transversal el mismo que se lo realizó en las adolescentes mujeres del Instituto Superior Tecnológico Experimental Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja, contando con la participación de las alumnas del octavo, noveno y décimo año.

Debido al carácter epidemiológico de nuestro estudio y en respuesta a nuestro objetivo general, la prevalencia global de los trastornos de la conducta alimentaria identificada a través del test un 9% que presentan trastornos de conducta alimentaria.

Siendo el trastorno más predominante la bulimia donde se encontró un porcentaje de 6% el mismo que corresponde a 19 estudiantes y un porcentaje menor del 3% que corresponde a 8 personas que presentan Anorexia, además tenemos que con lo respecto al ejercicio que un 52% lo realiza, además se pudo también determinar que lo que respecta al peso tenemos que la mayoría tiene un peso que va de 37 a 40 kilos lo que corresponde a un 31%.

Siendo el último objetivo la identificación en sí de las adolescentes que presentan indicios de anorexia y bulimia, estos datos se lograron obtener tomando a los 27 casos de trastornos alimentarios y se evaluó nuevamente a través del test y con la colaboración de los médicos

psicólogos más del colegio en estudio y tomando en cuenta los criterios diagnósticos DSM-IV y los Criterios propuestos por el CIE-10 se logró obtener un total de 11 estudiantes que presentan trastornos de la conducta donde tenemos que 8 personas que corresponde al 73% presentan indicios de Bulimia y un total de 3 personas que corresponde al 27% que presentan anorexia.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1 Generalidades

Un trastorno de la conducta alimentaria puede ser definido como una alteración persistente de los patrones alimentarios o una conducta que trata de controlar el peso corporal, que ejerce efectos deletéreos en la salud física y en el desenvolvimiento social, y que no son secundarios a otras condiciones médicas o psiquiátricas de base. Los trastornos alimentarios más reconocidos son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). El sobresaliente de la AN es la negativa a mantener un peso corporal normal mínimo. La BN se caracteriza por episodios recurrentes de comilonas seguidas por conductas inapropiadas dirigidas a evitar la ganancia de peso, como por ejemplo la auto-provocación del vómito. (Arrufat, 2010)

Existen otras dos formas clínicas, menos reconocidas como lo son los Trastornos alimentarios no especificados (TCANE o EDNOS; por sus siglas en inglés: Eating Disorder Not Otherwise Specified) y el Trastorno alimentario de Comilonas (BED; por sus siglas en inglés: Binge-Eating Disorder).

El término Anorexia Nerviosa, significa literalmente: “pérdida nerviosa del apetito”, derivada del griego orexis: apetito. El trastorno fue descrito por primera vez en la literatura médica casi simultáneamente por Sir William Gull en Inglaterra y Ernest-Charles Lasegue en Francia, en los 1870. Sus descripciones de las características principales son: pérdida de peso severa, amenorrea, alteraciones psicológicas y actividad aumentada, son reflejadas con solo pequeñas modificaciones en los criterios diagnósticos modernos respectivos más utilizados: DSM- IV TR. (CARLOS, 2012)

El término de Bulimia, se piensa que proviene de las palabras griegas bous y limos, que literalmente significan: “hambre de buey”. La ingesta de comida en exceso “comilonas”, han sido un problema de la humanidad por milenios y la práctica del vómito auto-inducido también data desde los mismos tiempos (siglos XIV). Sin embargo, no fue hasta 1979 que el trastorno clínico de BN fue

formalmente descrito, en un artículo publicado por Russell. En 1980, BN fue reconocida como diagnóstico en el DSM- III. Pequeñas modificaciones fueron realizadas para dar paso a los criterios estipulados en el DSM- IV-TR3. (Consumo, 2009)

2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1 Definición: Es un trastorno de tipo emocional, se trata de una enfermedad de origen Psíquico, con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación y distorsión severa de la imagen corporal, entre el 90 y 95% son mujeres. El 5% de las pacientes diagnosticadas con el trastorno mueren por esta causa.

La persona con este trastorno se niega a mantener su cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, lo quiere inferior, tiene un inmenso temor a ganar peso y una exagerada preocupación por su silueta.

2.2 INCIDENCIA

La incidencia de anorexia nerviosa a nivel mundial es de 1/100.000; sin embargo, en la etapa pubertad y de raza blanca de los países occidentales la incidencia alcanza índices de 1/100. No obstante, la incidencia real es difícil de establecer ya que no hay estudios epidemiológico fiable, porque la forma leve o incompleta pueden pasar sin un correcto diagnóstico ya que no hay concordancia con los diagnósticos. Se hace referencia que hace 10 años en el mundo occidental, cada 10.000 muchachas jóvenes, 3 de ellas sufrían de anorexia nerviosa. Hoy en día la realidad de la incidencia de la anorexia nerviosa se va incrementando no solo porque se diagnostique mejor, sino por los cambios psicosociales y los patrones culturales que están teniendo lugar en los países occidentales desarrollados ya que estos favorecen en su aparición. En estados unidos la prevalencia y esta aceptada entre adolescentes de 15 a 19 años es un 0,48% de anorexia. Con el pasar del tiempo no solo las chicas en la etapa pubertad son las que hay mayor incidencia con anorexia, ya que también se habla de un

incremento en varones ya que esta se ha doblado en los últimos cinco años. (B, 2009)

Éste es un dato muy importante ya que no solo la anatomía de la mujer es la más vulnerable a padecer de anorexia nerviosa ya que esta no solo afecta por el contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos. En estudios realizados en Madrid – España el 43% de las chicas son de 15 años se ven gordas y un 23% señalan sobre actitudes alimentarias tendentes a la pérdida de peso. Entre las razones a las que se hace alusión para justificar una mayor incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en el sexo femenino figuran la mayor predisposición de las mujeres para desarrollar conductas de riesgo y una mayor vulnerabilidad ante el desayuno. Las mujeres se someten a dietas con frecuencia que el varón porque sus ideales estéticos son más delgados. Se da una mayor contagiosidad ya que es muy frecuente que alguien de su entorno este a dieta o lo realicen por imitación, incitados. En cuanto al rango de edades oscila entre los 10 y los 25 años, si bien es excepcional su debut en la etapa infantil y en edades superiores a los 40 años. Típicamente afecta a la etapa pubertad, adolescentes. Según Neisten sitúa que la edad media de comienzo en 13 años, pero otros autores consideran una distribución binomial, con un pico a los 14 años y otros a los 18 pero el 25% puede tener menos de 13 años.

En el Ecuador no existen cifras exactas sobre estas dos enfermedades, sin embargo los resultados son que en Cuenca existe un 15 % de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. (ROMAN, 2012)

2.3 ETIOPATOGENIA

La Anorexia Nerviosa es un trastorno de origen multifactorial, y es sabido que ninguno de estos factores por si solo puede explicarla:

2.3.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

La anorexia nerviosa parece ser una reacción de los adolescentes (edad donde frecuente mente comienza el trastorno) frente a ciertas demandas,

como por ejemplo: aumento de sus relaciones sociales y sexuales, independencia, etc.

Estas pacientes suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Muchas sienten que sus cuerpos están, de alguna manera, bajo el control de sus padres y el auto inanición se convierte así en un esfuerzo para adquirir la condición de persona única y especial.

Los psicoanalistas que tratan a pacientes con Anorexia Nerviosa están de acuerdo generalmente en que se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres.

El cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y no empática y la inanición puede tener el significado inconsciente de detener el crecimiento de éste objeto interno intrusivo y de ese modo destruirlo.

Podemos decir que a nivel psicológico hay tres áreas afectadas:

- ✓ Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales (se siente normal cuando está emanciado, niega enfermedad y anormalidad).
- ✓ Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre.
- ✓ Una sensación paralizante de ineffectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa. También se presenta, en la mayoría de estas pacientes, características comunes de la personalidad previa, como ser: perfeccionismo, rigidez, escasa empatía, baja autoestima y personalidad obsesiva. (CARLOS, 2012)

2.3.2 Factores Familiares

En las familias de las pacientes con anorexia nerviosa muy frecuentemente existen las siguientes características:

- ✓ Sobre involucramiento, es decir, excesiva fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individual.
- ✓ Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones.
- ✓ Sobreprotección.
- ✓ Evitación y falta de resolución de conflictos. También las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa parecen felices y a menudo son de clase económica alta y orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio. Ocurre especialmente en familias que tienen más hijas que hijos y raramente en casos de hijos únicos; es común que se presente en la mayor de dos hijas y en el caso del hijo predilecto, del que ambos padres piden afecto y confirmación, éste papel se vuelve difícil para el adolescente, y lo predispone a la aparición de la enfermedad. (CARLOS, 2012)

2.3.3 Factores Genéticos

Estos son fundamentales en la Anorexia Nerviosa, respecto de la cual la tasa de concordancia es del 70% para gemelos idénticos y del solo 20% para los no idénticos.

Las hermanas de éstas pacientes parecen estar también afectadas con mayor frecuencia por éste trastorno.

Se ha identificado un gen en el cromosoma 1 implicado en el desarrollo de ésta patología y aunque los trastornos de la alimentación son sustancialmente heredables, la susceptibilidad genética puede deberse a efectos de interacción entre diferentes genes y es posible que se reflejen en pequeñas variantes poco frecuentes en la población general.

2.3.4 Factores Socioculturales

La sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura, es un factor de innegable importancia para la generación de estos cuadros.

Las influencias socioculturales y concretamente, "el anhelo de delgadez", constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos.

Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos:

- Modas de Vestir;
- Producción y Venta de productos y servicios adelgazantes con su publicidad
- Rechazo de la Obesidad y el Sobrepeso;
- Famosos encarnados en cuerpos delgados
- Medios de Comunicación
- Difusión de Actividades Físicas de riesgo y cambios en el papel social de la mujer. (Ana T. Pereira, 2010)

2.3.5 Factores Biológicos

Los opioides endógenos pueden ser responsables de la negación del hambre en éstos pacientes; demostraron por estudios que revelan un importante aumento de peso en algunos pacientes a los que se le administraron antagonistas opiáceos.

- La leptina, péptido producido en las células del tejido adiposo, está involucrada, mediante factores hipotalámicos, en la regulación del apetito y del mantenimiento del peso. La secreción de ésta, desde el adipocito comunica el estado de energía corporal al cerebro. Se ha encontrado que la leptina cambia las concentraciones de NYP (neuropéptido con efecto estimulante de la ingesta de comida) en el hipotálamo. Las altas concentraciones de leptina, que reflejan adecuadas o altas concentraciones de grasa corporal, son las que regulan hacia abajo (down regulation) las cifras de NYP, lo cual disminuye el apetito.

De igual manera, las concentraciones bajas de leptina se relaciona con cifras altas de NYP y estimulan la ingesta para restaurar las reservas de energía.

Cuando se estudia en mujeres adolescentes y adultas jóvenes el efecto de la Anorexia Nerviosa en las concentraciones plasmáticas de las adipocitocinas (leptina y adiponectina) y la reserva de la glucosa estimulada por la insulina, se observa que las anoréxicas muestran concentraciones plasmáticas más altas de adiponectina al compararlas con las no anoréxicas; en tanto, las de leptina se encuentran disminuidas.

La deficiencia de cinc, también está íntimamente asociada con la anorexia nerviosa, no solo por ella misma, sino también ligada a otros macronutrientes como la tiamina.

En estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrón, al observar el flujo sanguíneo cerebral por regiones, los pacientes anoréxicos con comportamiento habitual de purga/atracón han mostrado mayores cambios en las regiones superiores, frontal, inferior y parietal del hemisferio derecho, como así también, aumento de los surcos y ventrículos cerebrales, en contraste con pacientes anoréxicos de tipo restrictivo y con controles sanos. Con la conjunción de todos éstos factores, se ha creado una Teoría Multifactorial, que postula que la Anorexia Nerviosa sería el fruto de una interacción compleja entre los factores psicológicos y familiares que llevarían al adolescente, en un deseo de auto-expresarse, a rehusar el alimento; la desnutrición consecuente produciría cambios hipotalámicos y endócrinos que contribuirían a la hiperactividad, la euforia, los trastornos de la imagen corporal y el miedo a la obesidad. (MarianaAndrea Staudt, 2009)

2.4 Subtipos de Anorexia Nerviosa

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante episodios de anorexia nerviosa.

2.4.1 Tipo Restrictivo

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de Anorexia Nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

2.4.2 Tipo Compulsivo/Purgativo

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan

por episodios de atracones también recurren a las purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.

Existen algunos casos incluidos este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. (W.Stewart A, 2010)

2.5 SIGNOS Y SINTOMAS

Esta patología se caracteriza por una pérdida significativa de peso provocada por el enfermo y por una percepción errónea del propio cuerpo. En consecuencia, los problemas endocrinos se hacen evidentes en un espacio de tiempo relativamente corto.

Los principales síntomas que determinan la aparición de la enfermedad son los siguientes:

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la edad y talla del enfermo.
- ❖ Miedo al aumento de peso o a la obesidad incluso cuando el peso se encuentra por debajo de lo recomendable.
- ❖ Percepción distorsionada del cuerpo, su peso y proporciones.
- ❖ Amenorrea
- ❖ Los anoréxicos pueden experimentar una serie de síntomas muy variados: estreñimiento, dolor abdominal, vómitos, etc.

Pero es la familia la que detecta los síntomas que dan la voz de alarma:

- ❖ Preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos
- ❖ Constante sensación de frío

- ❖ Reducción progresiva de los alimentos
- ❖ Obsesión por la imagen, la báscula, los estudios y el deporte
- ❖ Utilización de trampas para evitar la comida
- ❖ Hiperactividad

DSM IV-TR identifica dos subtipos de anorexia nerviosa:

- ❖ La restricción de tipo y el tipo de borrachera comer-purga.

Síntomas psiquiátricos comórbidos incluyen síntomas depresivos tales como

- ❖ Depresión
- ❖ Aislamiento Social
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Insomnio
- ❖ Disminución del interés sexual.

Muchos rasgos depresivos pueden ser secundarios a las secuelas fisiológicas.

- ❖ Los síntomas de los trastornos del estado de ánimo, deben reevaluarse después de la restauración parcial o total de peso.
- ❖ Trastorno obsesivo-compulsivos funciones-pensamientos de los alimentos,
- ❖ El acaparamiento de alimentos, recogiendo o separándose pequeñas porciones de alimentos, o recogiendo recetas son comunes.
- ❖ Síntomas y preocupaciones de comer en público de ansiedad también son comunes.

En cuanto a las consecuencias clínicas, los síntomas son los siguientes:

- ❖ Bradicardia
- ❖ Se producen arritmias que pueden derivar en un paro cardiaco.
- ❖ Baja la presión arterial.
- ❖ Amenorrea.
- ❖ En los casos muy tempranos, se frena la velocidad de crecimiento.

- ❖ Disminución de la motilidad intestinal.
- ❖ Anemia.
- ❖ Aparece un vello fino y largo, llamado lanudo, en la espalda, los antebrazos, los muslos, el cuello y las mejillas.
- ❖ Estreñimiento crónico.
- ❖ La piel se deshidrata, se seca y se agrieta.
- ❖ Coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies por la acumulación de carótenos en las glándulas sebáceas.
- ❖ Las uñas se quiebran.
- ❖ Pérdida de cabello.
- ❖ Problemas con los dientes y edemas periféricos. Hinchazones y dolores abdominales. (W.Stewart A, 2010)

2.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1.6.1 Los propuestos por el DSM-IV

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- b) Miedo intenso a ganar peso y convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos consecutivos.
- e) Se establecen dos tipos de AN: purgativo o restrictivo, en función de que existan o no conductas purgativas y/o episodios de atracones

1.6.2 Criterios Propuestos por el Cie-10

- a) Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5) o ausencia de ganancia ponderal pre-púberes

- b) La pérdida de peso es auto inducida por:
 - ✓ vómitos auto provocados y/o
 - ✓ utilización de laxantes y/o
 - ✓ diuréticos y/o
 - ✓ anorexígenos u otros fármacos y/o
 - ✓ ejercicio físico excesivo
- c) Distorsión de la imagen corporal
- d) Amenorrea en la mujeres y pérdida de interés y potencia sexual en los varones
- e) Retraso en la aparición de la pubertad (Diana Madruga Acerete, 2012)

2.7 TRATAMIENTO

Debido a los profundos efectos fisiológicos y psicológicos de la inanición, existe un consenso general en el sentido de que el objetivo principal del tratamiento de la anorexia nerviosa es la recuperación del peso hasta alcanzar 90% del ideal.

Por desgracia, como la mayoría de los pacientes se resiste a ello, su consecución suele ir acompañada de frustraciones para el paciente, la familia y el médico. En el caso típico, la persona exagera en la ingestión de alimentos y concede mínima importancia a sus síntomas.

Algunos recurren al subterfugio de simular aumento de peso, por ejemplo "cargándose de agua" antes de pesarse. Para intentar implicar al paciente en el tratamiento puede resultar útil que el médico saque a la luz los problemas físicos que pueden aparecer (p.ej., hablar de la osteoporosis, la debilidad o la fertilidad) y, si es posible, explique la importancia de normalizar el estado de nutrición con el fin de evitar estos peligros.

El médico debe intentar tranquilizar al paciente, en el sentido de que no permitirá un aumento ponderal "descontrolado" y, al mismo tiempo, debe insistir en que el restablecimiento del peso es médica y psicológicamente imprescindible.

La intensidad del tratamiento inicial, incluida la necesidad de hospitalización, depende del peso actual del paciente, de la rapidez del adelgazamiento reciente y de la gravedad de las complicaciones médicas y psicológicas.

En los pacientes que pesan <75% del peso ideal debe considerarse seriamente la hospitalización, incluso aunque los análisis sistemáticos de sangre sean normales.

Hay que identificar y corregir los problemas médicos agudos como los desequilibrios electrolíticos graves. El restablecimiento de la nutrición puede hacerse casi siempre por vía oral, con buenos resultados, y rara vez hay que recurrir a métodos parenterales.

En los pacientes con peso muy bajo deben proporcionarse al principio las calorías suficientes (aproximadamente 1200 a 1800 kcal/día), repartidas en las comidas en forma de suplementos alimenticios o líquidos que permitan mantener el peso y estabilizar el equilibrio hidroelectrolítico.

A continuación, puede incrementarse de forma gradual el aporte de calorías, para lograr un aumento de peso de 1 o 2 kg por semana, para lo que suelen ser necesarias ingestas de 3 000 a 4 000 kcal/día. Hay que supervisar las comidas, preferiblemente por un personal que se muestre firme en cuanto a la necesidad de consumir todos los alimentos, que asuma el desafío contraído y que tranquilice al paciente sobre su recuperación final. La mayor dificultad psicológica de los pacientes se refiere a la necesidad de aumentar su consumo de calorías, por lo que suele ser necesario el apoyo de un psiquiatra o un psicólogo experto en el tratamiento de esta enfermedad. Los pacientes con afección menos grave pueden tratarse según un plan de hospitalización parcial en el que cuenten con supervisión médica y psiquiátrica y pueda vigilarse diariamente el consumo de algunos alimentos. El tratamiento extra-hospitalario puede bastar en los casos leves. Es importante medir en forma sucesiva y a intervalos frecuentes el peso y concordar en objetivos explícitos para su aumento, en

el entendido de que será necesario un tratamiento más intensivo si resultan infructuosas estas medidas y el nivel de atención utilizado al principio.

En el caso de personas más jóvenes es de gran trascendencia que la familia participe efectivamente en el tratamiento, sea cual sea la índole de éste.

2.8 EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:

Se concentra más bien a dos puntos:

- ✓ **En primer lugar**, la persona necesita enorme apoyo emocional en el periodo de aumento de peso.

Acepta intelectualmente que necesita subir, pero se resiste a toda costa a aumentar la ingesta calórica, y a menudo desecha subrepticamente el alimento que se le suministra.

- ✓ **En segundo lugar**, el enfermo debe aprender a fundar su autoestima no en la consecución de un peso inapropiadamente bajo, sino en la creación de relaciones personales satisfactorias y en el alcance de metas académicas y ocupacionales razonables. Si bien se trata de una meta posible, algunos individuos con anorexia nerviosa terminan por mostrar manifestaciones emocionales y conductuales graves, como la depresión, automutilación, conducta obsesiva-compulsiva e ideas suicidas. Tales manifestaciones pueden obligar a otras intervenciones terapéuticas en la forma de psicoterapia, farmacoterapia u hospitalización.

En la etapa de realimentación a veces surgen complicaciones médicas. Particularmente en las fases iniciales del tratamiento las personas con malnutrición profunda pueden presentar un "síndrome de realimentación" que se caracteriza por hipofosfatemia, hipomagnesemia e inestabilidad cardiovascular.

Si el ritmo de la reanudación alimentaria es rápido se ha descrito dilatación aguda del estómago. Como ocurre en otras formas de malnutrición, surgen a veces retención de líquidos y edema periférico, aunque por lo común no

necesitan tratamiento específico si no aparecen disfunciones de corazón, riñones o hígado. A veces se observan pequeñas elevaciones transitorias de los niveles de enzimas hepáticas en suero. Es importante administrar multivitamínicos, y para llevar al mínimo la pérdida ósea habrá que suministrar 400 UI de vitamina D al día y 1 500 mg de calcio/día.

No existe algún psicofármaco de utilidad contrastada en el tratamiento de la anorexia nerviosa; los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en los casos de prolongación del intervalo QTC. Las alteraciones del cortisol y de las hormonas tiroideas no requieren tratamiento específico y se corrigen con el aumento de peso. La administración de estrógeno al parecer tiene mínima trascendencia en la densidad ósea de personas enflaquecidas, y el beneficio pequeño de los bisfosfonatos al parecer es rebasado por los posibles riesgos que conlleva el uso de ellos en mujeres jóvenes. (W.Stewart A, 2010)

3. BULIMIA NERVIOSA

3.1 Definición.

La bulimia es un desorden alimenticio, que tiene como efecto no solo la adicción a los alimentos, existe también un rechazo a estos, con una combinación de atracones esporádicos.

Las personas que padecen esta enfermedad no son capaces de dominar la desesperación que los lleva a comer, por sentimiento de culpa y vergüenza después de ingerir alimentos en altas cantidades de calorías y grasas, les lleva a provocar el vómito, o ingerir laxantes o diuréticos, realizando ejercicios excesivos para eliminar las comidas consumidas.

Los bulímicos padecen de 15 atracones y vómitos por semana sin embargo su peso es normal lo cual es complicado detectar la enfermedad.

Es importante mencionar que en un solo atracón las personas que sufren de bulimia pueden llegar a consumir de 10.000 a 40.000 calorías.

3.2 Aspectos Epidemiológicos

En las mujeres, la prevalencia permanente del síndrome florido de bulimia nerviosa (BN) es de 1 a 3%. Son mucho más frecuentes las variantes del problema, como el consumo desenfrenado ocasional de alimentos, o el uso de purgantes y laxantes, que se observan en 5 a 10% de mujeres jóvenes. La frecuencia de bulimia nerviosa en varones es de menos de un décimo de la observada en mujeres. La prevalencia de BN aumentó extraordinariamente al principio de los decenios de 1970 y 1980, pero mostró una etapa de nivelación o incluso disminuyó en años recientes.

3.3 Causas

Influyen los factores psicológicos, biológicos y sociales llevándolos a tener una visión diferente de sí mismo con el temor a subir de peso y engordar.

Los que padecen esta enfermedad constantemente se ven gordos, siendo su peso normal, sin embargo no pueden reducir sus ansias de comer.

Varias veces se presenta esta enfermedad ya que de niñas hacen dieta sin un control médico.

Hasta la actualidad no se conoce la vulnerabilidad biológica del porque el desarrollo de la enfermedad, esta se da por factores como el entorno social, el temor a la burla y las dietas. (ROMAN, 2012)

3.4 Manifestaciones Clínicas

El paciente típico que acude en busca de tratamiento para su bulimia nerviosa es una mujer de peso normal a mediados del tercer decenio de vida y que refiere atracones y purgas cinco a 10 veces a la semana durante cinco a 10 años.

El trastorno suele comenzar a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta, durante una dieta o poco después, a menudo junto con depresión. La limitación calórica autoimpuesta supone aumento del hambre y sobrealimentación. Para no engordar, la paciente se provoca el vómito,

toma laxantes o diuréticos o emprende alguna otra forma de conducta compensadora.

En las etapas de ingestión desenfrenada de alimentos, las personas con el trastorno tienden a consumir abundantes alimentos dulces y con un gran contenido de grasa, como los postres.

Los comportamientos compensatorios más frecuentes consisten en vómito auto inducido y abuso de laxantes, pero se han descrito técnicas muy diversas, como la omisión de inyecciones de insulina en sujetos con diabetes de tipo 1. Al principio, los pacientes pueden experimentar la sensación de satisfacción de que pueden comer alimentos sin ganar peso.

Sin embargo, a medida que el trastorno avanza, perciben que van perdiendo el control de su alimentación. Los atracones aumentan de magnitud y frecuencia, provocados por distintos estímulos como una depresión o ansiedad transitorias, o la sensación de que en una comida normal se han consumido demasiados alimentos. Entre los atracones, los pacientes intentan limitar su ingesta calórica, con lo que aumenta la sensación de hambre, que propicia el escenario para el siguiente atracón.

En forma típica, la persona con BN se avergüenza de su conducta y trata de ocultar el problema a parientes y amigos.

Al igual que quienes tienen AN, los que muestran BN conceden enorme importancia al peso y la "figura", como base de su autoestima. Muchos individuos con BN tienen síntomas leves de depresión. Algunos muestran trastornos graves del ánimo y la conducta, como intentos de suicidio, promiscuidad sexual y abuso de drogas y alcohol. Aunque, al principio, el vómito puede provocarse estimulando manualmente el reflejo faríngeo, casi todos los pacientes terminan por desarrollar la capacidad de vomitar cuando lo desean.

Rara vez recurren al uso regular de jarabe de ipecacuana. A menudo toman cantidades impresionantes de laxantes y diuréticos, por ejemplo, 30 a 60

comprimidos de laxante de una sola vez. La pérdida de líquidos resultante provoca deshidratación y una sensación de vacío, pero con escaso efecto en el balance calórico. (Arrufat, 2010)

Las alteraciones físicas vinculadas a la bulimia nerviosa se deben, sobre todo, a la conducta de purgación.

- Puede encontrarse una hipertrofia bilateral e indolora de las glándulas salivales (sialoadenosis).
- El repetido traumatismo el dorso de la mano contra los dientes puede provocar la aparición de una cicatriz o un callo en aquellos dedos que estimulan manualmente el reflejo faríngeo.
- El vómito de repetición y la exposición de las superficies linguales de los dientes al ácido gástrico originan una pérdida del esmalte dental que puede acabar en astilla miento y erosión.

Las alteraciones analíticas son sorprendentemente raras, aunque a veces se encuentran

- ✓ Hipopotasemia
- ✓ Hipocloremia e
- ✓ Hiponatremia.
- ✓ El vómito repetido puede causar alcalosis, mientras que el abuso de los laxantes puede asociarse a una ligera acidosis metabólica.

La amilasa sérica experimenta un discreto ascenso por la mayor producción de la isoenzima salival.

Las complicaciones físicas graves de la BN son raras.

- ❖ La oligomenorrea
- ❖ La amenorrea son más frecuentes que en las mujeres sin trastornos de la alimentación.
- ❖ Arritmias a causa de los trastornos electrolíticos.
- ❖ Se han señalado casos de desgarros esofágicos y roturas gástricas, que constituyen episodios potencialmente fatales.

- ❖ Algunos pacientes que consumen laxantes o diuréticos de forma crónica pueden manifestar edema periférico transitorio cuando dejan de tomarlos, probablemente a causa de los altos niveles de aldosterona secundarios a la pérdida persistente de líquidos y electrolitos.

3.5 Diagnostico

Las características esenciales para el diagnóstico de la bulimia nerviosa son los episodios repetidos de atracones seguidos de conductas deficientes y anormales, encaminadas a evitar el aumento de peso.

Para establecer el diagnóstico de bulimia nerviosa es necesario que el paciente proporcione una historia franca y detallada de los atracones repetidos, seguidos de un uso intencionado de mecanismos deficientes para evitar el aumento de peso.

La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa que acuden en busca de tratamiento sufren a causa de su incapacidad para controlar su comportamiento alimentario pero podrán proporcionar los detalles necesarios si la historia se hace en un ambiente de apoyo y sin juicios de valor. (Maria C Iñarritu P, 2010)

Como en la AN, en la bulimia nerviosa existen dos subtipos mutuamente excluyentes. Los pacientes con el subtipo de "purga" utilizan conductas compensadoras que libran al organismo de las calorías o los líquidos (p. ej., mediante la auto provocación del vómito, el abuso de laxantes o diuréticos), mientras que los del subtipo "sin purga" intentan compensar los atracones ayunando o con un ejercicio excesivo; el peso de estos pacientes tiende a ser mayor y son menos propensos a las alteraciones hidroelectrolíticas. (B, 2009)

3.5.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV

- Episodios recurrentes de ingesta voraz, al menos 2 semanales durante 3 meses

- Conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio físico excesivo.
- Distorsión de la imagen corporal
- También se establecen dos tipos: purgativo (vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas en exceso) y no purgativo (utilizan el ayuno o el ejercicio físico excesivo)

3.5.2 Criterios Diagnósticos CIE-10

- ❖ Preocupación constante por la comida, con episodios de polifagia durante los cuales consumen gran cantidad de alimentos en períodos cortos de tiempo
- ❖ Uso de técnicas compensatorias frente al aumento de peso:
 - a) Vómitos auto-provocados
 - b) Utilización de laxantes
 - c) Anorexígenos u otros fármacos
 - d) Periodos intermitentes de ayuno
 - e) Miedo intenso a engordar, con objetivos de peso siempre inferior al peso óptimo
 - f) Antecedente o no de anorexia previa (W.Stewart A, 2010)

3.6 COMPLICACIONES

1. Metabólicas

- Alcalosis Metabólica Hipoclorémica

2. Cardiovasculares

- Prolapso Mitral
- Alteraciones en el EGC

3. Renales

- Alteraciones Hidroelectrolíticas
- Fracaso Renal Agudo
- Nefropatía Hipopotasémica

4. Dermatológicas

- Callosidades en nudillos (Signo de Russell)

5. Del tracto digestivo

- Erosión del Esmalte Dental
- Gingivitis
- Hipertrofia de Glándulas Salivares
- Esofagitis
- Regurgitaciones
- Rotura esofágica
- Dilatación/ perforación gástrica
- Pancreatitis aguda
- Estreñimiento

(Diana Madruga Acerete, 2012)

4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Aparte de los desórdenes alimenticios estudiados ya revisados hay otro menos conocido que se encuentran a medio camino entre ambos y que se les conoce como Desórdenes Alimenticios No Especificados. (GuiaSalud, 2010)

4.1. Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR

Para trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

- A. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que las comilonas y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso

normal (por ej.: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

- E. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- F. Trastorno compulsivo: se caracteriza por comilonas recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

4.2.- Epidemiología

Su prevalencia oscila entre 2,4% y 12,6% en poblaciones adolescentes de sexo femenino, cifras que superan las de los cuadros de anorexia y bulimia. Son los trastornos alimentarios más comunes observados en los centros de tratamiento. Ciertos programas especializados han informado que 25% a 60% de los casos tratados caen en el rango no especificado. (GuiaSalud, 2010)

4.3.- Características Clínicas

Es conveniente, para comprender las manifestaciones sintomáticas de los desórdenes subclínicos, primeramente conocer la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa propiamente tales. Parte de los cuadros clasificados como trastornos atípicos son, en realidad, una anorexia o una bulimia que se detectan en fases muy iniciales, tras un corto periodo de duración de entre cinco u ocho meses. Lo positivo a este respecto es que el trastorno se pesquisa a tiempo, cuando aún no se ha desarrollado de forma completa. Así, los pacientes con una anorexia incipiente tienen mejor pronóstico, se suelen recuperar con normalidad y recuperar peso. (Consumo, 2009)

4.3.1.- Otros tipos clínico:

Otras patologías alimentarias, menos comunes que han sido clasificadas como no especificados son:

- a) **Pica:** ingestión persistente de sustancias no nutritivas (ej.: tierra, metal, papel, etc.) inapropiada para el nivel de desarrollo, durante un periodo de al menos un mes. (Consumo, 2009)

- b) Síndrome del comer nocturno: caracterizado por anorexia matinal, hipofagia vespertina e insomnio, con despertares seguidos por consumo nocturno de alimentos.
- c) **Ortorexia**, obsesión de comer alimentos considerados saludables por la persona, lo que incluso puede llevar a una desnutrición severa y a la muerte.
- d) Típicamente se evitan las grasas, preservantes o productos animales.
- e) **Vigorexia (trastorno dismórfico muscular o anorexia inversa)**: preocupación obsesiva por el físico y distorsión del esquema corporal, acompañados de una adicción a la actividad física con el fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, ya que los pacientes, comúnmente de sexo masculino, se sienten débiles y pequeños. Es común entre los físico-culturistas, cuyas dietas extremadamente proteico-calóricas y el abuso de esteroides, los lleva a una insuficiencia renal y a otros trastornos somáticos, psicopatológicos y sociales. (Ruiz, 2012)

4.4.- Síntomas y Signos Físicos de Alarma

- a) Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo de sexo femenino.
- b) Falla en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- c) Irregularidades de la menstruación o amenorrea.
- d) Se aprecia debilidad. En periodo de exámenes, por ejemplo, llegan a producirse desmayos por no haber desayunado.
- e) Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- f) Osteoporosis en jóvenes.
- g) Hirsutismo o lanugo.
- h) Anomalías dentarias.
- i) Hipertrofia parotídea.
- j) Callosidades en los nudillos de las manos.
- k) Constante sensación de frío. (GuiaSalud, 2010)

4.4.1.- Síntomas y Signos Conductuales de Alarma

- a) Comer en solitarios, desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño.
- b) Preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos.
- c) Miedo exagerado al sobrepeso o la ganancia ponderada.
- d) Creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas.
- e) Valoración del peso o figura como prioridad. Preocupación exagerada por la imagen (pesaje frecuente) y mala imagen corporal (rechazo hacia a ella). Uso exclusivo de pantalones y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- f) Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- g) Retraimiento de amistades y compañeros.
- h) Aumento de actividades útiles y horas de estudio.
- i) Miembro de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, gimnastas, modelos, actrices, etc.).
- j) Periodos de semiayuno alterados con ingesta normal.
- k) Mantenimiento crónico de dietas hipocalóricas (tres o más dietas de adelgazamiento el último año), en especial en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- l) Humor deprimido a irritable.
- m) Pérdida de interés o placer frente a las actividades cotidianas.
- n) Hiperactividad. (Ruiz, 2012)

4.5.- VIGOREXIA

4.5.1- Definición

La dismorfia muscular o síndrome de Adonis como también se lo llama, no está reconocida como enfermedad por la comunidad médica internacional, es una adicción a la musculación que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más musculoso mediante el ejercicio físico excesivo, y a la vez distorsión del esquema corporal (dismorfofobia), por ello a veces es referida como anorexia nerviosa. (Ruiz, 2012)

Los vigoréticos perciben a su cuerpo con poco tonicidad y musculatura, lo cual les lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva compulsiva y a levantar pesas cada día de manera continuada, en la mayoría de los casos su cuerpo se desproporciona, adquiriendo una masa muscular poco acorde con su talla y contextura física.

Con todo lo señalado anteriormente el perfil de una persona que presenta este trastorno incluye puntualmente:

- a) Obsesión por un cuerpo musculoso, pero al extremo, aunque ya lo haya conseguido, su visión esta tan distorsionada, que frente al espejo sigue viéndose débil.
- b) Distorsión de la imagen corporal.
- c) Baja autoestima.
- d) Entrenamiento con dedicación compulsiva y casi exclusiva, dejando de lado otros asuntos y eventos de orden social, laboral y cultural.
- e) Adicción a la báscula
- f) Dieta muy alta en proteínas, en la mayoría de los casos la dieta va complementada con productos anabólicos y esteroides. (Ruiz, 2012)

4.5.2.- Causas

Aunque existen explicaciones biológicas a estos trastornos (desequilibrio en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro) los factores sociales y educativos influyen enormemente. Se puede decir que las características de la vigorexia están asociadas con la baja autoestima y el rechazo de su imagen corporal.

Es muy importante saber diferenciar vigorexia con la práctica habitual de cualquier deporte, ya que el deporte nos beneficia mucho física y mentalmente, aportando innumerables ventajas a nuestra salud y calidad de vida. (Ruiz, 2012)

4.6.-Tratamiento

El tratamiento de la vigorexia, como el de otros desórdenes de la alimentación, es complejo pero posible. Aunque no cabe duda que en el desarrollo de esta enfermedad factores socioculturales como el culto al cuerpo y de belleza juegan un rol central, también están relacionados con desequilibrios de diversos neurotransmisores del sistema nervioso central, y más concretamente de la serotonina. Por ello, se puede recurrir para el tratamiento de esta enfermedad a fármacos que actúen sobre estas sustancias. Sin embargo, la terapia fundamental es de tipo psicológico. El objetivo es modificar la conducta del sujeto, recuperando su autoestima y superando el miedo al fracaso.

4.7.- ORTOREXIA

4.7.1 Definición

La palabra ortorexia proviene del griego orthos (justo, recto) y exía (apetencia), con lo que podría definirse como apetito justo o correcto.

La ortorexia es la obsesión patológica por consumir solamente comida sana, que puede llegar a transformarse en enfermedad si no se ingieren carnes, pescado u otros alimentos necesarios y se producen carencias nutricionales.

La ortorexia se define como la obsesión patológica por consumir sólo comida de cierto tipo: orgánica, vegetal, sin conservantes, sin grasas, sin carnes, o sólo frutas, o sólo alimentos crudos. La forma de preparación -verduras cortadas de determinada manera y los materiales utilizados - sólo cerámica o sólo madera, etc., también son parte del ritual obsesivo. (Ruiz, 2012)

Las personas ortoréxicas recorren kilómetros para adquirir los alimentos que desean pagando por ellos hasta diez veces más que por los ordinarios -un kilo de peras a salvo de plaguicidas- si no los encuentran o dudan de su immaculado origen, prefieren ayunar; huyen de los restaurantes y rehúsan invitaciones para comer en casa de los amigos por no saber qué

les van a ofrecer. Cuando incumplen sus propósitos, les embarga un sentimiento de culpa que desemboca en estrictas dietas o ayunos.

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, ya existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia:

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudo-calidad de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación. (Ruiz, 2012)

4.8 Prevalencia

En España actualmente se desconoce la prevalencia de éste trastorno ya que es un fenómeno muy novedoso, aunque algunos especialistas ya apuntan que entre sus visitas han tenido entre un 0.5 y un 1% de pacientes ortoréxicos.

5. TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EATING ACTTITUDES TEST)

En el último tiempo las condiciones de vida y los hábitos de alimentación han sufrido importantes cambios, tanto a nivel de país como de América Latina. (H. Merino Madrid, 2012).

Es en este sentido que se ha observado un aumento considerable de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición (ECNT). En especial, el tema de la obesidad es de gran preocupación por la predominancia cada vez mayor de enfermedades asociadas,

transformándose en un problema de morbimortalidad, tanto desde el punto de vista médico, psicológico como social.

Esto se asocia a los cambios dietéticos generados por un nuevo modelo de consumo, que se caracteriza por una alta cantidad de grasas y alimentos procesados. (Carlos, 2012)

El Test De Actitudes Alimentarias tiene por objetivo identificar, a través del auto-reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios.

Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos.

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE). (Monterrosa. C, 2012)

Muchos adolescentes se preocupan por su peso corporal y el intento de lograr el físico ideal debido social y cultural normas, reforzadas por los mensajes médicos mal entendidos, haciendo hincapié en un cuerpo delgado y en buena forma física. (Carlos, 2012)

El alarmante aumento en el número de adolescentes con trastornos de la alimentación subraya la necesidad de promover la investigación sobre la causa subyacentes, y para identificar de alto riesgo subpoblaciones que necesitan efectivo dirigidos tratamiento. (Carlos, 2012).

Los trastornos alimentarios han atraído gran interés en los últimos años como consecuencia de la gravedad de sus síntomas, su capacidad de resistencia al tratamiento y la alta cronicidad y mortalidad involucrados.

La detección de casos de trastornos alimenticios entre gran población es de interés para los clínicos y planificadores de salud, así como epidemiólogos

Este Instrumento consta de cuarenta preguntas que se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que van desde siempre a nunca, para una puntuación de 0 a 120. (MORA, 2010)

Las estimaciones del riesgo se han realizado a partir de los criterios usados por Garner y posteriormente discutidos por Castro a causa de las diferentes prevalencias de edades y periodo de evolución de la enfermedad.

Los niveles considerados en el análisis se han establecido en “riesgo bajo” con una puntuación del EAT 40 menor o igual a 20, “riesgo medio” con una puntuación entre 21 y 30, y “riesgo elevado” si la puntuación era igual o superior a 31.

Las preguntas son agrupadas en siete dominios o dimensiones: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. (P., 2011)

Ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA.

Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conducta hacia patrones alimentarios restrictivos. (MORA, 2010)

EAT es útil para identificar casos de Anorexia Nerviosa previamente no diagnosticados, para aplicar en poblaciones de riesgo para TCA, como bailarinas y modelos, estudiantes. Buen instrumento para validar casos incipientes de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, de alta confiabilidad y validez transcultural. (Pediatrics, 2007).

Estas dos enfermedades son una epidemia que amenaza la salud de los adolescentes. Se habla mucho de cómo una persona puede ser afectada debido a estas enfermedades. Para muchas mujeres la apariencia física es primordial, lo cual influye para no sentirse bien con su imagen.

Los medios de comunicación tienen mucho que ver en cuanto a la anorexia y la bulimia, debido a que constantemente nos invaden de mensajes con personas atractivas y con éxito. Es conocido que las modelos tienen una obsesión por lucir bien ante el público, es por eso que llegan al fondo y destruyen su cuerpo. (Valdes, 2012)

La anorexia y la bulimia son enfermedades que han ido aumentando en el transcurso de los años, a mediados de los 50 y los 60 la incidencia de la anorexia aumento un 300%. Existen relatos medievales de una misteriosa enfermedad caracterizada por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre auto impuesta, que transforma a quien la padece; las primeras descripciones clínicas de la Anorexia nerviosa. (S, 2010)

Estas son enfermedades que acaban con la vida de las y los que lo padecen especialmente jóvenes de todas las clases sociales.

e. MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, transversal

ÁREA DE ESTUDIO

Lugar y Tiempo: El presente proceso investigativo se desarrollara en la I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja ubicado entre Avenida Orillas de Zamora y 10 de agosto

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: El universo está constituido por todas las estudiantes del I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja en un número de 1450 estudiantes

MUESTRA

En el presente estudio de investigación la muestra estuvo constituida por 300 adolescentes de octavo a decimo modulo I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSION

- Estudiantes del colegio Beatriz Cueva de Ayora que cursan el 8vo a 10mo año de Educación Básica:
- Estudiantes de deseen participar del estudio

EXCLUSION

Alumnas que no han asistido el día de recolección de datos

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El método que se empleó en la presente investigación fue Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test-Eat-40) (ANEXO 2).

❖ Técnica:

- **Bibliográfica:** Para la recolección de datos mediante fuentes de información como: textos, videos, internet, revistas entre otros
- **Consentimiento informado:** Se realizó a todos los sujetos en estudio para hacerles conocer el proceso investigativo.(anexo 1)

INSTRUMENTO:

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-40

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA.

Valoración de la EAT-40: Cada uno de los 40 ítems del EAT-40 consta de seis respuestas posibles según la escala Likert (nunca, casi nunca, a veces, bastante, casi siempre, siempre) eligiéndose solamente una opción.

Se puntúa 3 a la respuesta más extrema (siempre), 2 la alternativa adyacente (casi siempre) y 1 la siguiente (bastante). Siendo los puntos de corte 30. (Ana T. Pereira, 2010)

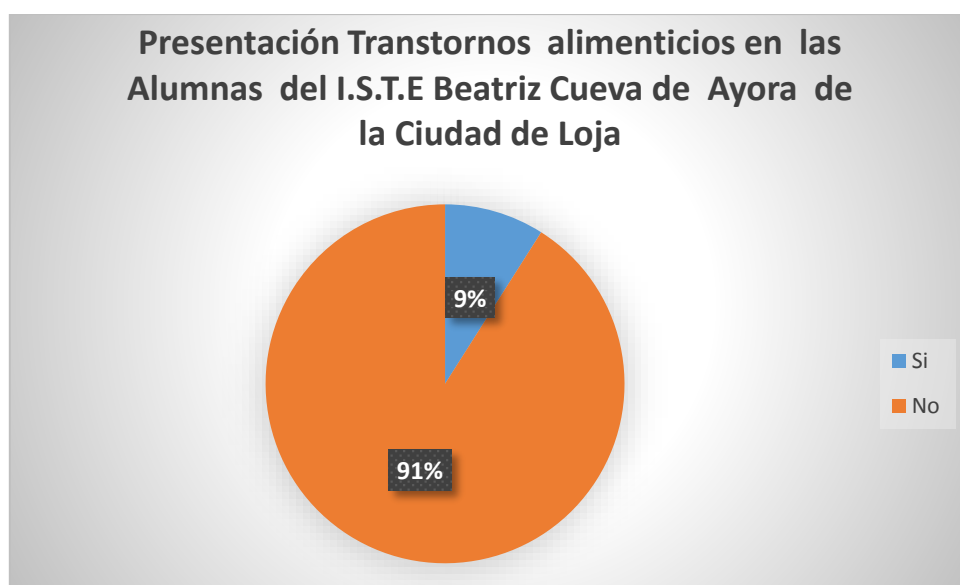
f. RESULTADOS

Cuadro N° 1: Presentación de Transtornos alimenticios en las Alumnas del I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

Transtornos de Conducta Alimentaria	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI PRESENTAN	27	9%
NO PRESENTAN	273	91%
TOTAL	300	100%

FUENTE: Test Eat-40

ELABORACIÓN: Diego Patricio Riofrio Castillo



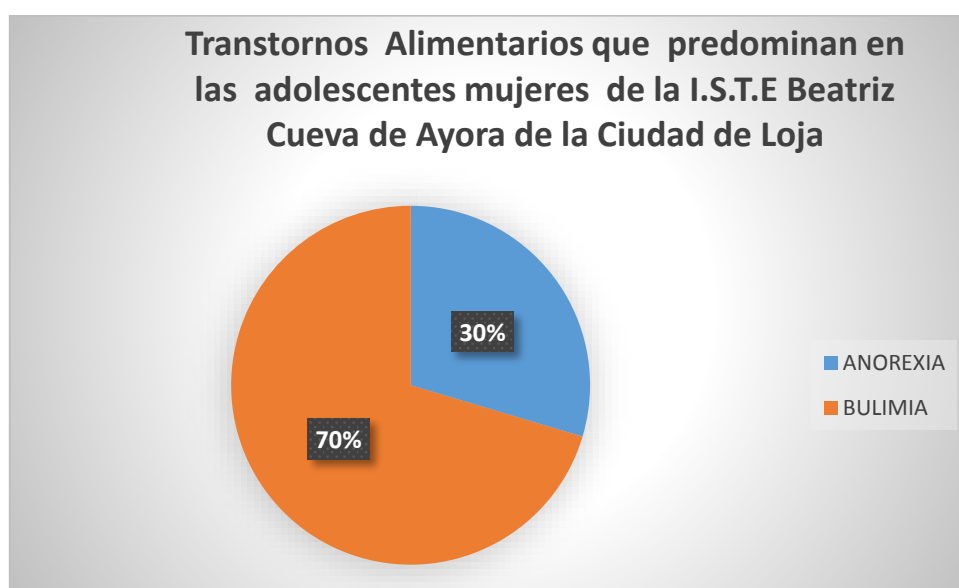
INTERPRETACIÓN: En este gráfico se observa que de las 300 estudiantes que representan el 100% de las alumnas se puede apreciar que el 9% que presentan algún tipo de trastorno alimentario

Cuadro N° 2: Transtornos Alimentarios que predominan en las adolescentes mujeres de la I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

Transtornos de Conducta Alimentaria	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANOREXIA	8	30%
BULIMIA	19	70%
TOTAL	27	100%

FUENTE: Test Eat-40

ELABORACIÓN: Diego Patricio Riofrio Castillo



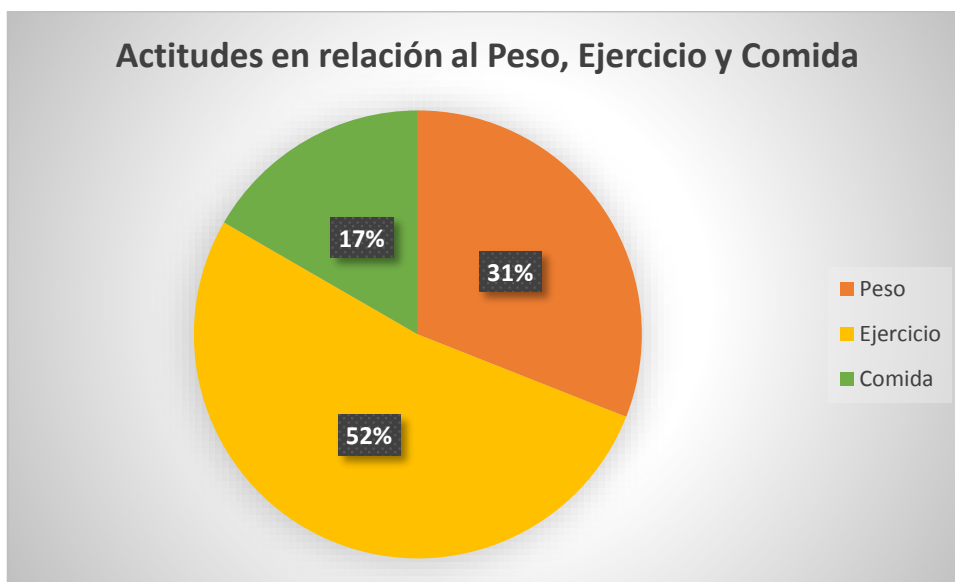
INTERPRETACIÓN: En este gráfico se observa que el trastorno alimentario más predominante es la Bulimia el que presenta un 70%, seguido de un 30% que corresponde anorexia.

Cuadro N°3: Actitudes en relación al Peso, Ejercicio y Comida en las adolescentes mujeres de la I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

Actitudes en relación al Peso, Ejercicio y Comida	Frecuencia	Porcentaje
Peso	93	31%
Ejercicio	157	52%
Comida	50	17%
Total	300	100%

FUENTE: Test Eat-40

ELABORACIÓN: Diego Patricio Riofrio Castillo



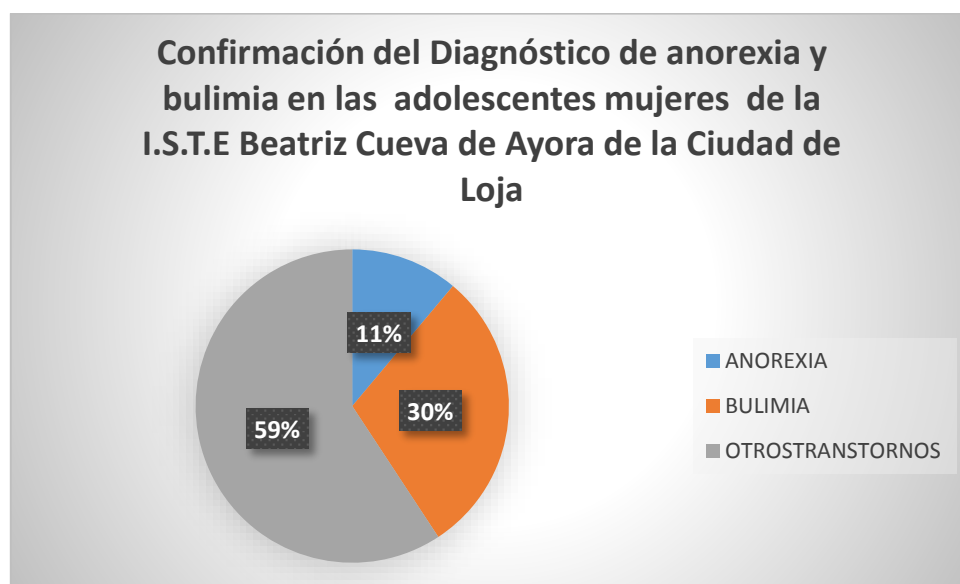
INTERPRETACION: En este grafico se evalúa a través de test las actitudes que presentan las estudiantes: donde el 52% corresponde al ejercicio, el 31% corresponde al peso y el 17% corresponde a la comida

Cuadro N° 4: Confirmación del Diagnóstico de anorexia y bulimia en las adolescentes mujeres de la I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANOREXIA	3	11%
BULIMIA	8	30%
OTROS TRANSTORNOS (Vigorexia, Ortorexia)	16	59%
TOTAL	27	100%

FUENTE: Test Eat-40

ELABORACIÓN: Diego Patricio Riofrio Castillo



FUENTE: Test Eat-40

ELABORACIÓN: Diego Patricio Riofrio Castillo

INTERPRETACIÓN: En este gráfico se puede confirmar el diagnóstico de los tipos de trastornos de tipo alimentario que presentan las estudiantes en las que se pudieron encontrar que el 59% corresponden a otros trastornos, 30% presentan indicios de Bulimia, y el 11% que presentan Anorexia,

g. DISCUSIÓN

Los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, cuyas manifestaciones dan cuenta de la presencia de una serie de situaciones que van desde las consideradas normales hasta las francamente patológicas.

Con los datos recolectados a través del test EAT-40 se pudo identificar la presencia o no de trastornos alimentarios en los estudiantes que constituyeron la muestra de este trabajo.

La presente investigación constó de 300 encuestas las que fueron aplicadas a alumnas del octavo, noveno y décimo año de la I.S.T.E Beatriz Cueva De Ayora De La Ciudad De Loja.

Debido al carácter epidemiológico de nuestro estudio y en respuesta a nuestro objetivo general, la prevalencia global de los trastornos de la conducta alimentaria identificada fue 9% estudiantes que presento algún tipo de conducta alimentaria.

Cuando comparamos las cifras de prevalencia de TCA reportadas por otras publicaciones tenemos estudios realizados en el Salvador aplicando este mismo test reporta una prevalencia global de TCA fue de 11% lo cual no se aleja de la investigación. (CARLOS, 2012)

Refiriéndonos a la determinación de los transtornos alimentarios que predominan.

Un estudio realizado en Zaragoza en 2010 por P. M. Ruiz-Lázaro, et al en un estudio de 310 estudiantes donde se aplicó el test EAT-40 muestra que existe 29% de adolescentes que presentan Bulimia y 14% que presentan anorexia, comparando con este estudio vemos que los porcentajes están lejos de nuestra investigación ya que en nuestro estudio se logró identificar que existe un 70% que presento Bulimia y un 30% que presento anorexia.

Con respecto a nuestro tercer objetivo donde identificamos las conductas y actitudes de comida peso y ejercicio. Tenemos que el referente al ejercicio un 52% que realizan algún tipo de actividad física

Realizar de forma regular y sistemática una actividad física ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.

El ejercicio físico, ya sea de corta o larga duración, contribuye a establecer un bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona, la memoria, rapidez de ideas, etcétera, y promoviendo sensaciones como el optimismo o la euforia, al tiempo que se mejora la autoestima de las personas.

En lo referente al peso tenemos que un 31% de las estudiantes presentan alguna conducta o actitud y un 17% de las estudiantes presentan alguna actitud en relación a las comidas ya sean estas comer en poca cantidad o no hacerlo.

Por ultimo tenemos que las personas que fueron separadas del grupo de indicios de anorexia y bulimia se les hizo seguimiento previo y junto con ayuda de maestros y psicólogos del colegio, Test EAT-40 y criterios de Diagnostico DSM-IV, criterios diagnósticos CIE10, se logró confirmar las adolescentes que presenta anorexia y bulimia y es así que encontramos que el 59% presentan otros tipos de transtornos de conducta alimentaria, el 30% presentan bulimia, y el 11% presentan anorexia.

Esta investigación fue una pauta a seguir para poder llegar a conocer tanto la incidencia de Transtornos de conducta alimentaria que en este caso los resultados no fueron tan alarmantes, y a darnos cuenta de la falta de información acerca del tema: causas, sintomatología, tratamiento, prevención, entre otros puntos importantes a tomar en cuenta para poder educar a la población sobre este tema de gran relevancia que debería ser abordado ampliamente, para poder concientizar a las mujeres dentro de los diferentes grupos de edad a que obtengan mayor información acerca del mismo, soliciten ayuda médica si es necesaria y lleven hábitos de vida saludable que ayuden a la prevención o tratamiento de este Transtorno de Conductas Alimentaria.

h. CONCLUSIONES

1. Que existe un 9 % que corresponden a 27 alumnas que presentaron un trastorno de conductas alimentarias
2. El Trastornos que predominan en las estudiantes de la I.T.S Beatriz Cueva de Ayora es la bulimia donde se encontraron 19 casos que corresponden al 70%
3. En relación a las conductas y actitudes se encontraron que un 52 casos que corresponden 17% realizan actividad física, un 31% que corresponde a 93 estudiantes presentan conductas en relación al peso, y un 17% de las estudiantes presentan alguna actitud en relación a las comidas ya sean estas comer en poca cantidad o no hacerlo
4. Se logró confirmar el diagnóstico de Bulimia y Anorexia y otros trastornos de conducta en las estudiantes del I.T.S Beatriz Cueva de Ayora donde se encontró que existe un 59% que corresponde a un 16% que presentan otro tipos de trastornos ya sea Vigorexia u ortorexia

i. RECOMENDACIONES

1. Hacer un llamado a las autoridades de salud del Ministerio de Salud Pública, a las instituciones educativas y a los padres de familia sobre la real existencia de este tipo de trastornos de la conducta alimentaria en los establecimientos del país y establecer pautas de tamizaje y líneas de acción.
2. Alertar a las instituciones educativas sobre la presencia de éstos trastornos y hacer que los jóvenes tomen conciencia sobre lo dañino que son estos trastornos de conducta alimentaria y así evitar complicaciones.
3. Estimular la formación de grupos de ayuda y el fortalecimiento de los ya existentes para mejorar la cobertura y la calidad de orientación que se provee en éstos.
4. Orientar tanto a padres y a estudiantes sobre los riesgos que acarrear en la salud y evitar complicaciones futuras.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Ana T. Pereira, B. M. (2010). The Portuguese Short Form of the Eating Attitudes Test-40. *Eur. Eat Disorders Rev*, 319-325.
- Arrufat, F. J. (12 de Diciembre de 2010). *Grupo de Trabajo de la GPC sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/conductaalimentaria/completa/apartado00/autoria.html>
- B, T. W. (2009). Trastornos de Conducta Alimentaria. En Harrison, *Medicina Interna* (págs. 473-479).
- Carlos, C. P. (Febrero de 2012). *Presencia de Conductas de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxocGljb21pc2lrbmludmVzdGlnYWNPb258Z3g6MmE2NTRkMWZmZjc5N2Q5>
- CARLOS, C. P. (FEBRERO de 2012). *PRESENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. Obtenido de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxocGljb21pc2lrbmludmVzdGlnYWNPb258Z3g6MmE2NTRkMWZmZjc5N2Q5>
- Consumo, G. P. (2009). *Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 13-16.
- Diana Madruga Acerete, R. L. (2012). Trastorno del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa. *Protocolos Diagnósticos-Terapéuticos de Gastroenterología y Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*, 325-329.
- Guadamarrá R, M. S. (Enero- Junio de 2011). *Enseñanza e Investigación de Psicología "Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia Nerviosa en*

- Estudiantes de Preparatoria: Un Analisis por Sexo*". Obtenido de http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Guadamarra.pdf
- GuiaSalud. (Marzo de 2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado06/deteccion.html#
- H. Merino Madrid, M. G. (2012). Evaluación de las Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en una Muestra de Adolescentes . *Universidad Santiago de Compostela* , 539-544.
- Maria C Iñarritu P, V. C. (2 de Abril de 2010). *Instrumentos de Evaluacion para los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>
- MarianaAndrea Staudt, N. M. (2009). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexi Nerviosa. *Revista de Posgrado de la Catedra de Medicina*, 24-30.
- Monterrosa. C, B.-Y. J. (2012). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Escala para Valorar Sintomas y Conductas de Riesgo*. Obtenido de <http://www.grupo.spotmediav.com/Articulo/2012/2012.pdf>
- MORA, Z. S. (2010). The Eating Attitude Test in Costa Rica. *Salud Ocupacional*, 51-61.
- P., P. B. (2011). *Trastornos Alimenticios, Documentacion sobre ABC (Anorexia, Bulimia, Compulsión) "Anorexia y Bulimia"*. Obtenido de <http://www.paulinabucheli.com/Anorexia.html>
- Pediatrics, A. A. (2007). Police Statement Identifying and Treating eating disorders. *Committee on Adolescence*, 111, 204, 211.
- ROMAN, A. (2012). Juntos Contra la Anorexia y Bulimia. *Sonrie Eres Unica*, 1-19.

Ruiz, A. V. (Lunes de Noviembre de 2012). *Los Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <http://www.efesalud.com/noticias/los-nuevos-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>

S, F. R. (2010). *Transtornos de la Alimentación*. En P. c. hispana. MASSON.

Valdes, R. B. (2012). *Stress and Eating Disorders*. 12, 16.

W. Stewart A, B. J. (2010). *Transtorno de Conducta Alimentaria*. En *Manual de Diagnostico y Estadistico de Transtornos Mentales* (págs. 653-665). Elsevier, Mansson.

k. ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación.

Aplicación Del Test De Actitudes Alimentarias Eat-40 En Adolescentes Mujeres Del I.S.T.E Beatriz Cueva De Ayora De La Ciudad De Loja Para Determinar Transtornos De Conducta Alimentaria

Justificación y objetivos de la investigación.

He sido invitada a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar los factores de riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria así como la manera en cómo percibimos nuestro cuerpo.

Confidencialidad.

La información obtenida de mi se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones que nos realizaron pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue nuestra identidad y, la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Nombre y Firma de conformidad

Responsable de la Encuestada

Alumna Encuestada

Fecha

ANEXO 2

ESCALA DE ACTITUDES ALIMENTARIAS

FECHA DE REALIZACIÓN_____

NOMBRE DE LA ADOLESCENTE _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO_____

TALLA_____ (cm) PESO_____ (Kg)

PESO QUE CONSIDERA IDEAL PARA USTED_____ (Kg)

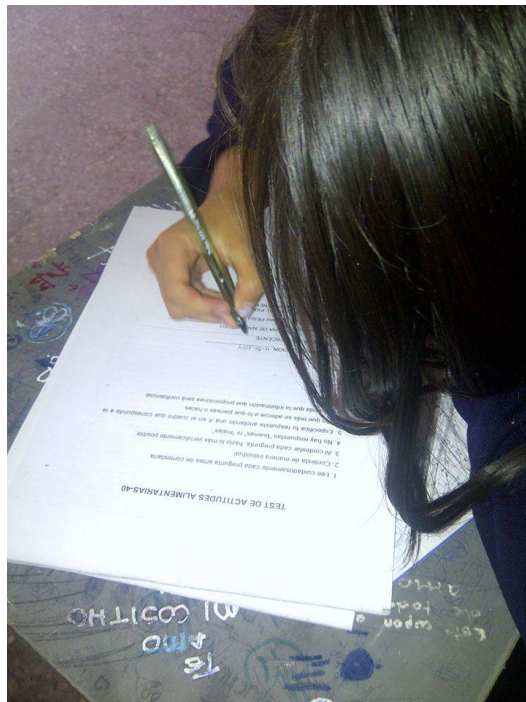
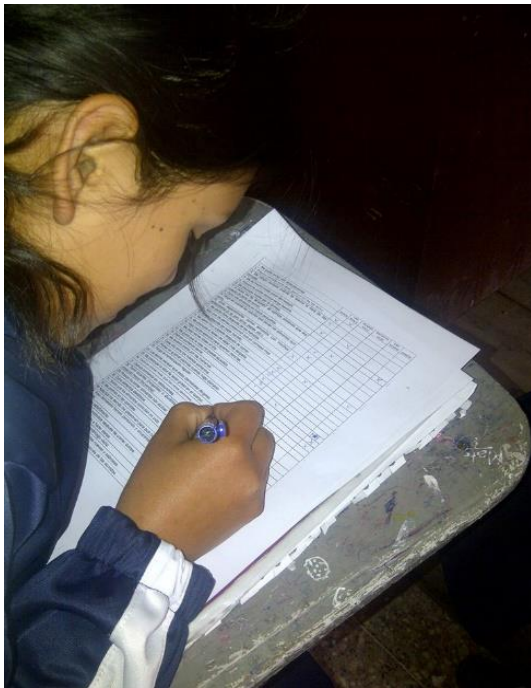
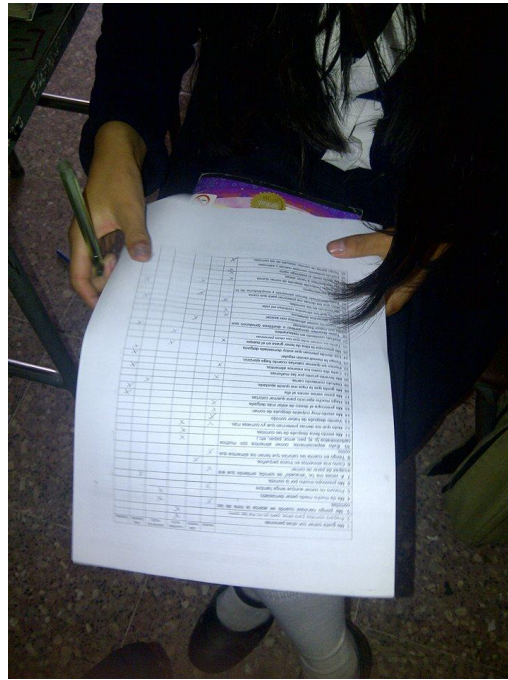
TELÉFONO_____

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS-40 (EAT-40)

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
4. No hay respuestas "buenas" ni "malas".
5. Especifica tu respuesta anotando una X en el cuadro que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
6. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupó mucho por la comida.						
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. pan, arroz, papas, etc.).						
11. Me siento llena después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia).						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos dietéticos.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómoda después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer dietas.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

ANEXO 3



ÍNDICE GENERAL

Contenido

CERTIFICACION	II
AUTORIA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
A. TÍTULO	1
B. RESUMEN	2
C. INTRODUCCIÓN.....	4
D. REVISIÓN DE LITERATURA	8
1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	8
1.1 GENERALIDADES	8
2. ANOREXIA NERVIOSA.....	9
2.2 INCIDENCIA.....	9
2.3 ETIOPATOGENIA	10
2.3.1 FACTORES PSICOLÓGICOS.....	10
2.3.2 Factores Familiares.....	11
2.3.3 Factores Genéticos	12
2.3.4 Factores Socioculturales.....	12
2.3.5 Factores Biológicos	13
2.4 SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA.....	14
2.4.2 Tipo Compulsivo/Purgativo.....	14
2.5 SIGNOS Y SINTOMAS	15
2.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	17
1.6.1 Los propuestos por el DSM-IV.....	17
1.6.2 CRITERIOS PROPUESTOS POR EL CIE-10.....	17
2.7 TRATAMIENTO.....	18
2.8 EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:	20
SE CONCENTRA MÁS BIEN A DOS PUNTOS:	20
3. BULIMIA NERVIOSA	21
3.1 DEFINICIÓN.....	21
3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	22
3.3 CAUSAS	22
3.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	22
3.5 DIAGNOSTICO	25
3.5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV	25
3.5.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10.....	26

4.	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS	27
4.1.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV-TR	27
	PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS.....	27
4.2.-	EPIDEMIOLOGÍA.....	28
4.3.-	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	28
4.3.1.-	Otros tipos clínico:.....	28
a)	<i>Pica</i> :.....	28
b)	<i>Síndrome del comer nocturno</i>	29
c)	<i>Ortorexia</i>	29
e)	<i>Vigorexia (trastorno dismórfico muscular o anorexia inversa)</i>	29
4.4.-	SÍNTOMAS Y SIGNOS FÍSICOS DE ALARMA.....	29
4.4.1.-	SÍNTOMAS Y SIGNOS CONDUCTUALES DE ALARMA	30
4.5.-	VIGOREXIA.....	30
4.5.1-	DEFINICIÓN	30
4.5.2.-	CAUSAS	31
4.6.-	TRATAMIENTO	32
4.7.-	ORTOREXIA	32
4.8	PREVALENCIA.....	33
5.	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EATING ACTTITUDES TEST).....	33
E.	MATERIALES Y METODOS.....	37
G.	DISCUSIÓN	43
H.	CONCLUSIONES	45
I.	RECOMENDACIONES.....	46
J.	BIBLIOGRAFÍA.....	47
K.	ANEXOS	50
	ANEXO 1	50
	ANEXO 2	51
	ANEXO 3.....	53
	ÍNDICE GENERAL	54

