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

Título:

"Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, del Colegio Santa Juana de Arco "La Salle".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Rosa Enith Conde Jiménez

DIRECTORA:

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 29 de Julio del 2016

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación previo a obtener el título de Médico General, titulado **"TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE", CARIAMANGA"** elaborado por la estudiante Rosa Enith Conde Jiménez; ha sido dirigido, asesorado y revisado bajo mi dirección detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo Tribunal de Grado.

.....

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Rosa Enith Conde Jiménez,** declaro ser autora del presente trabajo de tesis **"TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE", CARIAMANGA",** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Rosa Enith Conde Jiménez

Firma: .....

Cédula: 1105792798

Fecha: Loja, 11 de Septiembre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÒN

Yo, **Rosa Enith Conde Jiménez,** declaro ser autor de la tesis titulada: **"TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE", CARIAMANGA",** como requisito para optar al grado 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 se 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 realiza un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 11 días del mes de septiembre del dos mil diecisiete, firma el autor.

.....

Firma

Autor: Rosa Enith Conde Jiménez **Cédula:** 1105792798

Dirección: Daniel Álvarez, Francisco de Miranda y Salvador Allende 26-39

Correo electrónico: enithconde93@gmail.com

Teléfono: 2111349 **Celular**: 0982107148

DATOS COMPLEMETARIOS

Director de tesis: Dra. Nancy Banda Navas, Mg. Sc

Tribunal de Grado:

Presidenta del tribunal Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp

Miembro del tribunal Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc

Miembro del tribunal Dra. Tania Veronica Cabrera Parra, Mg. Sc

DEDICATORIA

Al ser supremo que me colma con tantas bendiciones, el que me guía por el camino de la sabiduría y me da la fortaleza para levantarme de mis tropiezos.

A mi Madre, por todo su amor y apoyo infinito, la que forjó en mí su ternura y delicadeza, gracias por ser mi ejemplo de vida y disfrutar conmigo mis éxitos.

A mi Padre, por tanto sacrificio, el que me enseñó a luchar y esforzarme día a día para alcanzar mis propósitos, quien me ayudó a sembrar los cimientos fundamentales para construir este camino.

A mis hermanos, mis segundos padres, mi orgullo y mi motivación, que gracias a su ejemplo y apoyo incondicional, me ayudaron a cumplir este sueño.

Rosa Enith Conde Jiménez

AGRADECIMIENTO

De manera especial agradezco a la Universidad Nacional de Loja, a las autoridades de la institución y los diferentes docentes, que me orientaron e impartieron sus conocimientos científicos, los mismos que me enseñaron el valor de la constancia y el esfuerzo, fundamentales para mi formación.

Agradezco sinceramente a mi directora de Tesis Dra. Nancy Banda Navas, quien, gracias a su experiencia, esfuerzo y dedicación, supo guiarme durante el desarrollo de este proyecto.

Particularmente mis agradecimientos a las autoridades, docentes y estudiantes del Colegio Santa Juana de Arco “La Salle”, que me abrieron las puertas, brindándome las facilidades para realizar la presente investigación.

A mis amigas, amigos y seres especiales que me acompañaron durante mi vida universitaria, por su cariño y lealtad, los que me motivaron a continuar día a día con mi carrera profesional.

Rosa Enith Conde Jiménez

ÍNDICE

CARÁTULA……..……....i
CERTIFICACIÓN ....
AUTORÍA ....
CARTA DE AUTORIZACIÒN ....
DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
INDICE iv
1. TITULO 1
2. RESUMEN 2
3. INTRODUCCIÓN 4
7. REVISIÓN DE LITERATURA 7
7.1. ESTADO NUTRICIONAL 7
7.1.1. Definición. 7
7.1.2. Evaluación del Estado Nutricional. 7
7.1.2.1. Peso: 7
7.1.2.2. Talla: 8
7.1.2.3. Índice de Masa Corporal 8
7.2. LA IMAGEN CORPORAL 9
7.2.1. Definición. 9
7.2.2. Tipos de percepción de imagen corporal. 9
7.2.3. Distorsión e Insatisfacción de la imagen corporal (IC). 10
7.2.4. Evaluación de la Imagen Corporal. 10
7.3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO 11

7.3.1. Definición 11

7.3.2. Factores influyentes 11

7.3.2.1. Factores Predisponentes 11

7.3.2.2. Factores Precipitantes 12

7.3.2.3. Factores perpetuantes: 12

7.3.3. Anorexia Nerviosa 13

7.3.3.1. Definición 13

7.3.3.2. Historia 13

7.3.3.3. Epidemiología 14

7.3.3.4. Manifestaciones Clínicas 14

7.3.3.5. Diagnóstico 15

7.3.3.6. Complicaciones 17

7.3.3.7. Exámenes Complementarios 17

7.3.3.8. Tratamiento 18

7.3.4. Bulimia Nerviosa 19

7.3.4.1. Definición: 19

7.3.4.2. Historia 20

7.3.4.3. Epidemiologia 20

7.3.4.4. Manifestaciones clínicas 21

7.3.4.5. Diagnóstico 22

7.3.4.6. Consecuencias 23

7.3.4.7. Exámenes complementarios 23

7.3.4.8. Tratamiento 23

7.3.5. Trastorno de Atracones 24

7.3.5.1. Definición 24

7.3.5.2. Epidemiología 24

7.3.5.3. Diagnóstico: 25

7.3.5.4. Pronóstico: 25

7.3.6. Prevención 25

8. MATERIALES Y METODOS 28

9. RESULTADOS 33

10. DISCUSIÓN 40

11. CONCLUSIONES 44

12. RECOMENDACIONES 45

13. BIBLIOGRAFÍA 46

14. ANEXOS 51

INDICE DE TABLAS

Tabla N: 1 Distribución de la muestra por género y rango de edad 33

Tabla N: 2 Riesgo de presentar Trastornos Alimentarios, en los adolescentes 34

Tabla N: 3 Relación entre el Estado Nutricional y el riesgo de presentar Trastornos Alimentaros, en los adolescentes 35

Tabla N: 4 Autopercepción de la Imagen corporal de los adolescentes por género..... 36

Tabla N: 5 Satisfacción de la Imagen corporal de los adolescentes, por género..... 37

Tabla N: 6 Relación de la Autopercepción de la Imagen corporal y Estado nutricional ... 38

Tabla N: 7 Relación de la Satisfacción de la Imagen corporal y Estado nutricional 39

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N: 1 Distribución de la muestra por género y rango de edad 33

Gráfico N: 2 Riesgo de presentar Trastornos Alimentarios, en los adolescentes..... 34

Gráfico N: 3 Relación entre el Estado Nutricional y el riesgo de presentar Trastornos Alimentaros, en los adolescentes..... 35

Gráfico N: 4 Autopercepción de la Imagen corporal de los adolescentes por género 36

Gráfico N: 5 Satisfacción de la Imagen corporal de los adolescentes, por género 37

Gráfico N: 6 Relación de la Autopercepción de la Imagen corporal y Estado nutricional 38

Gráfico N: 7 Relación de la Satisfacción de la Imagen corporal y Estado nutricional 39

INDICE DE ANEXOS

Anexo N: 1 Oficio Sr. Director 51

Anexo N: 2 Consentimiento Informado 51

Anexo N: 3 Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) 53

Anexo N: 4 Curva de crecimiento por Índice de Masa Corporal (IMC) para MUJERES de diez a diecinueve años. 55

Anexo N: 5 Curva de crecimiento por Índice de Masa Corporal (IMC) para HOMBRES de diez a diecinueve años. 56

Anexo N: 6 Test de silueta Corporal 57

1. TITULO

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO “LA SALLE”, CARIAMANGA.

2. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio cualitativo y descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la frecuencia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario en los adolescentes, del Colegio Santa Juana de Arco "La Salle", de la ciudad de Cariamanga, durante el periodo diciembre 2015 - julio 2016, la muestra estuvo conformada por 172 estudiantes, entre 11 a 18 años. Se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), para determinar el riesgo que tienen los adolescentes de presentar un trastorno alimentario, encontrando que aproximadamente la mitad de la población presenta este riesgo, siento más evidente en mujeres de 15 a 16 años. Al identificar el estado nutricional se obtuvo que la mayor parte de los adolescentes son eutróficos, seguidos por el sobrepeso, la obesidad, y la delgadez en una mínima frecuencia, todos con riesgo de presentar un desorden alimentario. Aplicando el Test de Siluetas se valoró la autopercepción corporal, encontrando que más de la mitad de la población se perciben como son, sin embargo, un tercio se ven más robustos, con más frecuencia en hombres y en alumnos con peso normal, En relación a la satisfacción corporal el deseo por verse más delgados es mayor en mujeres y alumnos con sobrepeso, mientras que el deseo por estar más robustos es mayor en varones y estudiantes delgados.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, Trastornos alimentarios, Estado nutricional, Autopercepción corporal, Satisfacción corporal.

SUMMARY

This research is a qualitative and descriptive survey, of cross-section, which aim was determine the frequency of the Eating Disorders in Teens of the Santa Juan de Arco "La Salle" elementary school, in Cariamanga, City since December 2015 to July 2016. The sample was 172 students from 11 to 18 years. For which Eating Attitudes Test was used (EAT-26), it allows determine the probability that teens have of experience an eating disorder, the results show that approximately the half of the population presents this risk, and this is more evident in women aged 15 to 16 years. Identifying the nutritional status, the most of the teenagers are euphoric, followed by overweight, and obesity, and thinness in minimal frequency, all have high risk to experience an eating disorder. Applying the Silhouette Test self-perception was assessed, finding that more than half of the population is perceived as they are, however one third of the students feel they-self more robust that are actually. It perception is higher in men and in student with normal weight. Also was valued the satisfaction of body image, the desire of look thinner is especially in students with overweight and in women, while the desire by would want to be more robust, is more common in men and students with thinness.

.

KEY WORDS: Teens, Eating Disorders, Nutritional status, Body self-perception, and Body satisfaction

3. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), son un grupo de enfermedades psiquiátricas, se caracterizan por una alteración grave en la cantidad y forma de comer, que se acompaña, en general de una preocupación exagerada respecto a la comida, el peso y la forma corporal, que llevan al paciente a situaciones físicas que comprometen riesgos para la salud. Castro (2007).

Dentro de los TCA se incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia nerviosa (BN) y el Trastorno no especificado (TANE). Existen también otros cuadros no tan específicos, pero no menos importantes como; los trastornos por atracones, comedores compulsivos, síndrome del comedor nocturno, vigorexia, entre otros, que cada vez adquirieren mayor relevancia. Gómez et al., (2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), las ha ubicado entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo que implican para la salud.

La AN es un trastorno que afecta más frecuentemente a mujeres, en una relación 10:1 y el promedio de edad de inicio del trastorno es alrededor de los 13-14 años, mientras que la BN ocurre hasta en el 5% en la fase final de la adolescencia, con un pico a los 18 años. El 90% de casos de bulimia ocurre en mujeres, aunque el 40% de los trastornos del comer compulsivo se da entre los hombres. MSP del Ecuador (2009).

Y su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad. Gómez et al., (2012)

En América Latina, los datos de prevalencia de trastornos alimentarios son bastante deficientes, aun así, los pocos estudios que evalúan conductas alimentarias en poblaciones de riesgo, hacen pensar que el problema es similar (Rueda, et al., 2005).

Lo mismo sucede en el Ecuador, donde son muy pocos los estudios realizados sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos jóvenes, por tanto, no existen cifras nacionales exactas de estos trastornos.

Hoy en día tanto la anorexia como la bulimia nerviosa, acarrean grandes complicaciones para la salud, ya que en nuestra cultura, el deseo por la delgadez, la belleza, la elegancia, el prestigio, y la aceptación por la sociedad, conllevan a que muchos jóvenes luchen para conseguir estos objetivos, incluso a expensas de su salud física y mental, lo que involucra graves consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte. Debido a estos hechos, se realiza la presente investigación denominada: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE", CARIAMANGA, ubicada en la provincia de Loja, con el fin de obtener información confiable que nos acerque más a este problema de salud.

Por tal motivo se plantea el siguiente objetivo general: Determinar la frecuencia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario en los adolescentes, del Colegio Santa Juana de Arco "La Salle", de la ciudad de Cariamanga, durante el periodo diciembre 2015- julio 2016.

Así también, se trazan objetivos específicos que incluyen: *a)* Determinar el riesgo que presentan los adolescentes investigados para desarrollar algún Trastorno del Comportamiento Alimentario, a través del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). *b)* Identificar el Estado Nutricional de los adolescentes, mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) y su relación con los Trastornos del Comportamiento Alimentario; y *c)* Evaluar la autopercepción y satisfacción de la imagen corporal de los adolescentes, a través del Test de Siluetas y su relación con el género y estado nutricional.

La metodología que se empleó en este estudio fue cualitativo y descriptivo de corte transversal, ya que se pretende analizar el riesgo que tienen los adolescentes de padecer un desorden de la conducta alimentaria, el mismo que se desarrolló en los meses de diciembre a julio del 2016, el universo lo comprendieron 204 alumnos, de octavo a tercer año de bachillerato, que incluyen tanto hombres como mujeres, con un rango de edad entre 11 y 18 años, de los cuales se trabajó con una muestra no probabilística de conveniencia, constituida por 172 estudiantes, los mismos que cumplían con los criterios de inclusión planteados en este trabajo de investigación.

Encontrándose que el 51,16% de los adolescentes no tienen riesgo, el 26,16% tienen bajo riesgo y el 22,67% tienen alto riesgo. El 62,21% de los adolescentes son eutróficos, el 22,67% tienen sobrepeso, y el 11,05% con obesidad, y tan solo el 4,07% presentan delgadez, encontrando que independientemente del estado nutricional, todos los adolescentes son vulnerables para desarrollar un TCA. Se encontró también que el 37,21% de la población se ven más robustos, siendo mayor en hombres y en adolescentes con normopeso; el deseo por verse más delgados es del 10,05%, especialmente en mujeres y en alumnos con sobrepeso, mientras que deseo por estar más robustos es del 5,2%, siendo más común en varones, y en los estudiantes delgados.

7. REVISIÓN DE LITERATURA

7.1. ESTADO NUTRICIONAL

7.1.1. Definición.

Se considera que estado nutricional "es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes" (Olivares, Zacarías, & Andrade, 2003).

7.1.2. Evaluación del Estado Nutricional.

La valoración del estado nutricional tiene como objetivo obtener datos aproximados de la estructura corporal de un individuo. Incluye antropometría, parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física; además de la evaluación de patrones de alimentación e ingesta de nutrientes. (MSP del Ecuador, 2011)

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Los indicadores antropométricos frecuentemente utilizados son: peso, talla y el índice de masa corporal (UNICEF, 2012)

7.1.2.1. Peso:

El peso mide la masa corporal total de un individuo, es el método más sencillo. Se mide, con una balanza digital calibrada. El/la adolescente se sitúa de pie en el centro de la plataforma de la balanza, distribuyendo el peso por igual en ambas piernas, con el cuerpo libre de contactos alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo. La medida se realiza con la persona en ropa interior o pantalón corto de tejido ligero, sin zapatos ni adornos personales.

Se registra en kilos con un decimal. Para graficar se utilizan las curvas de crecimiento adaptadas por el *SNS-MSP del Ecuador (2009).*

- **Peso habitual:** es el que usualmente tiene el individuo.
- **Peso actual**: se determina en el momento de realizar la valoración.
- **Peso ideal:** se obtiene a partir de la talla y la complexión en tablas de referencia. (Farré Rovira, 2012)

7.1.2.2. Talla:

La talla o estatura mide el crecimiento longitudinal. La talla se obtiene con un tallímetro calibrado o estadiómetro.

El/la adolescente se coloca de pie, descalzo/a, con los talones juntos y apoyados en el plano posterior del tallímetro. Las nalgas y la parte alta de la espalda contactan con una superficie vertical rígida en ángulo recto con el piso. Se coloca la cabeza de tal manera que el borde inferior de las órbitas y el meato auricular se encuentren a la misma altura.

Se indica al sujeto que realice una inspiración profunda, que relaje los hombros sin levantar los talones y manteniendo la posición de la cabeza con ayuda del examinador. Se desciende la barra horizontal del estadiómetro o una escuadra hasta contactar con la cabeza ejerciendo un poco de presión sobre el cabello suelto. (SNS-MSP, 2009)

7.1.2.3. Índice de Masa Corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de peso corregida para la talla, con relación a la edad cronológica. Es el mejor indicador nutricional en la adolescencia, porque incorpora la información requerida sobre la edad y ha sido validado internacionalmente, se calcula mediante la siguiente fórmula.

$$IMC = Peso\ (kg)/Talla^2(m)$$

En el caso de niños y adolescentes, una vez obtenido el IMC, se deberá utilizar la gráfica de crecimiento IMC/edad de acuerdo con el sexo y así se puede determinar el estado nutricional según su clasificación (SNS-MSP, 2009). **(Anexo 4, 5)**

7.2. LA IMAGEN CORPORAL

7.2.1. Definición.

R.M. Raich, propone una definición integradora de imagen corporal:

"(...) es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos." (Raichi, 2000)

Puede decirse, que la imagen corporal (IC) es un "constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas". (Baile Ayensa, 2006)

7.2.2. Tipos de percepción de imagen corporal.

Según Baile, y Thompson... et al. (citados por Fernández Bustos, González Martí, Contreras, & Cuevas, 2015) La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo como tamaño, forma de nuestro cuerpo y sus partes **(componente perceptivo),** actitudes, sentimientos, pensamientos y creencias sobre nuestro cuerpo **(componente cognitivo-afectivo),** así como las conductas derivadas de estas **(componente conductual)** que contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él.

7.2.3. Distorsión e Insatisfacción de la imagen corporal (IC).

Según Rodríguez y Gempeler (1999), se entiende por *distorsión de la imagen corporal* cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que está siendo representado.

Durante el análisis de la autopercepción de la IC en la población adolescente suele ser constante la falta de concordancia de esta con el Índice de Masa Corporal (IMC) real donde el género, la etnia y el nivel de escolaridad son determinantes de la precisión de la autopercepción del peso corporal con el real. (Sámano, y otros, 2015)

Es así que se entiende por *insatisfacción corporal* a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales, (Sepúlveda, Botella y León, 2001) y considerada una de las causas más destructivas de la autoestima, llevando a la depresión y el impulso inicial a los TCA (Raichi, 2000).

7.2.4. Evaluación de la Imagen Corporal.

Se han propuesto técnicas para evaluar los diferentes factores asociados como son (Baile Ayensa , 2006):

7.2.4.1. Alteraciones perceptivas:

Las técnicas para evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal, miden figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión. Se pueden utilizar: calibres móviles, autodibujo, manipulación de imagen por fotografías, vídeo, etc.

7.2.4.2. Alteraciones de aspectos subjetivos:

Estas técnicas detectan alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Las técnicas más habituales han sido las escalas de siluetas, donde hay que elegir las que se corresponden con las deseadas o cuestionarios de ítems tipo Likert.

7.3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

7.3.1. Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas denominadas (TCANE) (Estrada, Turón, Rodríguez, & Benítez, 2009)

7.3.2. Factores influyentes

7.3.2.1. Factores Predisponentes

Los TCA poseen una etiología múltiple y poco conocida. Hasta el momento y según varios estudios, se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. (Estrada, Turón, Rodríguez, & Benítez, 2009)

- **Factores Biológicos:** existe más frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles. Se ha obtenido asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN. La genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad en el caso de la AN. En el caso de la BN, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 10.
- **Factores socioculturales:** como por ejemplo, modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas, antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso especialmente en madres), obesidad, alcoholismo, hábitos alimentarios poco

regulares en la infancia, profesiones y/o actividades de la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.

- **Factores Psicológicos:** entre ellos, trastornos afectivos y de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, realizar dieta anómala y restrictiva, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima.
- **Acontecimientos estresantes:** como son: género, etnia (excepto asiáticos), problemas de alimentación y trastornos gastrointestinales en edades tempranas de la infancia, abuso sexual y otras experiencias adversas, baja autoestima, morbilidad psiquiátrica general, peso elevado e insatisfacción corporal y realización de dietas.

7.3.2.2. Factores Precipitantes

Son factores que desencadenan la aparición del trastorno, dentro de un contexto vulnerable como: cambios físicos típicos de la pubertad (crecen las mamas, las caderas se ensanchan…) interpretados como un signo de haber engordado, estimado como miedo a la madurez, que les hace rechazar este proceso evolutivo, estos cambios de la pubertad, les hace estar preocupados e inseguros, afectándose su autoestima.

Las criticas físicas hacia su cuerpo o que se burlen de él/ella por su aspecto físico, contribuye a que las personas más sensibles se obsesionen y quieran adelgazar. Otros acontecimientos como adaptación al colegio, la separación de la pareja, embarazo, vivir sin los padres o llevar dietas demasiado estrictas, precipitan el desarrollo de un desequilibrio alimentario. (Rodriguez, Antolín, Váz, & García, 2006)

7.3.2.3. Factores perpetuantes:

Una vez desarrollada la enfermedad algunos factores pueden perpetuar el cuadro, entre ellos se encuentran: el aislamiento social, la negación de la enfermedad,

desnutrición y la distorsión cognitiva (preocupación excesiva por la comida y la delgadez, autobservación excesiva y conductas regresivas) (Sánchez-Pedreño, 2010).

A nivel familiar: sobreprotección, falta de acuerdo entre los padres, inconsistencia entre los padres, quitarle importancia y minimizar el problema o negar la enfermedad, solo hará que retrase la ayuda de un profesional y permitirá a la persona afectada reforzar su idea de no necesitar ayuda. (Rodriguez, Antolín, Váz, & García, 2006)

7.3.3. Anorexia Nerviosa

7.3.3.1. Definición

La anorexia nerviosa (AN) Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo (Garriga, y otros, 2005).

Los pacientes con AN se someten de forma voluntaria a una dieta restrictiva muy estricta (en ocasiones conductas purgativas, que pueden llegar a un estado de inanición e inclusive la muerte (Díez, Soutullo, & Figueroa, 2009). A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas. (Gómez del Barrio, y otros, 2008)

Anorexia nerviosa atípica: Anorexia que no cumple uno o más de los criterios principales de la anorexia como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico característico. (Garriga, y otros, 2005)

7.3.3.2. Historia

Podemos encontrar en la historia casos semejantes a la anorexia nerviosa (AN), sobre todo en mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia entre los siglos XIII-XV. Es lo que se denomina Época de Anorexia “Santa” (Holly Anorexia).

Hay una segunda época en que el término va evolucionando y se habla de Consunción Nerviosa, siendo Richard Morton quien introdujo este término en 1689. En

un tercer período se habla de Anorexia Histérica (S.XVIII y S.XIX) y en el S.XIX, Lasegue y Gull describen por primera vez la AN (Rodriguez, Antolín, Váz, & García, 2006).

7.3.3.3. Epidemiología

La anorexia nerviosa (AN) es más común entre adolescentes y adultos jóvenes, es un trastorno que afecta más frecuentemente a mujeres, en una relación 10:1 (MSP del Ecuador, 2009). Su edad pico suele estar alrededor de los 14 años. Sin embargo, pareciera ser que, en algunos grupos sociales, hay una tendencia a una presentación cada vez más temprana (Pasqualini & Llorens, 2010).

La enfermedad dura al menos dos años en casi dos tercios de los casos, y al menos tres años en la mitad de los casos. La tasa de recuperación es del 70%, la mayoría se recuperan durante los primeros 5 años. Mientras el riesgo de muerte en este trastorno, (fundamentalmente, por consumo de sustancias, suicidio y desnutrición) es del 5-6% cada década, siendo la tasa de mortalidad más alta de todos los trastornos psiquiátricos. (Díez, Soutullo, & Figueroa, 2009)

Quienes incurren en atracones y luego se purgan para mantener un peso bajo tienden a ser de mayor edad, mostrar enfermedad más grave y tener evolución más negativa que quienes tan sólo restringen su consumo, La depresión y la ansiedad son afecciones concomitantes frecuentes. (Morrison, 2015)

7.3.3.4. Manifestaciones Clínicas

Como menciona, Pasqualini & Llorens (2010), las características clínicas de los adolescentes con AN son:

- **Peso:** Acentuada pérdida de peso, para mantener el estado de delgadez.
- **Conducta alimentaria:** mantener restricción alimentaria rigurosa, desnutrición.

- **Conductas bizarras alrededor de la comida:** Desmenuzarla, secarla con la servilleta, separar grasa obsesivamente. Lavado frecuente de manos, cubiertos u otros utensilios previos a la ingesta. Prolongación exagerada del horario de comida, esconder la comida, etcétera.
- **Negativa a ingerir líquidos o, a la inversa, ingestión exagerada** para calmar el hambre, disfrazar su peso, factores emocionales y/o mitos.
- **Conductas compensatorias o purgativas:** Vómitos auto inducidos, ingesta de fármacos, como laxantes, diuréticos, eméticos.
- **Actividad física:** excesivo ejercicio físico, en el colegio, gimnasios, club, hogar, caminatas, corridas o subir y bajar escaleras.
- **Menstruaciones:** Amenorrea primaria o secundaria (desaparición de tres o más menstruaciones consecutivas).
- **Imagen corporal:** Alteración de la percepción de su aspecto corporal.
- **Manifestaciones gastrointestinales:** Plenitud postprandial, dolor abdominal, pirosis, distensión, constipación.
- **Lipotimia, Frío, calambres, laguno, caída del cabello, sequedad de piel, uñas rotas.**
- **Signos vitales:** anómalo como disminución de la frecuencia cardiaca, hipotensión.
- **Trastornos del sueño:** Insomnio, tendencia a dormir poco, somnolencia.
- **Estado emocional:** Angustia, depresión, irritabilidad, euforia, rasgos obsesivos.
- **Relaciones sociales:** Aislamiento, estrechez de intereses, falta de proyectos.

7.3.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico de AN deben realizarse de manera estricta de acuerdo a los criterios del DSM V (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders).

Tabla 1

Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa, (DSM-V-TR)

A	Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura
B	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
C	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
Especificar el tipo	
Restrictivo: ausencia de atracones y/o conductas purgativas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante los últimos tres meses.	
Compulsivo/purgativo: en los últimos tres meses ha tenido atracones o conductas purgativas.	

FUENTE: (Behar A & Arancibia M, 2014)

AUTOR: DSM-V-T: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona 2010

La categoría de *trastornos de la conducta alimentaria no especificada (TCANE*) se refiere a los trastornos que no cumplen todos los criterios, como:

- Mujeres que cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa, pero cuyas menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo se halla dentro de los límites de la normalidad a pesar de que la pérdida de peso es significativa.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido 2 galletas).

- Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida

7.3.3.6. Complicaciones

Como lo menciona el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP-2009), entre las principales complicaciones relacionadas con la Anorexia Nerviosa se encuentran

- ***Resultantes de la desnutrición:*** delgadez y astenia, hipotermia, acrocianosis, lanugo, piel amarillenta, seca, descamativa, pelo y uñas quebradizos, neuropatía periférica
- ***Resultantes de la purgación- compulsión:*** (Ver Bulimia)
- ***Cardiovasculares:*** hipotensión postural y bradicardia sinusal, arritmias atriales y ventriculares, hipotrofia ventricular, prolapso de válvula mitral, ECG: depresión del segmento ST, prolongación de QT, arritmias ventriculares.
- ***Endocrinometabólicas:*** retardo de crecimiento ponderal, retardo puberal, amenorrea primaria o secundaria, oligomenorrea, osteoporosis

7.3.3.7. Exámenes Complementarios

Los exámenes de laboratorio frecuentemente son normales. Sin embargo puede encontrarse:

- Anemia normocítica normocrómica, leucopenia y rara vez trombocitopenia
- Proteínas séricas por lo general normales
- Transaminasas y fosfatasa alcalina se elevan discretamente
- Hipoglucemia e Hipercolesterolemia
- Anormalidades electrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, hipomagnesemia, hiponatremia
- Reducción de los niveles de FSH, LH, estradiol / testosterona
- Reducción de los niveles de TSH (T3 y T4 en límites normales bajos)
- IGF l baja

- Elevación de los niveles de cortisol plasmático

7.3.3.8. Tratamiento

Para el tratamiento de Anorexia Nerviosa, Sánchez-Pedreño (2010), han recopilado cuatro fases y objetivos a seguir, como son:

- **FASE I:**

  Recuperación del equilibrio físico*:* consiste en la estabilización hemodinámica e hidroelectrolítica, y la recuperación ponderal con dietas progresivas, vía oral o bien por sonda nasogástrica. El peso a alcanzar puede ser acordado previamente con el paciente (si presenta buena conciencia de enfermedad y capacidad de juicio)

- **FASE II:**

  Tratamiento de alteraciones psicopatológicas*:* es necesario el tratamiento con:

  - ***Psicoterapia:*** para aumentar la conciencia de la enfermedad y la motivación para el cambio, con el fin de reconocer, afrontar y disminuir su deseo de estar delgado y su fobia a engordar. Puede ser individual o en grupo.
  - ***Psicofármacos*:** como los *ISRS* (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina), sobre todo en comorbilidad con un trastorno depresivo o de ansiedad, ya que disminuye los síntomas de ansiedad anticipatoria ante la comida, y en concreto la fluoxetina previene las recaídas. Las *Benzodiacepinas* se indican en caso de síntomas de ansiedad, agitación psicomotriz o insomnio. Los *antipsicóticos atípicos*, como alonzapina o risperidona, reducen síntomas obsesivos, y aceleran ganancia ponderal, aunque su indicación en anorexia nerviosa es controvertida.

- **FASE III:**

  Restauración del funcionamiento psicosocial: el objetivo de esta fase es integrar al paciente en su entorno familiar, social y laboral, académico u ocupacional. Esto se

refuerza por medio de psicoterapia y soporte social (del equipo médico y el entorno del paciente)

- **FASE IV:**

  Prevención de recaídas: una vez alcanzada su remisión clínica y un funcionamiento normal, el objetivo de la última fase es mantener la estabilidad clínica evitando recaídas y recurrencias. Para ello es imprescindible monitorizar de manera estrecha la aparición de signos y síntomas incipientes y tratar las secuelas de la anorexia nerviosa.

7.3.4. Bulimia Nerviosa

7.3.4.1. Definición:

Síndrome que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal (Garriga, y otros, 2005). Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobre ingesta mediante vómitos autoinducidos y otras maniobras de purga e hiperactividad física (Gómez del Barrio, y otros, 2008). Como menciona, Morrison (2015) según el número de episodios semanales de comportamiento compensatorio inapropiado, este puede ser:

- **Leve.** Uno a tres episodios por semana.
- **Moderado.** Cuatro a siete episodios por semana.
- **Grave.** Ocho a 13 episodios por semana.
- **Extremo.** 14 o más episodios por semana.

Bulimia nerviosa atípica: Bulimia que no cumple uno o más de los criterios principales (como tener un peso normal o superior a lo normal) pero que presenta un cuadro clínico característico. (Garriga, y otros, 2005)

7.3.4.2. Historia

La bulimia nerviosa (BN) es descrita por Russell en 1979, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta”.

Se habló primero de hiperfagia (comer hasta el punto de concentrarse nada más que en comer, gula, o comer en exceso antes de lograr sentirse satisfecho) con vómitos, posteriormente de bulimarexia, y por fin de BN.

La palabra bulimia viene del griego: bous = buey, y limus = hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey”. En los últimos tiempos la BN ha experimentado un gran auge (Rodriguez, Antolín, Váz, & García, 2006).

7.3.4.3. Epidemiologia

La bulimia nerviosa (BN) es mucho más frecuente que la Anorexia Nerviosa, ocurre hasta en el 5% en la fase final de la adolescencia, con un pico a los 18 años. El 90% de casos de bulimia ocurre en mujeres, aunque el 40% de los trastornos del comer compulsivo se da entre los hombres (MSP del Ecuador, 2009).

Con el paso del tiempo, casi la mitad de los pacientes con BN se recupera por completo, y otra cuarta parte mejora. Pero el último cuarto se establece en un comportamiento bulímico crónico. Las tasas de mortalidad son superiores al promedio para cualquier grupo de edad con que se compare, y la condición es menos letal que la AN. A pesar de esto, la tasa de suicidio es más alta que la de la población general.

Se identifica con más frecuencia en personas cuyas profesiones o actividades hacen énfasis en las líneas corporales esbeltas. Los pacientes con BN muchas veces padecen afecciones comórbidas (trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, pero también problemas del control de impulsos y por consumo de sustancias). Comparte características comunes con la anorexia nerviosa. (Morrison, 2015)

7.3.4.4. Manifestaciones clínicas

Pasqualini & Llorens,(2010), afirman que en la BN el paciente pierde el control sobre su alimentación, al que le siguen atracones y conductas compensatorias (vómito, abuso de diuréticos, laxantes u otros fármacos).

En los episodios de voracidad, el valor de calorías ingeridas suele ser de 1000 a 8000 kcal y durar de una a ocho horas. Las oscilaciones de peso en un año suelen ser mayores a 5 kg, el examen físico suele ser normal, sin embargo, se suelen observar:

- ***Cuando hay vómitos reiterados y/o de larga evolución,*** pueden hallarse lesiones en el dorso de la mano por contacto con la cavidad bucal al provocárselos (signo de Russell: ulceraciones, superficiales o callosidades hiperpigmentadas o pequeñas cicatrices), tumefacción de glándulas salivales, caries, erosión del esmalte, enfermedad periodontal, gastritis, ulceras pépticas, pancreatitis, obstrucción intestinal, íleo paralítico, trastornos electrolíticos y de la conducción miocárdica.
- ***Si hay abuso de laxantes***, se hallan síntomas de colon irritable y a largo plazo, el colón catártico (pérdida de la motilidad colónica y del reflejo defecatorio).
- Con el ***excesivo abuso de vómitos, laxantes y diuréticos***, hay cambios ortostáticos significativos en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca y cuadros sincopales.
- ***En el caso de desnutrición,*** se observa signos similares al examen físico AN. A veces, hay irregularidades del ciclo, asociadas a desnutrición o no. La actividad física que realizan es irregular.
- Las adolescentes tienen problemas en el control de los impulsos, mayor labilidad emocional, el abuso de alcohol y/o drogas, robos de comida y dinero.
- La ***depresión y/o la impulsividad*** pueden motivar la consulta psiquiátrica.
- Puede observarse una vida más promiscua y desordenada.
- La evolución es crónica con períodos de exacerbaciones y remisiones

7.3.4.5. Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico de Bulimia nerviosa, se deben consideran los criterios clínicos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM - V) que dice:

Tabla 2.

Criterios Clínicos para Bulimia Nerviosa (DSM-.V)

A	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: – Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias – Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo
B	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses
D	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
Especificar tipo:	
Tipo purgativo:	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
Tipo no purgativo:	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

FUENTE: (Behar A & Arancibia M, 2014)

AUTOR: DSM-V-T: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona 2010

La categoría de *trastornos de la conducta alimentaria no especificada (TCANE)* se refiere a los TCA, que cursan con los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

7.3.4.6. Consecuencias

Debido a los episodios repetitivos de vómitos/purgación, puede conducir a: deshidratación importante con hipovolemia grave, hipertrofia de glándulas salivales, erosión de los dientes, erosiones de la piel y callosidades en las articulaciones metacarpofalángicas (signo de Russel) que desaparecen con la evolución de la enfermedad. Esofagitis, síndrome de Mallory Weiss, gastritis, dilatación y ruptura gástrica, vaciado gástrico lento, reducción de la motilidad intestinal. Estreñimiento, presencia de fecalomas.

7.3.4.7. Exámenes complementarios

En algunas situaciones, existen alteraciones electrolíticas por los comportamientos purgativos: hipopotasemia, hipocloremia y acidosis metabólica por el uso de laxativos

7.3.4.8. Tratamiento

Generalmente el tratamiento puede hacerse de manera ambulatoria, mientras que la hospitalización rara vez es necesaria. El tratamiento es multidisciplinario, cuyos objetivos son similares a los de AN (Sánchez-Pedreño, 2010).

- ***La terapia cognitivo conductual:*** En la primera etapa del tratamiento, el objetivo es establecer un patrón de ingesta saludable e interrupción del ciclo atracón-purga. Es necesario que el paciente reciba asesoramiento y normas de alimentación. Con frecuencia se pide al paciente que realice un autorregistro diario de sus ingestas.

Se recomienda comenzar con esta terapia por dos meses (un total de ocho sesiones con frecuencia semanal), tras este periodo de prueba, se debe valorar la efectividad del tratamiento, en caso de falta de respuesta o respuesta parcial, añadir un IRS.

- Los fármacos ***IRS***, disminuyen el número de episodios, de atracón y purga, la preocupación por el peso y los síntomas depresivos. Se recomienda empezar con una dosis baja e ir aumentando lentamente, según la efectividad y tolerancia. Generalmente es necesaria alcanzar una dosis alta (60-80 mg/día de fluoxetina). Si el tratamiento es efectivo mantener por seis meses para prevenir recaídas.

7.3.5. Trastorno de Atracones

7.3.5.1. Definición

El trastorno de compulsión alimentaria o de comer por atracones, se caracteriza por atracones recurrentes con ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa. (MSP-2009)

7.3.5.2. Epidemiología

Es nuevo entre los diagnósticos con reconocimiento oficial (el DSM-IV indica que requiere más estudios), es el más común entre los trastornos de la alimentación, y afecta a cerca de 2% de los adultos y a la mitad de esa cifra entre adolescentes. Ocurre casi dos veces con tanta frecuencia en mujeres que en varones. Aunque a menudo se le asocia a la obesidad, sólo cerca de una cuarta parte de los pacientes con sobrepeso padece este trastorno.

Los atracones ocurren en forma característica cuando la persona se siente triste o ansiosa, y con frecuencia implican alimentos deliciosos ricos en grasas, azúcar, sal y culpa. La ingesta rápida precede a la saciedad, hasta que se ha consumido demasiado, lo que genera una sensación incómoda de plenitud excesiva. El consumo en atracones puede darse en secreto, como consecuencia del remordimiento y la vergüenza, que

contribuyen todavía más a la tensión y a los problemas de la calidad de vida que el simple fenómeno de la obesidad. (Morrison, 2015),

7.3.5.3. Diagnóstico:

Tabla 3.

Criterios diagnósticos para trastorno por atracón propuestos para el DSM-5

Sobreingesta frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes:
• Ingesta más rápida de lo normal • Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno • Ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentirse físicamente hambriento • Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida • Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta

FUENTE: (Behar A & Arancibia M, 2014)

AUTOR: DSM-V-T: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona 2010

7.3.5.4. Pronóstico:

La evaluación a largo plazo se hará a través del diagnóstico del: estado nutricional, hábitos alimentarios, características de los ciclos menstruales, vínculos familiares, aspectos de la vida social: amigos, pareja, hijos, aspectos laborales, autoestima, satisfacción emocional consigo mismo, autonomía. Esto permite determinar si el adolescente está recuperado, mejorado, no mejorado o si ha tenido una recaída. (Pasqualini & Llorens, 2010)

7.3.6. Prevención

7.3.6.1. Prevención primaria

Tiene como fin limitar la incidencia de la enfermedad, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo (Estrada, Turón, Rodríguez, & Benítez, 2009). Existen dos estrategias:

- La estrategia poblacional, de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma.
- La estrategia de alto riesgo, de tipo individual y se dirige a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo.

Las recomendaciones para la implantación de un programa de prevención conjunto de trastornos de la conducta alimentaria son (Gómez del Barrio, y otros, 2008):

- Educar en hábitos de nutrición saludables en vez de dietas hipocalóricas.
- Promover la realización de comidas regulares evitando patrones desordenados o saltarse comidas.
- Prestar atención a la insatisfacción corporal.
- Prestar atención a señales corporales de hambre o saciedad.
- Trabajar factores de riesgo comunes, como: dieta, autoestima y habilidades sociales, factores relacionados con la familia, colegio, mensajes sociales y de los medios, y por ultimo evitar el “ambiente tóxico”

7.3.6.2. Prevención secundaria

La prevención secundaria consiste en la identificación temprana de la enfermedad, cuyo objetivo consiste en reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz, con las siguientes estrategias:

- Formación de colectivos profesionales que están en contacto con la población de riesgo y actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, etc.).

- Formación de médicos de atención primaria, capaces de dar un diagnostico precoz, y tratar o derivar los casos que acuden a sus consultas.
- Desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios en el segundo y tercer nivel para proporcionar un tratamiento adecuado en casos identificados.

7.3.6.3. Prevención terciaria

La prevención terciaria implica el establecimiento de medidas eficaces para prevenir las complicaciones y la cronicidad, el trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras y unidades de hospitalización, consiste en:

- Favorece la continuidad del tratamiento.
- Disminuye las hospitalizaciones.
- Reduce la estancia media.
- Actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro.
- Evalúan las necesidades asistenciales.

Por otra parte, el desarrollo de dispositivos capaces de seguir la evolución de los mismos, de proporcionar tratamientos a largo plazo y de brindar el apoyo social necesario es imprescindible de cara a reducir la discapacidad futura.

8. MATERIALES Y METODOS

8.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue de tipo cualitativo y descriptivo de corte transversal, ya que se pretendió analizar, describir e interpretar los resultados obtenidos en forma ordenada, con el objetivo de determinar la frecuencia de los adolescentes a padecer un Trastorno del Comportamiento Alimentario, el mismo que se desarrolló en el periodo diciembre 2015 - julio 2016.

8.2. Área de estudio:

La presente propuesta de investigación se realizó en el colegio Fiscomisional “Santa Juana de Arco, La Salle”, ubicada en la parte céntrica de la ciudad de Cariamanga, cantón Calvas, provincia de Loja, fundada en el año de 1922, como escuela presta sus servicios alrededor de 93 años y como colegio 12 años, la institución es mixta, y de jornada matutina, ofreciendo una oferta académica en el nivel de Educación Inicial, Educación General Básica y Bachillerato General Unificado en Ciencias.

Es un centro de educación para niños y jóvenes de toda condición social, que trabaja en el cultivo de valores religiosos, éticos y culturales, defendiendo los derechos humanos, la justicia y el medioambiente. Inspirados por el Espíritu de San Juan Bautista de la Salle, buscando formar un ser humano integral y útil a la sociedad.

El establecimiento educativo tiene como representante al Abg. Cristóbal Castillo, quien actúa en calidad de rector encargado, y como su promotor a la Congregación de los "Hermanos de las Escuelas Cristianas", domiciliadas en el Ecuador.

8.3. Tiempo:

Esta investigación se desarrolló en el periodo comprendido ente diciembre 2015 – julio 2016.

8.4. Universo:

En la presente investigación el universo lo constituyeron todos los adolescentes que cursan de octavo a tercer año de bachillerato, con un rango de edad entre 11 y 18 años, incluyendo a hombres y mujeres, matriculados en el periodo académico 2016-2017, con un total de 204 estudiantes.

8.5. Muestra:

El estudio se llevará a cabo con una muestra no probabilística de conveniencia, con un total de 172 estudiantes, los mismos que cumplían con los siguientes criterios.

8.5.1. Criterios de inclusión

- Ser adolescentes
- Encontrarse en un rango de edad de 11 y 18 años,
- Estudiar en un colegio Santa Juana de Arco "La Salle"
- Aceptación escrita por parte de los padres o representantes del estudiante participante en el estudio (**Anexo 2**)

8.5.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes con capacidades especiales
- Adolescentes con diagnóstico previo de un Trastorno de la conducta alimentaria

8.6. Técnicas e Instrumentos de investigación

8.6.1. Test de Actitudes Alimentarias: Eating Attitudes Test (EAT-26):

Fue elaborado por Garner y Garfinkel (1979) con el objetivo de medir de forma general los síntomas de anorexia y bulimia. Originalmente estaba constituido por 40 ítems, posteriormente reducen el cuestionario a 26 ítems (EAT-26), quitando los que consideran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner et al., 1989). Con una sensibilidad y especificidad del 77% y 95% respectivamente. (**ANEXO 3**)

El EAT-26 es una prueba de tamizaje (screening), que tiene por objetivo identificar síntomas y preocupaciones características de un desorden alimentario en muestras no clínicas, que tiene una duración aproximada de 15 minutos, es tal vez, el cuestionario más utilizado, consta de 26 ítems, los cuales están estructurados a partir de tres factores:

- *Dieta*, compuesto por los ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 26;
- *Bulimia y preocupación por la comida*, por los ítems: 3, 4, 9, 18, 21 y 25;
- *Control Oral* compuesto por los ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20

El test se evalúa con una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: con el siguiente puntaje: nunca, casi nunca, algunas veces (0 puntos), bastantes veces (1 punto), casi siempre (2 puntos) y la categoría siempre (3 puntos). El puntaje final corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos.

El obtener un puntaje igual o superior a 20 confirma el riego Alto de presentar un trastorno alimentario, de 10 a 19 puntos determina riesgo Bajo y se puntúa menos de 9 aquella población sin riesgos de un desorden en la alimentación.

8.6.2. Medición de Peso y talla:

Se determinó el peso con el empleo de una balanza (marca CAMRY), con una capacidad máxima de 150 kg, con incrementos de 1 kg, y la unidad para registrar el peso fue en Kilogramos (Kg). Para determinar la talla se empleó un tallímetro, de 1 mm de precisión, y la unidad que se empleó fue en centímetros (cm).

Así se pudo obtener el estado nutricional de los adolescentes, con la fórmula: $IMC = Peso\ (kg)/Talla^2(m)$ y se clasificó, según las curvas de crecimiento IMC/edad, considerando como: Obesidad: por encima de 3 DE, Sobrepeso: por encima de 1 DE, Normal: 0 (mediana) y por debajo de -1 DE, Delgadez: por debajo de -2 DE y Delgadez severa: por debajo de -3 DE.

8.6.3. *Test de siluetas de Thompson y Gray:*

Elaborado por Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983), modificado por Thompson & Gray (1995), este Test permite evaluar la satisfacción de la imagen corporal y es elegido por la sencillez para su rellenado, la diferenciación entre hombre y mujeres y la fácil comprensión por parte del alumno. Se compone de nueve figuras femeninas y nueve masculinas, ordenadas de menor a mayor, en un intervalo de 17 kg para el más delgado a 33 kg para el más grueso (desconocidos por los encuestados) debiendo señalar en primero aquella figura con la que más se siente identificado (figura percibida) y en segundo lugar aquella deseable al que gustaría parecerse (figura deseada) **(ANEXO 6).**

Para valorar tanto la autopercepción como satisfacción corporal, se clasifica las siguientes categorías:

- Categoría 1: diferencia entre IMC real y percibido < –4
- Categoría 2: diferencia entre IMC real y percibido entre –4 y –2
- Categoría 3: diferencia entre IMC real y percibido entre –2 y 2, individuos que se perciben prácticamente tal como son.
- Categoría 4: diferencia entre IMC real y percibido < entre 2 y 4
- Categoría 5: diferencia entre IMC real y percibido > de 4

La categoría 1 y 2, representa aquellos individuos que se ven más gruesos de lo que realmente son. Por el contrario, las categorías 4 y 5 pertenecen a individuos que se ven más delgados de lo que están.

8.7. Procedimiento:

Para el desarrollo de la presente investigación, se entregó una solicitud, dirigida al Abg. Cristóbal Castillo, rector encargado de la institución, para la explicación del estudio y solicitud para la recolección de datos. (**ANEXO 1).**

La obtención de la información previo consentimiento informado (**ANEXO 2**) se la obtuvo a través de los cuestionarios: Test de Actitudes Alimentarias: *Eating Attitudes Test, EAT-26* (**ANEXO 3**) y Test de Siluetas (**ANEXO 6**), que fueron aplicados de manera grupal en los salones de clase, en horarios acordados hasta completar la muestra.

Los mismos que fueron llenados de forma anónima y recordando la importancia de no dejar ningún apartado sin respuesta, con indicaciones verbales de un tiempo de contestación de 15 minutos con fines de investigación.

Además, fueron recogidos individualmente los datos de peso y talla de los estudiantes participantes, siguiendo las técnicas estándar recomendadas, con el fin de obtener el estado nutricional de cada adolescente en relación con el IMC/edad. **(ANEXO 4, 5)**

8.8. Análisis y Tabulación de datos:

Se llevó a cabo, mediante un análisis cuantitativo, con el programa Microsoft Office Excel 2010 de Windows, y el análisis cualitativo con Microsoft Word 2010. Para la representación gráfica de los resultados se utilizaron tablas y diagramas de barras expresados en porcentaje (%).

9. RESULTADOS

Tabla N: 1

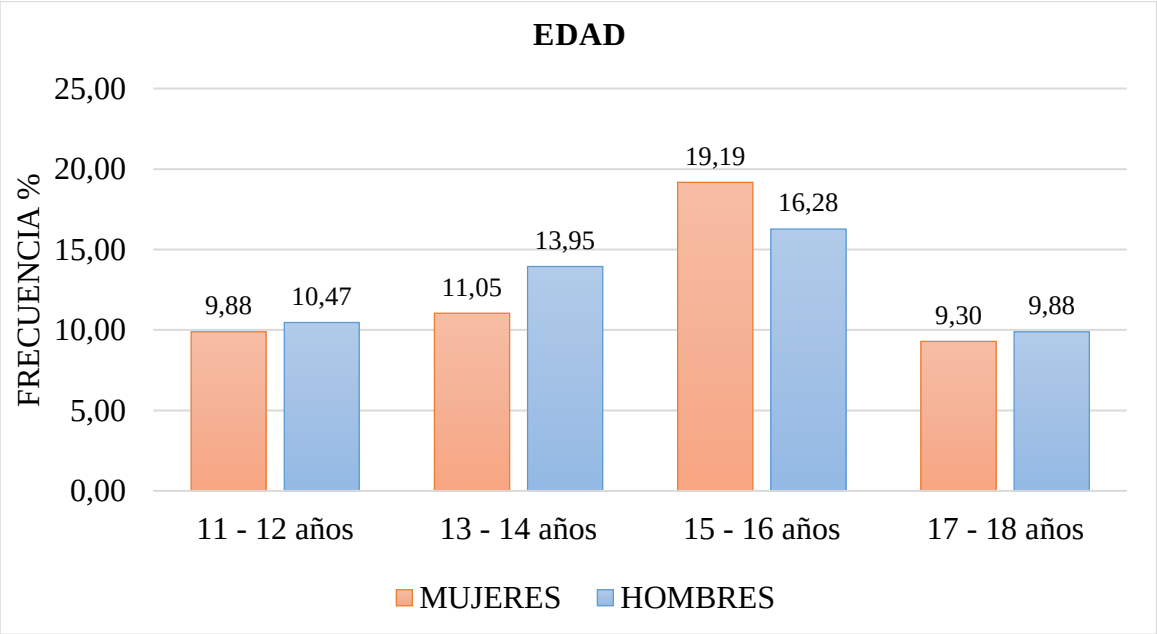
Distribución de la muestra por género y rango de edad

EDAD	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
11 - 12 años	17	9,88	18	10,47	35	20,35
13 - 14 años	19	11,05	24	13,95	43	25,00
15 - 16 años	33	19,19	28	16,28	61	35,47
17 - 18 años	16	9,30	17	9,88	33	19,19
Total	85	49,42	87	50,58	172	100,00

FUENTE: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 1

Distribución de la muestra por género y rango de edad



FUENTE: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Se puede evidenciar que el mayor porcentaje de la muestra estuvo conformado por adolescentes hombres constituyendo el 50,58% de la población, y el 49,42% restante por las mujeres, con mayor frecuencia entre 15 y 16 años.

Tabla N: 2

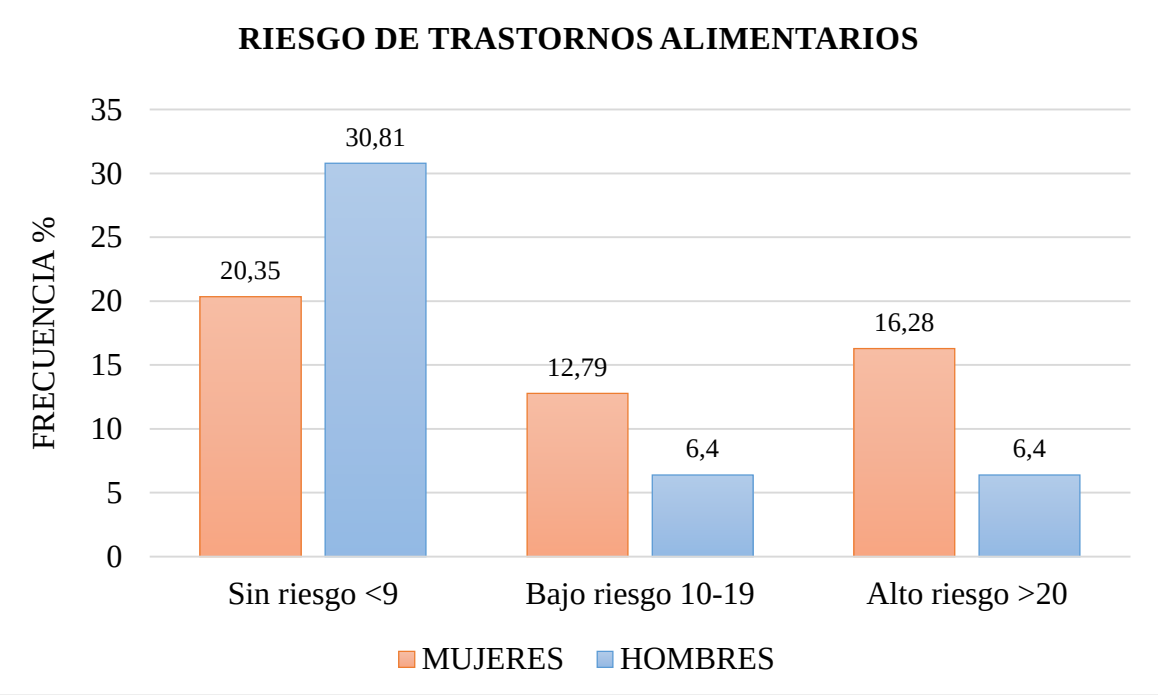
Riesgo de presentar Trastornos Alimentarios, en los adolescentes.

RIESGO DE PRESENTAR TCA	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin riesgo <9	35	20,35	53	30,81	88	51,16
Bajo riesgo 10-19	22	12,79	11	6,40	45	26,16
Alto riesgo >20	28	16,28	11	6,40	39	22,67
Total	85	49,42	87	50,58	172	100,00

FUENTE: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 2

Riesgo de presentar Trastornos Alimentarios, en los adolescentes.



FUENTE: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Se puede observar que tanto hombres como mujeres, con el 30,81% y 20,35% respectivamente, no presentan riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, sin embargo se evidencia que en el sexo femenino el 16,28% presenta alto riesgo, siendo mayor que en los hombres con un 6,4%.

Tabla N: 3

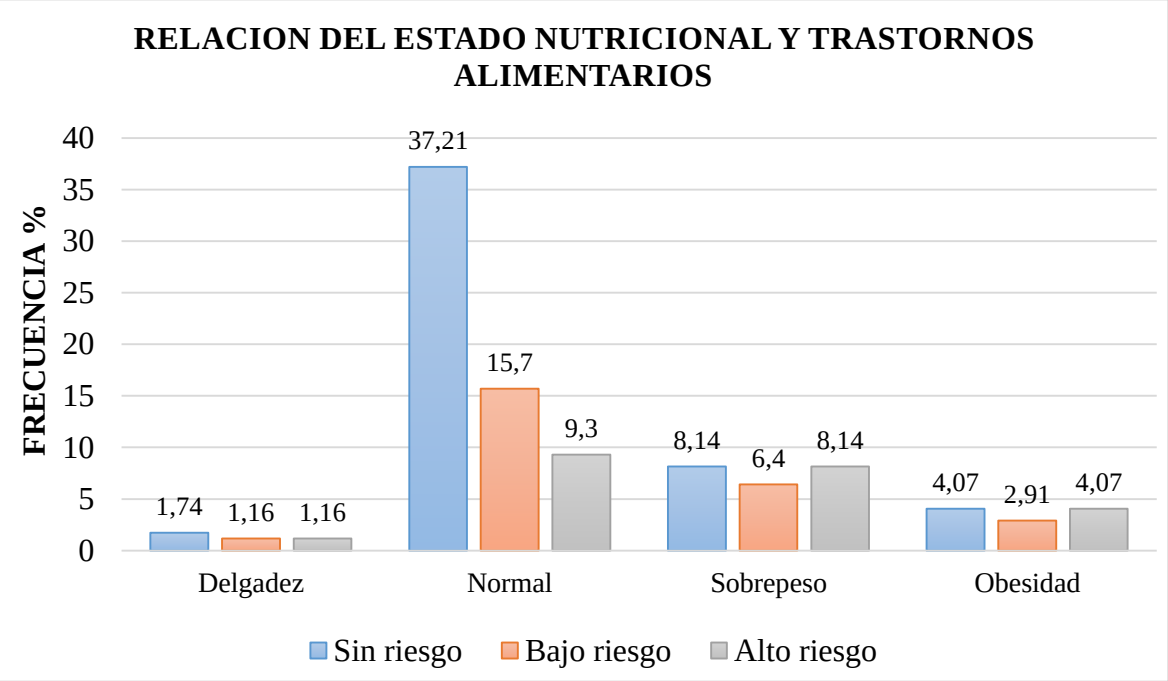
Relación entre el Estado Nutricional y el riesgo de presentar Trastornos Alimentaros, en los adolescentes.

TCA / IMC	Sin Riesgo		Bajo Riesgo		Alto riesgo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Delgadez	3	1,74	2	1,16	2	1,16	7	4,07
Normal	64	37,21	27	15,70	16	9,30	107	62,21
Sobrepeso	14	8,14	11	6,40	14	8,14	39	22,67
Obesidad	7	4,07	5	2,91	7	4,07	19	11,05
Total	88	51,16	45	26,16	39	22,67	172	100,00

FUENTE: Índice de masa corporal (IMC) y Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 3

Relación entre el Estado Nutricional y el riesgo de presentar Trastornos Alimentaros, en los adolescentes.



FUENTE: Índice de masa corporal (IMC) y Test de actitudes alimentarias (EAT-26)
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Se puede evidenciar, que el 37,21%, de los y las adolescentes que tienen un estado nutricional normal, no presentan riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, y los que presentan sobrepeso y obesidad tienen alto riesgo con un 8,14% y 4,07% respectivamente.

Tabla N: 4

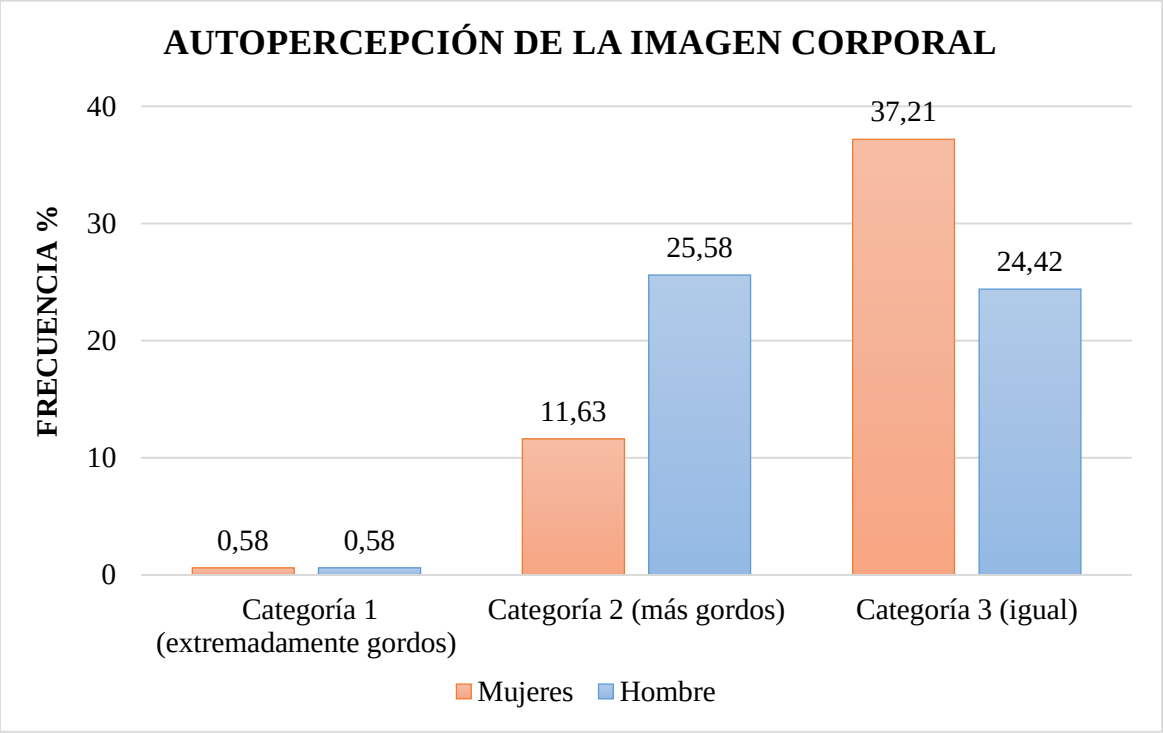
Autopercepción de la Imagen corporal de los adolescentes, por género.

AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoría 1 (extremadamente gordos)	1	0,58	1	0,58	2	1,16
Categoría 2 (más gordos)	20	11,63	44	25,58	64	37,21
Categoría 3 (igual)	64	37,21	42	24,42	106	61,63
Total	85	49,42	87	50,58	172	100

FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 4

Autopercepción de la Imagen corporal de los adolescentes por género.



FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Con respecto a la autopercepción de la imagen corporal, se evidencia que en el 37,2% de las mujeres y 24,4% de los hombres se perciben tal y cual son, mientras que el 11,6% de las mujeres y el 25,6% de los hombres, se ven más gordos.

Tabla N: 5

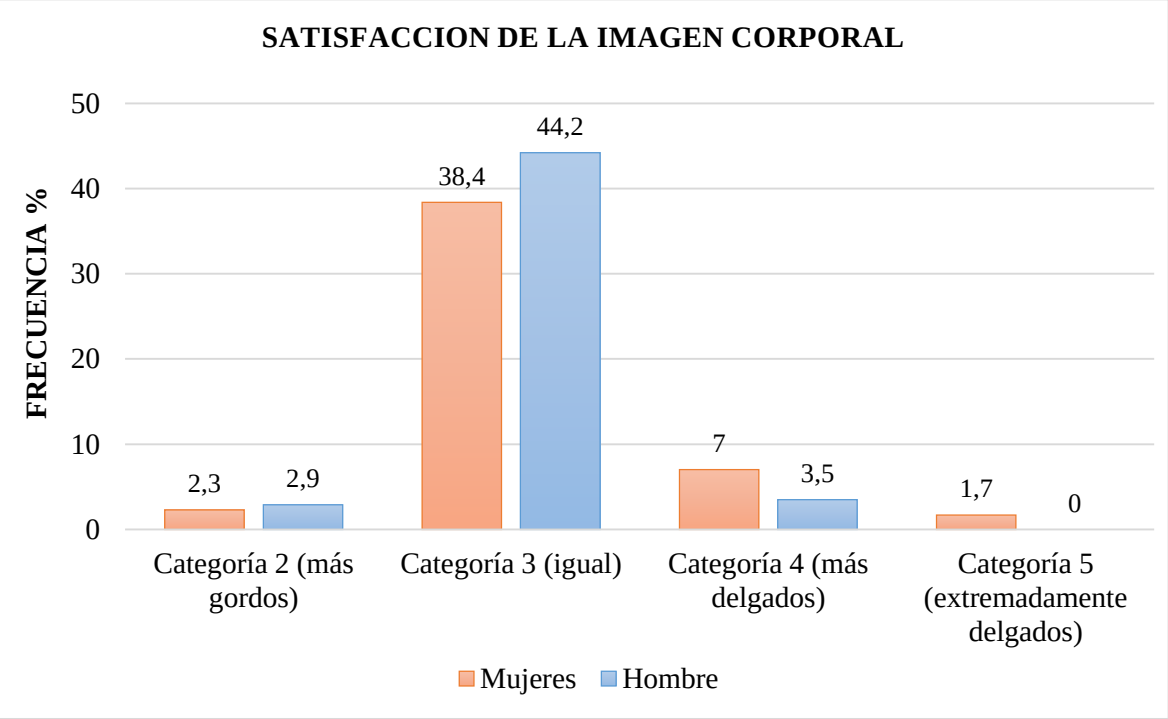
Satisfacción de la Imagen corporal de los adolescentes, por género.

SATISFACCIÓN CORPORAL	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoría 2 (más gordos)	4	2,3	5	2,9	9	5,2
Categoría 3 (normal)	66	38,4	76	44,2	142	82,6
Categoría 4 (más delgados)	12	7,0	6	3,5	18	10,5
Categoría 5 (extremadamente delgados)	3	1,7	-	-	3	1,7
Total	85	49,4	87	50,6	172	100

FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 5

Satisfacción de la Imagen corporal de los adolescentes, por género



FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Se puede observar que en el 38,4% de las mujeres y 44,2% de los hombres, la figura que desean coincide con la que realmente tienen, sin embargo el deseo por verse más delgados es mayor en las mujeres con el 7%, y extremadamente más delgadas del 1,7%, mientras que el deseo por estar más robustos es mayor en varones con el 2,9%.

Tabla N: 6

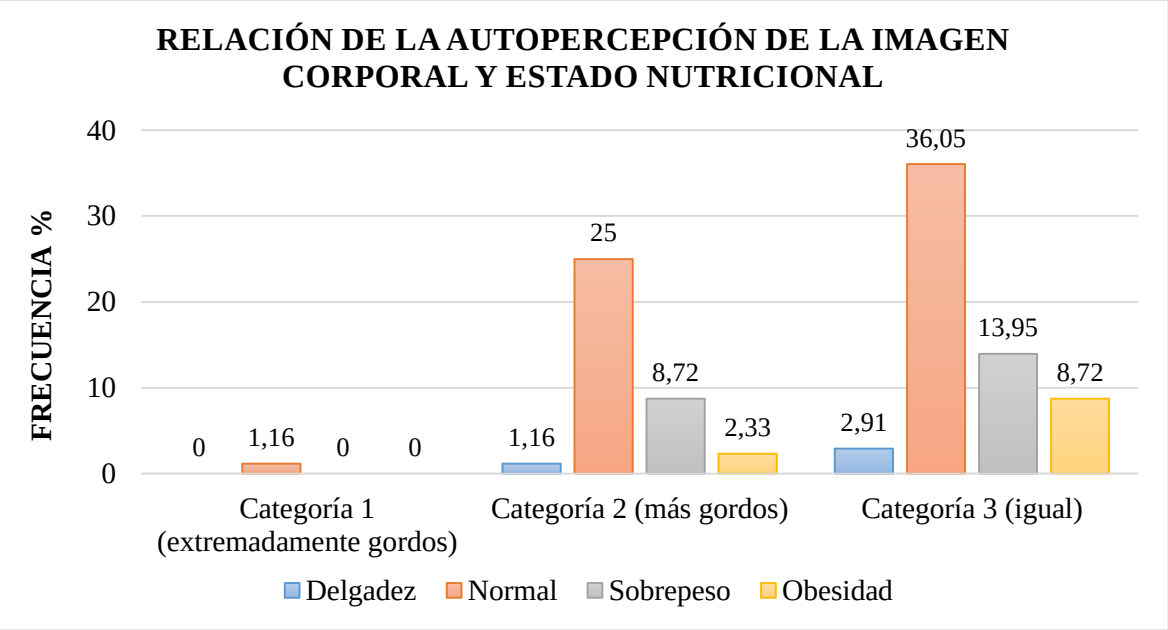
Relación de la Autopercepción de la Imagen corporal y Estado nutricional.

	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoría 1 (extremadamente gordos)	-	-	2	1,16	-	-	-	-	2	1,16
Categoría 2 (más gordos)	2	1,16	43	25,00	15	8,72	4	2,33	64	37,21
Categoría 3 (igual)	5	2,91	62	36,05	24	13,95	15	8,72	106	61,63
Total	7	4,07	107	62,21	39	22,67	19	11,05	172	100

FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 6

Relación de la Autopercepción de la Imagen corporal y Estado nutricional.



FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Se puede observar que, de los adolescentes que se perciben tal y como se encuentran el 36,05% tienen un estado nutricional normal, mientras que de los adolescentes que se perciben más robustos, el 25% tienen un IMC normal, seguido del 8,72% que presentan sobrepeso.

Tabla N: 7

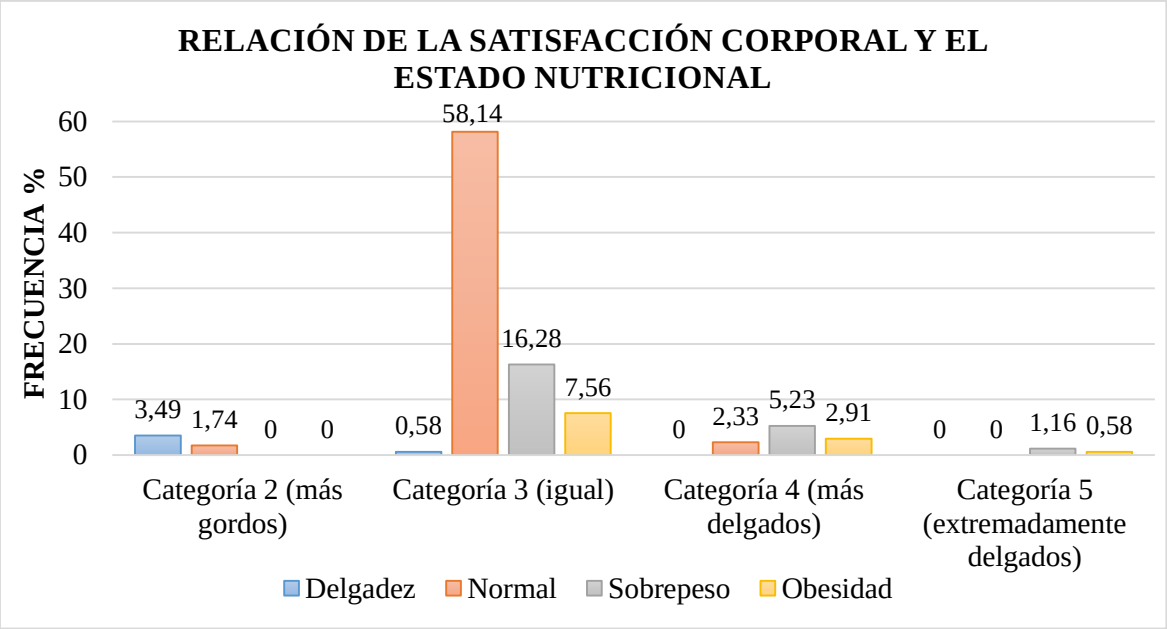
Relación de la Satisfacción de la Imagen corporal y Estado nutricional.

	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoría 2 (más gordos)	6	3,49	3	1,74	0	0,00	0	0,00	9	5,23
Categoría 3 (igual)	1	0,58	100	58,14	28	16,28	13	7,56	142	82,56
Categoría 4 (más delgados)	0	0,00	4	2,33	9	5,23	5	2,91	18	10,47
Categoría 5 (extremadamente delgados)	0	0,00	0	0,00	2	1,16	1	0,58	3	1,74
Total	7	4,07	107	62,21	39	22,67	19	11,05	172	100

FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Gráfico N: 7

Relación de la Satisfacción de la Imagen corporal y Estado nutricional.



FUENTE: Test de silueta Corporal de Thompson & Gray
AUTOR: Rosa Enith Conde Jiménez

Al valorar la relación entre la satisfacción corporal y el estado nutricional, se evidencia que de los adolescentes que quieren verse tal y como son, el 58,14% tienen un estado nutricional normal, de los que desean verse más robustos el 3,14% presentan delgadez, y de los que desean verse más delgados el 5,23% tiene sobrepeso.

10.DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria, en la actualidad han cobrado gran importancia, considerándose como un problema de salud pública debido a: su prevalencia, la gravedad, el curso clínico, sus complicaciones y la necesidad de tratamiento.

En la presente investigación se evaluó el riesgo de los adolescentes del colegio Santa Juana de Arco "La Salle" de la ciudad de Cariamanga, para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, encontrando que el 51,16% no tienen riesgos, el 26,16% tiene bajo riesgo, y el 22,67%, tiene alto riesgo.

En un estudio realizado por Francisco Arrufat (2016), en la ciudad de Barcelona, en una población de adolescentes entre 14 – 16 años, luego de aplicar la escala EAT-26, se obtuvo que el 9,2% eran sujetos con riesgo de TCA, mientras que el 90,8% no presentaban riesgo. Estos datos fueron semejantes en un estudio realizado en la ciudad de Quito, por Priscila Brito, en el año 2015, con una población de 193 alumnos, se demostró que solo el 8,80% de la población estudiada presenta un riesgo de padecer un trastorno alimentario, mientras que el 91,19% de la población no presentaba riesgo. Estos datos no se asemejan a nuestro estudio, demostrando así, que en nuestra población existe mayor riego que otras poblaciones.

En nuestro estudio también se encontró que la población con mayor riesgo de presentar un TCA es frecuente en mujeres con el 29% que en los hombres con el 12,80%.

Comparando con la investigación de Francisco Arrufat (2016), las mujeres adolescentes de 16 años tenían mayor prevalencia de TCA, y en el caso de los hombres es mayor entre los 14 años. Así mismo en la ciudad de Cuenca se realizó un estudio cualitativo y descriptivo, (Larrea Romero & Lema Buri, 2011), con la participación de 556 adolescentes entre 10 a 19 años de edad, donde identificó la prevalencia de trastornos alimentarios de un 3,78%, correspondiendo el 2.7% a las mujeres y el 1,08% a los hombres.

Mientas que en el año 2014, en la ciudad de Quito, otro estudio elaborado por Diana Paola Calvopina, observó que el 12,8% de los adolescentes tenían más riesgo de padecer TCA, siendo la edad con más riesgo en mujeres a los 15-17 años; en cambio en los hombres a los 12- 13 años.

Estos datos son semejantes a nuestro estudio, lo que nos ayuda a demostrar que los adolescentes más afectados son del género femenino, y que adolescencia tardía presenta menor riesgo, posiblemente porque en esta etapa, presentan una identidad más clara, siendo capaces de evaluar los riesgos y tomar decisiones conscientes, demostrando así la importancia y la necesidad de investigar y detectar de forma temprana estos trastornos.

Evaluamos también el estado nutricional, a través del índice de masa corporal (IMC), encontrando que el 62,21% de los adolescentes son eutróficos, seguidos por sobrepeso y obesidad con el 22,67% y 11,05% respectivamente, mientras que la delgadez se encontró en una mínima parte de la población con el 4,07%.

Estos datos se corroboran con un estudio en la ciudad de Lima, realizado por Montoya Salazar (2012), “Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria”, encontrando que la mayor muestra de adolescentes (93.1%) se encuentra con parámetros normales, seguidamente (5.1%) los de sobrepeso y (1.7%) con delgadez.

Datos semejantes se obtuvieron en la ciudad de Santander, por Calcedo Giraldo (2016), quien realizó un estudio en adolescentes de 12 a 17 años, el mismo que identifico que la categoría más representada era el normo peso, por encima del 70%, seguida del sobrepeso, alrededor del 20%, y la obesidad entorno al 5%.

El estudio de Abril Merizalde (2011), realizado en la ciudad de Riobamba, también encontró que el 57,7% de la muestra tenía peso normal, seguido por el 29% con sobrepeso 5,3% con obesidad, el 6% con delgadez y tan solo el 2% con delgadez severa.

También encontramos que de los alumnos con riesgo para desarrollar en el futuro un TCA, el mayor porcentaje se encuentra con normo peso (25,2%), seguido sobrepeso (14, 54%) y obesidad (6,98%); y los alumnos con delgadez generalmente tienen menor riesgo (2,32%). Calcedo Giraldo (2016), confirma estos datos, puesto que en su investigación se encontró que de los adolescentes con riesgo; el 51,50% tenían peso normal, el 44,4% con sobrepeso y el 33,33% con delgadez.

Sin embargo al valorar la relación con esta invetigación, nuestra población presenta menores porcentajes, que los estudios encontrados, pero es evidente destacar que no solo los adolescentes que se encuentran con sobrepeso y obesidad presentaran riesgo, sino tambien aquellos que tiene peso normal, por lo cual se puede demostrar que cualquiera que sea el IMC todos los adolescentes son vulnerables.

Durante la adolescencia la imagen corporal es un factor, en el cual ocurren cambios en base a su autodefinición y autodescubrimiento, que es influenciado por cambios psicológicos y biológicos, además de las relaciones con el entorno, es en esta etapa donde la estructura de la personalidad sufre mayores cambios y empieza a volverse a través del tiempo más estable.

Por lo tanto se ha identificado la autopercepción de la imagen en nuestros adolescentes, encontrando que la mayor parte poseen una percepción adecuada de su imagen con el 61,613%; sin embargo, el 37,21% se ven más robustos de lo que realmente son, y el 1,16% se ven extremadamente más robustos. Además, en relación a la imagen corporal deseada, el 10,05% de los alumnos desearían verse más delgados, especialmente en mujeres (7%) y en los alumnos con sobrepeso y obesidad; y un 5,2% desearían estar más robustos, esto es más común en varones (2,9%), y en los estudiantes que presentan delgadez.

Así en un estudio realizado (Martínez López, Lara Sanchez, & Moral García, 2009), en Andalucía-España, se encontró que los varones manifiestan estar más a gusto con su cuerpo

que las mujeres, además se observó una correlación positiva con en IMC, siendo mayoritaria la insatisfacción en aquellos que presenta exceso de peso, ya sea sobrepeso u obesidad.

Arrufat Nebot, (2006), también encontró en su investigación, que tanto las mujeres (32,5%) como los varones (7,1%) estaban insatisfechos con su imagen corporal. Las diferencias fueron estadísticamente significativas, existiendo mayor insatisfacción en las mujeres. De la misma forma, Montoya Salazar (2012), concluye que los factores psicológicos asociados significativamente con los TCA son la inadecuada percepción de la imagen corporal y el inadecuado autoconcepto de los adolescentes de educación secundaria.

Esta información, nos permite identificar la distorsión en la percepción de la imagen corporal, y el deseo evidente de alcanzar un ideal de belleza física estandarizado por muchos adolescentes, perturbando así la imagen corporal, el comportamiento alimentario y la salud de los adolescentes, predisponiendo a nuestra población a desarrollar pensamientos negativos sobre su imagen y realizar acciones que los compensen, tanta presión puede conducir al desarrollo de un desorden en la alimentación.

11.CONCLUSIONES

- La mitad de los estudiantes no tienen riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, sin embargo la mitad restante presenta tanto riesgo alto y bajo.

- Al evaluar el estado nutricional se concluye, que la mayor parte de los adolescentes son eutróficos, seguidos por el sobrepeso y la obesidad, mientras que la delgadez se encontró en una mínima parte de la población, e independientemente del estado nutricional, todos los adolescentes presentan algún riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

- En cuanto a la autopercepción corporal, más de la mitad de la población estudiada se perciben tal y como son, sin embargo, un tercio de los adolescentes se ven más robustos, siendo más frecuente en el género masculino y en aquellos adolescentes que tienen un estado nutricional normal.

- Y en relación a la satisfacción de la imagen corporal, la mayoría de los estudiantes están satisfechos con su cuerpo, sin embargo, el deseo por verse más delgados es mayor en mujeres y en los alumnos con sobrepeso, mientras que el deseo por estar más robustos, es más común en varones y en los estudiantes que presentan delgadez.

12.RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades y al personal de salud, como método preventivo la creación de espacios o programas, que informen y eduquen a los adolescentes sobre los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos alimentarios, la gravedad y sus riesgos.

2. Implantar en el grupo poblacional de alto riesgo, un plan nutricional estratégico, con hábitos de nutrición saludables, que sea acorde con la edad, sexo y costumbres alimentarias, el cual cubra con los requerimientos nutricionales de cada adolescente.

3. Promover la participación de los estudiantes en actividades físicas, que además de mejorar su estilo de vida y estado nutricional, también disminuyen el riesgo de presentar en el futuro un trastorno de la conducta alimentaria.

4. Implementar medidas, para que los adolescentes refuercen su autoestima, la conformidad con su imagen corporal y además analizar de forma crítica la publicidad y modelos estéticos, con el fin de evitar trastornos psicológicos, que conducen al riesgo de presentar algún desorden en la alimentación.

5. Fomentar en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja el desarrollo de investigaciones dentro de la comunidad, con el propósito de vincularse a sus necesidades, especialmente en los adolescentes quienes son más vulnerables.

13.BIBLIOGRAFÍA

Abril Merizalde, D. L. (2011). *Aplicación del Modelo Precede-Procede en la Prevención de Desordenes Alimentarios en Adolescentes de 15 a 18 Años del Instituto Técnico Superior Riobamba.* Tesis de Grado, Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Facultad de salud Pública, Riobamba.

Arrufat Nebot, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona.* Tesis de grado, Universidad de Barcelona, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clinica, Barcelona.

Avellaneda Novella, S. J. (2009). *Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificada Universidad Javeriana.* Tabajo de Grado, Pontificada Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias, Bogotá, D. C.

Baile Ayensa , J. I. (2006). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades "Cuadrenos del Marqués de San Adrián"*.

Behar A, R., & Arancibia M, M. (2014). DSM-5 y los Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 22-33.

Brito Lara, P. (2015). *Frecuencia de trastornos alimentarios en adultos jóvenes.* Tesis de grado, Pontificada Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Enfermeria, Quito.

Calcedo Giraldo, J. G. (2016). *Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación secundaria en Cantabria.* Tesis doctoral, Universidad de Cantabria, Departamento de Medicina y Psiquiatria, Santander.

Casas Rivero, J., & Gonzáles Fierro, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos. En *Pedriatria Integral* (págs. 20-24). Madrid, España. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf

Castro, J. (2007). Trastornos del comportamiento alimentario. En J. Ródes, J. M. Piqué, & A. Trilla, *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la fundación BBVA* (págs. 459-466). Barcelona, España: Editorial nerea, S.A.

Díez, A., Soutullo, C., & Figueroa, A. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos no especificados. En F. Ortuño, *Lecciones de Psiquiatria* (págs. 359-378). Madrid, España: Editorial Medica Panamericana, S.A.

Estrada, M. D., Turón, V., Rodríguez, G., & Benítez, D. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria: Recomendaciones para la práctica en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid, España: Intersalud.

Farré Rovira, R. (2012). Evaluación del estado nutricional (dieta, composición corporal, bioquímica y clínica). En *Manual Práctico de Nutrición y Salud* (págs. 109-117). Madrid: Exlibris Ediciones, S. L.

Fernández Bustos, Juan Gregorio; González Martí, Irene; Contreras, Onofre; Cuevas, Ricardo. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología, 47*(01).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2002). Adolescencia una etapa fundamental.

Garriga, A., Martínez, J., Gonzáles, J., San LLorente, C., Pagán, G., Pujalte, M., . . . Morenete, A. (2005). Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Subdirección General de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud*.

Gómez del Barrio, J. A., Gaite Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castaneda, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (2008). *Guías de Prevencion de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso.* Gobierno de Cantabria, España: Consejería de Sanidad y Servicios.

Gómez, S., Nova, E., Veses, A. M., Alina, G., & Marcos, A. (2012). *Nutrición y trastornos del comportamiento alimentrario.* Madrid, España: Exlibris Ediciones, S. L.

Gorab, A., & Iñarritu, M. d. (2005). Trastonos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia. México, D.F.: Dirección General de Divulgacion de la ciencia.

Larrea Romero, S., & Lema Buri, A. (2011). Trastornos Alimentarios en adolescentes del Colegio, La Providenca de la ciudad de Azogues 2010 – 2011. Azoguez, Cuenca, Ecuador.

López, C., & Treasure, J. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes, Descripción y Manejo. *Revista Medica Clínica las Condes*, 85-97.

Madruga, D., Trabazo, R., & Lambruschini, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. *AEPED, Asociación española de pediatria*, 325-339. Obtenido de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

Martínez López, E. J., Lara Sanchez, A. J., & Moral García, J. (2009). *Valoración de la satisfacción de la imagen corporal e Índice de masa corporal en estudiantes de educación secundaria.* Tesis doctoral, Universidad de Jaén, Depatamento de Educación Física, Andalucía, Españaa.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). *Protocolos de Atención Integral a Adolescentes.* Quito, Ecuador: Proceso de Normatización del SNS. Obtenido de Protocolos de Atención Integral a Adolescentes: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, C. N. (2011). *Normas de Nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes.* Quito, Ecuador.

Montoya Salazar, M. (2012). *Factores Asociados a riesgo de Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia en adolescentes.* Tesis de grado, Escuela de Enfermeria Padre Luis Tezza, Departamento de enfermeria, Lima-Perú.

Morrison, J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En *DSM-5 Guía para el Diagnóstico Clínico* (Primera ed., págs. 277-292). Mexico, D. F.: El Manual Moderno.

Olivares, S., Zacarías, I., & Andrade, M. (2003). Nutrición y Salud. En O. d. (FAO), *Educación y Alimentación y Nutrición para la Enseñanza Básica* (Vol. 3, págs. 65-90). Santiago - Chile.

Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada integral* (Primera ed.). Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud (OPS).

Raichi, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo.* Madrid: Pirámide.

Rodriguez, L., Antolín, M., Váz, F., & García, M. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia.* (J. d. Consumo, Ed.) Mérida.

Rueda, G., Días, L., Campo, A., Barros, J. A., Osorio, B. C., & Del Pilar Cadena, L. (2005). Validación de la Encuesta SCOFF para tamizaje de los trastornos de la conducta. *Biomédica, 25*(2), 195-202.

Sámano, R., Rodríguez Ventura, A. L., Sánchez Jiménez, B., Godínez Martínez, E. Y., Noriega, A., Zelonka, R., . . . Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su. *Nutrición Hospitalaria*.

Sánchez-Pedreño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría.* Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Santana, Costa Ribeiro, Mora, & Raich. (marzo-abril de 2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Scielo, España, 27*(2).

Weissberg, K., & Galván, L. Q. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios. *Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva*. Obtenido de SALUD, Secretaria de Salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf

14. ANEXOS

Anexo N: 1 Oficio Sr. Director

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01049CCM-ASH-UNL

PARA: Abg. Cristóbal Castillo
RECTOR (E) DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE"

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de abril de 2016

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Rosa Enith Conde Jiménez**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la aplicación de los cuestionarios: Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), Test de Siluetas y la obtención del Índice de Masa Corporal, en los estudiantes comprendidos entre 12 y 18 años; información que le servirá para la realización de la tesis: **"TRANSTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO "LA SALLE", CARIAMANGA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Nancy Banda Navas**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Anexo N: 2 Consentimiento Informado

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

Yo, Rosa Enith Conde Jiménez, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Ciencias Médicas, preocupada por el desarrollo y salud de la juventud Lojana, realizó el presente trabajo de investigación denominado "**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO, EN ADOLESCENTES, DEL COLEGIO SANTA JUANA DE ARCO LA SALLE, CARIAMANGA".**

La realización del mismo tiene como fin determinar la frecuencia de estos trastornos en los adolescentes y establecer su relación con el estado nutricional y la satisfacción de la imagen corporal. Debido a que estos desordenes se presentan especialmente en la adolescencia, los mismos que conllevan graves consecuencias para la salud, es el motivo por el cual el alumno/a ha sido seleccionado/a para participar en este estudio.

La colaboración del alumno/a consiste en responder a las preguntas de un cuestionario, que evaluará, el comportamiento de su alimentación y la satisfacción de su imagen física, que tendrán una duración de 15 minutos, y por otro se medirá su peso y talla actual.

La información recogida en este estudio será confidencial, con la protección íntima del secreto médico, y solo será usada con fines científicos, la participación del alumno/a es voluntaria y desinteresada, con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

Yo, _____ como padre/madre o tutor del alumno/a _____ doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma_____

Responsable del estudio:
Rosa Enith Conde Jiménez
Estudiante
Teléf.: 0990121903

Anexo N: 3 Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)

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

Yo Rosa Enith Conde Jiménez estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a Uds. muy respetuosamente con el propósito de obtener información sobre el Comportamiento Alimentario de los adolescentes, por lo que le solicito muy comedidamente se digne contestar las siguientes preguntas.

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT-26)
THE EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

PARTE A: Conteste las siguientes preguntas.

Fecha: …..…/……/……..
Edad: ……años
Curso: ……

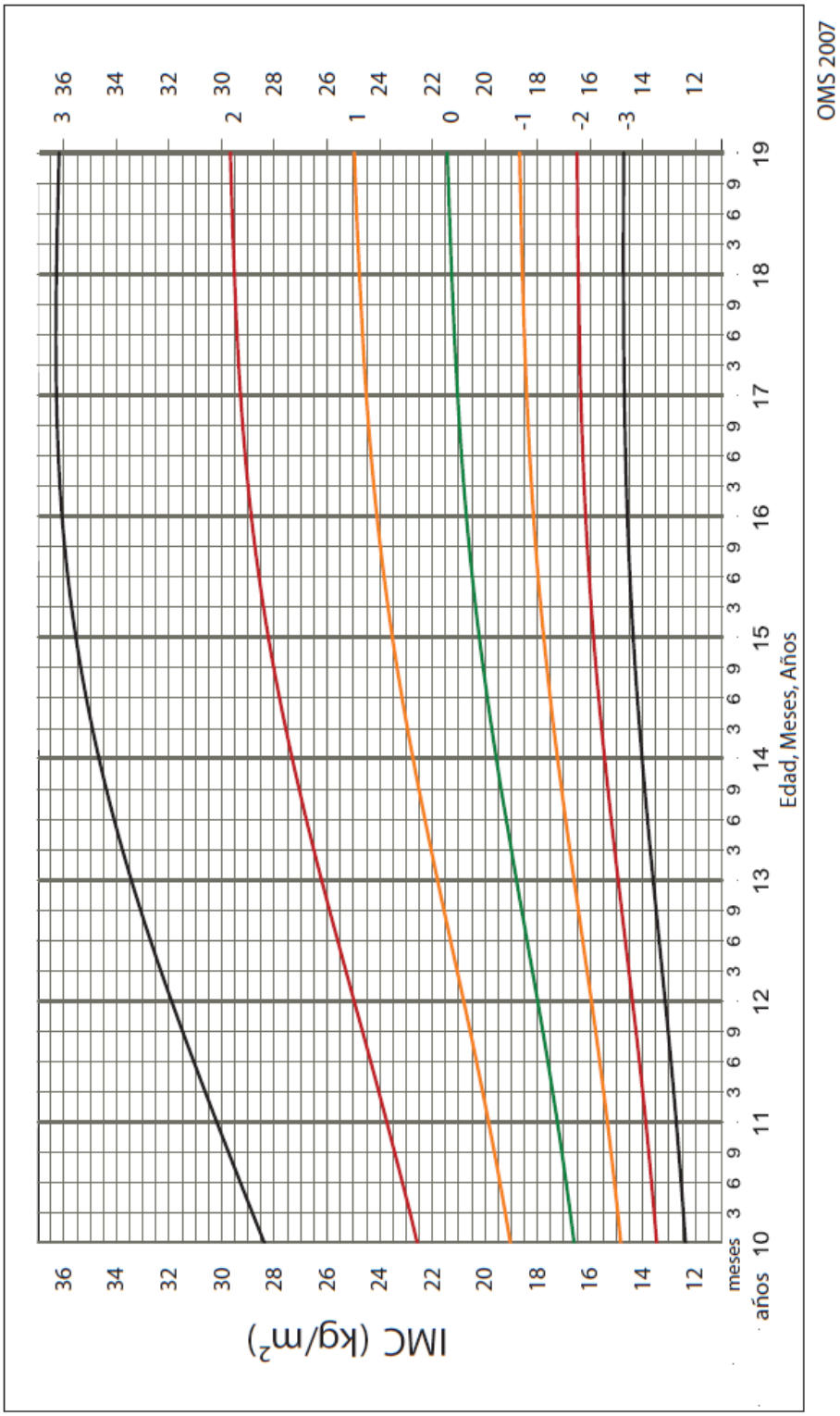
Género: F ( ) M ( )
Peso actual: …..……kg
Estatura actual: ……Cm

PARTE B: Por favor, elija una respuesta para cada una de las preguntas:	**Siempre**	**Casi siempre**	**Bastes veces**	**Algunas veces**	**Casi nunca**	**Nunca**	**TOTAL**
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso							
2. Evito comer cuando tengo hambre							
3. Me preocupo por los alimentos							
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer							
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños							
6. Me preocupa el contenido calórico de los							
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)							
8. Siento que los demás quieren que yo coma más							
9. Vomito después de haber comido							
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido							

	Siempre	Casi siempre	Bastes veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
11. Me preocupo por estar más delgado(a)							
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio							
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)							
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo							
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas							
16. Evito los alimentos que contienen azúcar							
17. Como alimentos dietéticos (dieta o light)							
18. Siento que la comida controla mi vida							
19. Mantengo un control de mi ingesta							
20. Siento que los demás me presionan para comer							
21. Pienso demasiado en la comida							
22. Me siento culpable después de comer dulces							
23. Engancho con conductas de dieta							
24. Me gusta sentir el estómago vacío							
25. Tengo el impulso de vomitar luego de comer							
26. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas							

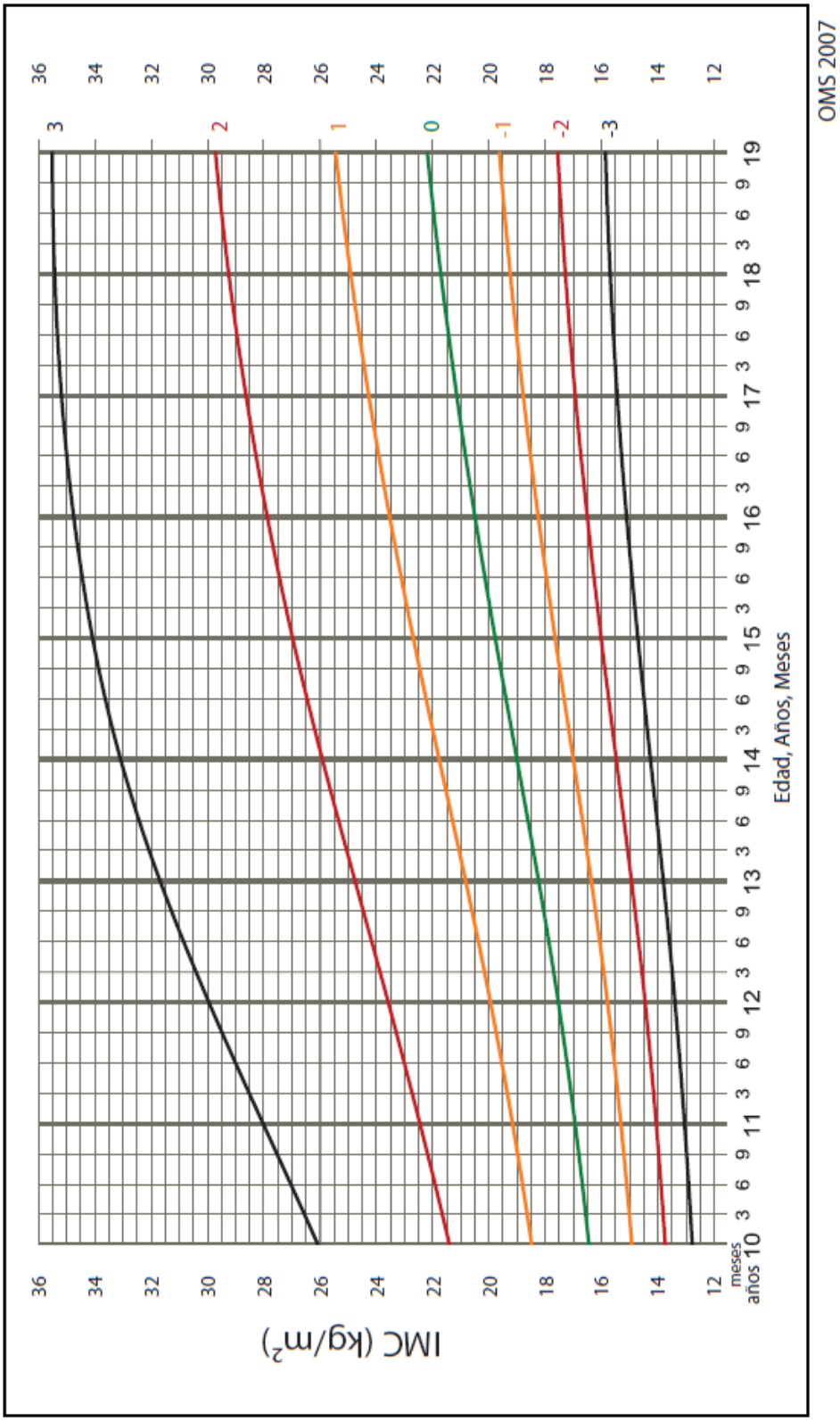
EAT-26 (Garner et al. 1982, Psicología Medica, 12, 871-878); adaptado con permiso de D. Garner

Anexo N: 4 Curva de crecimiento por Índice de Masa Corporal (IMC) para MUJERES de diez a diecinueve años.



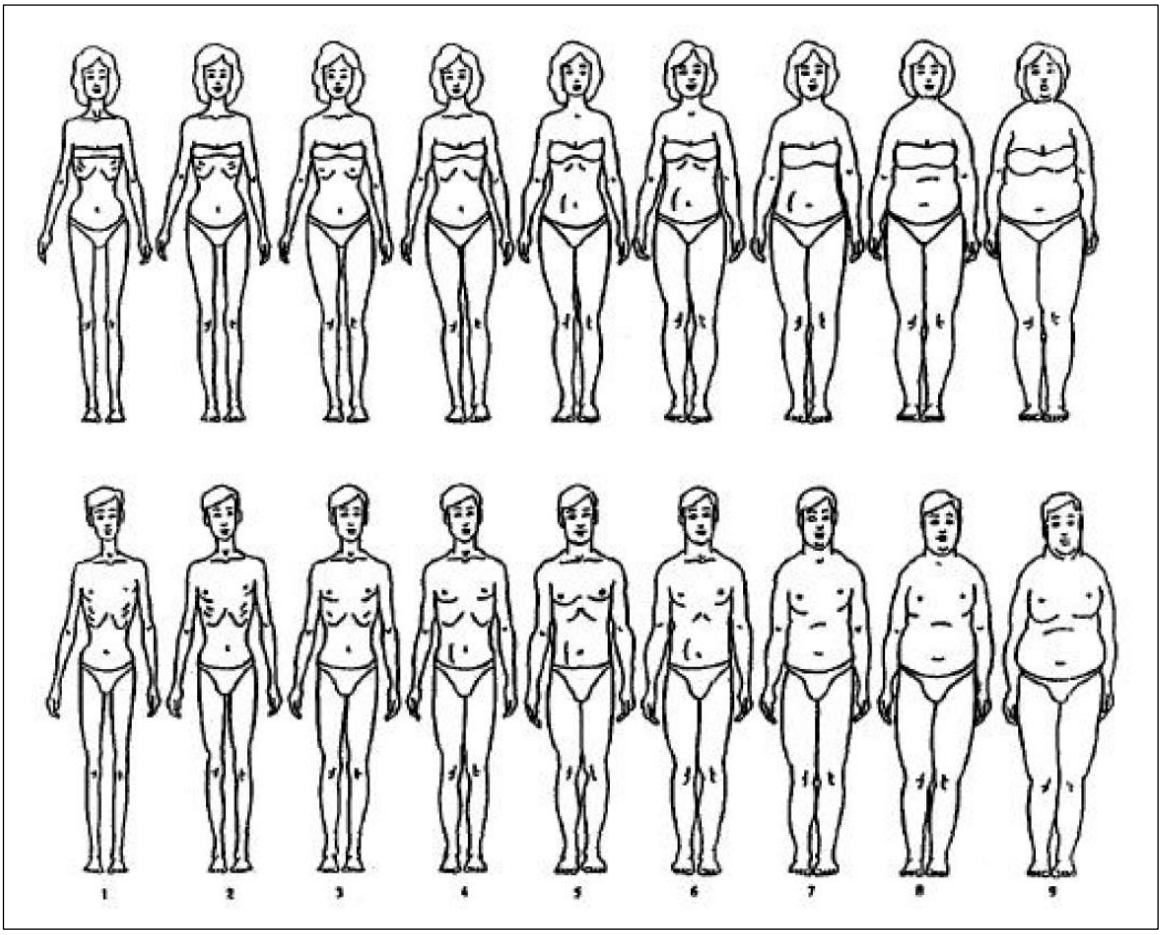
FUNTE: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (MSP, 2011)

Anexo N: 5 Curva de crecimiento por Índice de Masa Corporal (IMC) para HOMBRES de diez a diecinueve años.



FUNTE: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (MSP, 2011)

Anexo N: 6 Test de silueta Corporal



Silueta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

Fuente: Imagen desarrollada por Stunkard, A., Sorensen, T. & Schulsinger, F (1983) y modificada por Thompson & Gray (1995)