



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

**Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los
estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano**

Trabajo de Titulación previa a
la obtención del título de
Médico General

AUTOR: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

DIRECTOR: Md. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

ii. Certificación

Md. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo del Trabajo de Titulación denominada: **“Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano”**, previo a la obtención del título de **Médico General**, de autoría del Sr. **Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**, con **cédula de identidad Nro. 1755329669**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Universidad Nacional de Loja para los procesos de obtención del título de Médico General, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 08 de marzo del 2022



.....
Md. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, **Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**, declaro ser el autor del presente Trabajo de Titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca virtual

Firma:.....

Cédula: 1755329669

Fecha: 16 de agosto del 2023

Correo electrónico: faryd.rada@unl.edu.ec

Teléfono: 0986036471

iv. Carta de Autorización

Yo, **Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**, autor del Trabajo de Titulación denominado: **Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano**, como requisito para optar el título de **Médico General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de Titulación en el Repositorio Institucional, 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 del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de agosto de dos mil veintitrés.

Firma

Autor: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

Cédula de identidad: 1755329669

Dirección electrónica: faryd.rada@unl.edu.ec

Teléfono: 0986036471

Datos complementarios

Director de trabajo de titulación: Md. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

v. Dedicatoria

Con todo amor dedico este trabajo:

Primero a Dios, por darme la fortaleza necesaria para seguir esta carrera por no permitirme desmayar cuando todo parecía gris, por acompañarme siempre.

A mi madre Sonia por ser mi mayor apoyo a lo largo de mi vida, por creer y alentar mis sueños todos los días, gracias por el amor incondicional sin ustedes no lo hubiera logrado.

A mi hermano José por ser motivo que me impulsa cada mañana para dar mi mejor esfuerzo para cumplir mis sueños.

A mi abuelita, por todos sus consejos, por sus palabras de apoyo y el amor que siempre me brinda.

Los amo mucho.

Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

vi. Agradecimiento

A la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja por brindarme la dicha de aprender esta profesión de la mano de excelentes docentes, que no solo me han moldeado en saberes científicos y prácticos sino también en valores morales que pondré en práctica en mi vida profesional.

Al Instituto Tecnológico Superior Sudamericano por permitirme realizar mi trabajo de titulación en su establecimiento.

Al Dr. Byron Garcés director de trabajo de titulación y la Dra. Sandra Mejía, por el gran interés, colaboración, enseñanza, paciencia y tiempo que ha dedicado en el presente trabajo de titulación, por sus buenas y excelentes orientaciones y a su vez por brindarme enriquecedores conocimientos. A esa persona especial que me acompañó durante el desarrollo de este trabajo de titulación, por la confianza puesta en mi persona, por el apoyo, por no dejarme rendir ante todas las dificultades que se presentaron en el camino del mismo.

Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

vii. Índice

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	6
4.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Etiología de los TCA.....	6
4.1.3. Factores de riesgo.....	6
4.1.4. Sintomatología de los TCA.....	8
4.1.5. Tipos de TCA.....	8
4.1.5.1. Anorexia Nerviosa.....	9
4.1.5.2. Bulimia Nerviosa.....	9
4.1.5.3. Trastorno de Atracones.....	10
4.1.5.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.....	10
4.1.6. Riesgos y Complicaciones de los TCA.....	11
4.1.7. Salud mental y su relación con los TA.....	11

4.1.8. Diagnóstico.	12
4.1.9. Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	14
4.1.10. Eating attitude test 26.	14
4.2. Depresión	15
4.2.1. Definición.	15
4.2.2. Causas.	15
4.2.3. Etiología.	16
4.2.3.1. <i>Factores individuales.</i>	16
4.2.3.2. <i>Factores sociales.</i>	16
4.2.4. Factores de riesgo	17
4.2.4.1. <i>Demográficos.</i>	17
4.2.4.2. <i>Biologicos.</i>	17
4.2.4.3. <i>Sociales.</i>	18
4.2.4.4. <i>Económicos.</i>	18
4.2.5. Sintomatología.	18
4.2.6. Diagnóstico.	19
4.2.7. Tratamiento.	20
4.2.7.1. <i>Tratamiento Farmacológico.</i>	20
4.2.7.2. <i>Psicoterapia.</i>	21
4.2.8. Escala de Zung.	21
5. Metodología	23
5.1. Enfoque	23
5.2. Tipo de diseño	23
5.3. Unidad de estudio	23
5.4. Universo y Muestra	23
5.5. Criterios de inclusión	23
5.6. Criterios de exclusión.	23

5.7. Técnica	24
5.8. Instrumentos de recolección.....	24
5.9. Procedimiento	25
5.10. Equipos y Materiales	25
5.11. Análisis Estadístico	25
6. Resultados	26
6.1. Resultado del primer objetivo.....	26
6.2. Resultado del segundo objetivo.....	29
6.3. Resultado del tercer objetivo.....	32
7. Discusión.....	34
8. Conclusiones.....	36
9. Recomendaciones.....	37
10. Bibliografía.....	38
11. Anexos.....	44

vii. Índice de tablas

Tabla 1. Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	26
Tabla 2. Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes masculinos del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	28
Tabla 3. Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de las estudiantes femeninas del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	27
Tabla 4. Grado de depresión de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	28
Tabla 5. Grado de depresión de los estudiantes masculinos del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	29
Tabla 6. Grado de depresión de las estudiantes femeninas del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.....	30
Tabla 7. Relación de la presencia de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.....	31
Tabla 8: Relación mediante la hipótesis de χ^2 de la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.....	32
Tabla 9. Distribución según sexo y edad de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.....	33

iv. Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación y pertinencia del proyecto	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2. Asignación de Director de Tesis	4¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3. Permiso de la Institución a efectuarse el estudio	46
Anexo 4. Certificación de Inglés.....	48
Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos	49
Anexo 6. Base de Datos	58
Anexo 7. Tablas.....	66
Anexo 8. Certificación del tribunal.....	67

1. Título

Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano

2. Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión son considerados enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en todo el mundo y que presentan repercusiones en el ámbito personal, familiar y social. La presente investigación tuvo como finalidad describir los trastornos de conducta alimentaria y depresión según sexo y grupo etario en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano de la ciudad de Loja durante abril 2021 – marzo 2022. El estudio tuvo enfoque cuantitativo, y de cohorte transversal, con una muestra de 151 participantes, conformado por 74.17% de sexo masculino y 25.83% femenino, a quienes se empleó la herramienta Eating Attitude Test 26 (EAT 26) para trastorno de conducta alimentaria y la Escala de Zung para medir la depresión. Obteniendo alta prevalencia de no padecer trastorno de conducta alimentaria en 36,42% (n=55) hombres y el 11,92% (n=18) mujeres de 18 a 22 años de edad. El grado de depresión leve predominó en 19,21% (n=29) población masculina y 6,62% (n=10) femenina en edades de 18 a 22 años. Se evidenció la relación entre depresión leve y riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes con 12,58% (n=19), sin embargo, no resultó suficiente para demostrar asociación estadísticamente significativa se realizó la prueba de hipótesis de chi² donde χ^2 calculado = 4.199 es menor a χ^2 crítico = 7,815, con un valor de $p > 0,05$ concluyendo que ambas variables son independientes.

Palabras clave: conducta alimentaria, prevalencia, asociación, riesgo.

2.1. Abstract

Eating disorders (ED) and depression are considered serious mental illnesses that affect millions of people around the world and have repercussions in the personal, family and social spheres. The purpose of this research was to describe eating disorders and depression according to sex and age group in students of the Instituto Tecnológico Superior Sudamericano in the city of Loja during April 2021 - March 2022. The study had a quantitative approach, and a cross-sectional cohort, with a sample of 151 participants, made up of 74.17% male and 25.83% female, who were used the Eating Attitude Test 26 (EAT 26) tool for eating disorder and the Zung Scale to measure depression. Obtaining a high prevalence of not suffering from eating disorder in 36.42% (n=55) men and 11.92% (n=18) women from 18 to 22 years of age. The degree of mild depression prevailed in 19.21% (n=29) of the male population and 6.62% (n=10) of the female population between the ages of 18 and 22. The relationship between mild depression and risk of eating disorder in students was evidenced with 12.58% (n=19), however, it was not enough to demonstrate a statistically significant association when performing the chi2 hypothesis test where χ^2 calculated = 4.199 is less than critical $\chi^2 = 7.815$, with a p value > 0.05 concluding that both variables are independent.

Keywords: eating behavior, prevalence, association, risk.

3. Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria, descritos en la última versión de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, son enfermedades muy serias asociadas a una significativa morbilidad y mortalidad, que en general han ido en aumento en los países en desarrollo. (Gaete & López, 2020). Según The American Journal of Clinical Nutrition (AJCN) la escala mundial del número de casos de trastornos de conducta alimentaria se ha duplicado en los últimos 18 años: La prevalencia ha pasado de 3,4% de la población a 7,8% entre 2000 y 2018. (AJCN 2020).

Los trastornos de conducta alimentaria conllevan graves repercusiones para la salud de quienes los sufren. Desde el punto de vista orgánico, todas las alteraciones son derivadas de la malnutrición: alteraciones hormonales, osteoporosis, fracturas, deshidratación, alteraciones electrolíticas, renales, problemas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos, dermatológicos, musculares y deficiencias vitamínicas, entre otros. (Forman, 2018)

Las personas con trastornos de la alimentación a menudo también luchan con la ansiedad y la depresión. Desafortunadamente, esto puede significar que su enfermedad es más grave, más difícil de tratar, más peligroso y potencialmente fatal. (Lin, 2021)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2020).

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más recientes corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (MSP 2021).

Es de importancia poder establecer la prevalencia de estudiantes con algún nivel de depresión, ansiedad, estrés al ingreso a educación superior a fin de establecer la salud mental y que pueda verse afectada por las exigencias, nivel de desarrollo y de competencias que establecen posibilidad de éxito o fracaso (Gutiérrez Rodas, y otros, 2016).

La población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental debido a que ésta puede determinar en buena

medida su desempeño académico y social. Las condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, que acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en su estado mental, pueden alterar esas condiciones de salud.

Por ello el presente estudio decidió averiguar ¿Existe el riesgo de padecer un trastorno alimentario y el grado de depresión para optimizar a futuro la prevención y el tratamiento oportuno de estas patologías en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano?

El estudio se enfoca en las prioridades de Investigación del Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Área “Salud mental y trastornos del comportamiento”, línea “Trastornos de alimentación” y “Depresión y Distimia”, sublínea “Impacto psicosocial” también es parte de la 3 línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la línea de Salud, “Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor” por lo que la viabilidad del presente proyecto está justificada.

De acuerdo al presente proyecto de investigación se planteó como objetivo general: describir los trastornos de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano durante abril 2021 – marzo 2022. Y como objetivos específicos: Determinar la presencia de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria según sexo y grupos de edad en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano. Identificar el grado de depresión según sexo y grupos de edad en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano. Establecer la relación entre el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

4. Marco teórico

4.1.Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

4.1.1.Definición. Los trastornos de conducta alimentaria son condiciones psiquiátricas asociadas con un riesgo significativo de complicaciones médicas y altas tasas de mortalidad. Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a todos los sistemas del órgano y se conducen en gran parte por desnutrición. (Lin, 2021)

4.1.2.Etiología de los TCA. Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los principales representantes de este grupo son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón. (Baldares, 2013, p.476)

Loor (2016) afirma que “los Trastornos de la Conducta Alimentaria han incrementado últimamente, considerándose como la tercera enfermedad crónica con mayor frecuencia en las adolescentes. El grupo de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria son los adolescentes” (p.2).

“Sobre todo en las pacientes bulímicas con historia previa de AN. Los distintos estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario señalan la presencia de rasgos obsesivos, timidez y dependencia, y ansiedad” (González, 2013, p.3).

Los TCA suponen un reto actual que va en aumento, los factores que influyen en su desarrollo pueden ser tanto internos, siendo aquellos propios del paciente; como externos, del entorno que rodea a la persona. El hecho de que se ha situado como la tercera enfermedad crónica en adolescentes habla del aumento exponencial que lleva.

4.1.3. Factores de riesgo. En el primer estudio sobre los factores de riesgo de desarrollo de Trastorno de Atracón, según Nagel (2020)

Se observó que los factores de riesgo identificados para TA fueron la existencia de una autoevaluación negativa, autoagresiones, depresión de los padres, experiencias infantiles adversas, tales como maltrato físico o sexual; y la exposición repetida a comentarios negativos por parte de la familia sobre la silueta, el peso y la ingesta. Esto último también se identificó como factor de riesgo al comparar a personas con TA con otros pacientes psiquiátricos, identificándose, además, a la obesidad infantil como otro factor influyente (p.112).

“El TA parece ser un cuadro altamente prevalente en personas que buscan tratamiento para la pérdida de peso, por lo que es importante conocer los distintos factores psicosociales involucrados en su mantenimiento.” (Nagel, 2020, p.114).

Además de los factores previamente descritos, hay siete factores que interfieren en los distintos casos e interactúan de manera diferente dependiendo del paciente, estos son: perfeccionismo clínico, autoestima global negativa, intolerancia a los estados de ánimo, insatisfacción corporal, alimentación emocional, y dificultades interpersonales. Además de estos factores personales, también reconoce una serie de factores sociales con gran influencia en el desarrollo de los TA: Exposición a los medios de comunicación, estereotipos del peso, dieta, perfeccionismo y conversaciones negativas sobre su imagen (Nagel, 2020, p.111).

Según González, “los estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario señalan la presencia de rasgos obsesivos, timidez y dependencia, de y ansiedad” (2017, p.3).

Los factores que mayor peso tienen son el sexo y la edad. Losada (2018) nos dice que:

La investigación epidemiológica ha arrojado luz sobre la existencia del primer factor de riesgo en el desarrollo de TCA: ser mujer y adolescente. Las mujeres son más propensas a presentar este tipo de patología y la adolescencia representa un período de riesgo crítico para el desarrollo de este tipo de problemáticas (p. 31).

Baldares afirma que “la incidencia máxima se da entre los 15-25 años. Factores demográficos relacionados con TCA incluyen sexo, edad, ser hijo único, muerte de algún progenitor. Los pacientes con TCA poseen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general” (2016, p.476).

Los tiempos en los que vivimos y los medios presentes en todo sitio hacen sentir su impacto. Losada (2019) afirma que:

Se debe examinar el medio social y las variables sociales que intervienen. Actualmente, quien uno es parece confundirse con la imagen que los medios proponen, es por ello que el aumento progresivo de estos trastornos, así como también su inicio en edades cada vez más tempranas en adolescentes y jóvenes se debe en gran parte a factores culturales y sociales (p. 83).

“Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles disparadores del aumento en la frecuencia de dichos trastornos” (Baldares, 2013, p.476).

Son en total factores tanto internos como externos los que influyen en el desarrollo del Trastorno de Conducta Alimentaria, edad, sexo y el ecosistema. El entorno y la sociedad que

nos rodea han marcado cánones estéticos que al no poder cumplirse y sumado a otras variables como el sexo o la edad, pueden derivar en algún tipo de TCA.

4.1.4. Sintomatología de los TCA. En el cuadro 1 se describe el cuadro clínico que pueden mostrar los pacientes con TCA; por supuesto, los síntomas y signos anormales no se presentan en todos, dependen del tipo de trastorno y del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de la evaluación. (Ayuzo-del Valle & Covarrubias-Esquer, 2019)

Cuadro 1: Cuadro clínico de trastorno de conducta alimentaria.

Generales	Boca	Cardiorrespiratorio	Gastrointestinal	Endocrinológico	Neuropsiquiátricos
Pérdida de peso	Laceraciones orales	Dolor precordial	Dolor epigástrico	Amenorrea u oligomenorrea	Depresión
Intolerancia al frío	Perimolisis	Taquicardia	Distensión abdominal	Pérdida de libido	Pérdida de la memoria
Debilidad		Hipotensión Ortostática	Reflujo Gastroesofágico	Fracturas por estrés	Falta de concentración
Sincope		Disnea	Hematemesis	Osteopenia/ osteoporosis	Insomnio
		Edema periférico	Hemorroides o prolapso rectal		Pensamientos suicidas
			Constipación		Convulsiones

Fuente: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Revista Chilena de Pediatría

4.1.5. Tipos de TCA. Las principales clasificaciones internacionales de los TCA corresponden al DSM-5 y la Undécima Edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11). La primera, que es la más empleada en la literatura científica sobre el tema, los denomina Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos e incluye aquellos que muestra el cuadro 2. (Gaete & López, 2020)

Cuadro 2: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (DSM-5)
<ul style="list-style-type: none"> • Pica. • Trastorno de rumiación. • Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. • Anorexia nerviosa. • Bulimia nerviosa. • Trastorno por atracón.

- Otros trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos especificados (AN atípica, BN de frecuencia baja y/o duración limitada, TA de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos.
- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no especificados.

Fuente: American Psychiatric Association.

4.1.5.1. Anorexia Nerviosa. “Un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene un miedo intenso a ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo y forma” (Baldares, 2013, p.478).

Su etiología aún no se conoce con certeza, según Baldares (2013) son “componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, hormonales, sexuales, de aprendizaje, y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso” (p.478).

Los cuatro criterios según Losada (2015) para determinar una AN son “el miedo intenso a ganar de peso, el rechazo a mantener su peso corporal igual o mayor al valor mínimo normal según su edad y estatura; la presencia de amenorrea, y; una alteración de la percepción de su imagen corporal” (p.382).

Hay varios criterios para diagnosticar una AN. Losada (2015) explica:

“Los criterios considerados son el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, la exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal y presencia de amenorrea en mujeres postpuberales” (p.383).

La Anorexia Nerviosa es uno de los dos principales tipos de TCA, caracterizada por el miedo a ganar peso y rechazo al cuerpo, se tiene indicios de que el origen de la AN se origina debido a componentes genéticos, sociales y emocionales.

4.1.5.2. Bulimia Nerviosa. La BN es uno de TCA más comunes. “Se define como episodios recurrentes de atracones, en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo, junto con alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. (...) En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, pueden tener peso normal, bajo o sobrepeso, por lo que pasa fácilmente desapercibido” (Baldares, 2013, p.479).

Losada (2015) afirma que “es un trastorno severo de la ingesta en la que muchos individuos, aunque mayormente mujeres, presentan episodios de voracidad junto con conductas

compensatorias como la provocación del vómito, el uso de laxantes, ayunos y frecuente actividad física” (p.384).

Los criterios que se recogen son la presencia de atracones recurrentes, es decir ingerir gran cantidad de alimento en un espacio corto de tiempo, sin un control en la ingesta y conductas compensatorias inadecuadas y repetidas: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, etc. que deben ser llevadas a cabo al menos dos veces por semana durante un período de tres meses (Gómez, 2014, p.8).

La Bulimia Nerviosa es la segunda TCA de las dos principales. Caracterizada por una gran ingesta de alimento en periodos cortos de tiempo en el cual el paciente no tiene autocontrol sobre sí mismo, y que posteriormente deriva en comportamiento compensatorio como la provocación de vómito o recurrir al uso de laxantes.

4.1.5.3. Trastorno de Atracones. En 2013 el Trastorno por Atracón se incluyó dentro del DSM-5 en el apartado de “Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos”, siendo reconocido como una categoría independiente. (...) Se define por comer en un periodo de-terminado de tiempo grandes cantidades de comida, mayor a lo que otras personas comerían en un periodo similar y bajo circunstancias parecidas, siendo esto acompañado por sensación de descontrol” (Nagel, 2020, p.109).

Según Baldares (2013), “Aparece en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso y en un % en la población general Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes” (p.480)

Deben presentarse al menos tres de los siguientes criterios asociados a los atracones: ingesta más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho, sin sensación de hambre, comer en soledad a causa de sentimientos de vergüenza; y/o sentimientos negativos sobre sí mismo posteriores a la ingesta (Escandón, 2016, p.1471).

4.1.5.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado. Losada (2019) explica que son “aquellos TCA que no cumplen con los criterios diagnósticos específicos de la AN y BN” (p.385).

“El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002), incluye en su clasificación de los TCA la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y otras alteraciones denominadas Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE)” (Gómez, 2014, p.8).

“Suelen ser cuadros de AN O BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por tanto, en ellos veremos síntomas similares, pero sin configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave” (Baldares, 2013, p.80).

Hay cinco grupos de Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE): trastorno restrictivo, atracones subjetivos, síndrome de descontrol alimentario, bulimias de baja frecuencia sintomática y pacientes que escupen los alimentos (Rovira, 2012).

La categoría TCANE agrupa los trastornos que no cumplen criterios para ser incluidos en alguna de las categorías de TCA específico. Algunos de los ejemplos que pueden darse son los siguientes: en mujeres se cumplen todos los criterios para AN pero las menstruaciones son regulares; se cumplen todos los criterios para AN, pero a pesar de existir una pérdida significativa de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad; se cumplen todos los criterios para BN, con la excepción de que los atracones y conductas compensatorias aparecen menos de dos veces por semana durante un período de tres meses; o trastorno compulsivo, en el que aparecen atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN (Gómez, 2014, p.8).

Los TANE han sido incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, para identificar un Trastorno Alimenticio No Especificado se debe analizar en totalidad al paciente observando si cumple todos los criterios de cualquier TCA como la AN o la BN, y en caso de no cubrir todos estos criterios, puede ser clasificado como un TANE.

4.1.6. Riesgos y Complicaciones de los TCA. Según Baldares (2013): la ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones, pueden ser consideradas factores de riesgo de los TCA (p.481).

“Se considera a los adolescentes como grupo de riesgo por los cambios físicos que experimentan: el establecimiento de nuevas relaciones, las presiones escolares, el desarrollo de la identidad, así como también el logro de una mayor independencia” (Losada, 2019, p.87).

Un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nervosa o bulimia nervosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. Los factores que incrementan la probabilidad de conductas impulsivas parecen tener más influencia en el caso de la bulimia nervosa que en el de la anorexia nerviosa (González, 2013, p.7).

Losada (2019) indica que “Los factores psicológicos que se han asociado con los TCA son: trastorno de la personalidad obsesivo - compulsivo, trastornos afectivos, trastorno de control de impulsos, excesiva rigidez, retraimiento social, historia personal de dificultades alimentarias, trastorno límite e histriónico” (p.88).

4.1.7. Salud mental y su relación con los TA. Nagel (2020) señala que: “Las personas con TCA, como el TA, a comparación de quienes no tienen trastornos de conducta alimentaria, en

general reportan mayor deterioro en su calidad de vida; desde el ámbito físico presentan mayor malestar, dificultad al caminar, un IMC superior al normopeso y un deficiente control de la glucosa en la sangre, lo que podría generar otras enfermedades. En el ámbito mental se presentan más tendencias suicidas, síntomas depresivos y mayores índices de tratamientos en salud mental” (p.111).

“Menos de la mitad de las personas con TA ha recibido tratamiento a lo largo de su vida para el trastorno alimentario, a pesar de que la mayoría alguna vez recibió algún tipo de tratamiento psicológico para problemas emocionales” (Escandón, 2016, p.1471).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos de salud mental caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso, acompañado de distorsión de la percepción de la imagen corporal. Es de origen multifactorial, incluyendo causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. (Cuqueio, 2017, p.37)

4.1.8. Diagnóstico. El diagnóstico es eminentemente clínico y requiere el cumplimiento de los criterios CIE-101 y/o DSM-V2 ya descritos. Pero estos trastornos no suelen ser reconocidos como enfermedades por el paciente, y para su diagnóstico se precisan una entrevista clínica, una exploración física y pruebas complementarias, y también diferentes cuestionarios y pruebas psicométricas para poder valorar la salud mental del paciente. (Buitrago , Tejero , & Pagador, 2019)

Cuadro 3: *Criterios diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria*

CIE-10	DSM-V
Anorexia nerviosa	
A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal (17,5 kg/m ²))	A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, la etapa del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado

<p>B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, por: 1) evitación de consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos</p>	<p>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</p>
<p>C. Distorsión de la imagen corporal (persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales)</p>	<p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual</p>
<p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida del interés y de la potencia sexual</p>	
<p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.</p>	
<p>Bulimia nerviosa</p>	
<p>A. Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia con consumo de grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo</p>	<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón de caracteriza por: 1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo,</p>

	no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno o consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos)	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. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años	C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses
	D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales

Fuente: Trastornos de la conducta alimentaria. Actualización en Medicina en Familia

4.1.9. Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El tratamiento de cualquier TCA, una vez hecho el diagnóstico, va a depender del paciente, su gravedad y tipo de trastorno. Los TCA tienen un curso crónico y generalmente requieren tratamiento a largo plazo. Para prevenir cualquier daño físico permanente, es muy importante su detección temprana. (Baldares, 2013, p. 480).

Según Baldares (2013), los objetivos del tratamiento del TCA son:

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

4.1.10. Eating attitude test 26. El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT – 26) se encuentra categorizado y adaptado a nivel mundial como un instrumento

autoadministrable más usado “para la detección de trastornos alimentarios y exploración de características psicológicas en pacientes” Garner y Garfinkel, (1982) “...ya que posee altos índices de confiabilidad y validez” (Garner, 1982, citado por Jara, 2020).

Un cuestionario estandarizado de 26 ítems utilizado sobre síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación. (Lema & Jara , 2018)

4.2. Depresión

4.2.1. Definición. Pérez-Padilla (2017) señala que la depresión es un trastorno mental caracterizado por pérdida de interés y tristeza profunda, acompañada de síntomas emocionales cognitivos, físicos y de comportamiento.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. (Alegría, 2016, p.56).

El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente. Ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión. El reduccionismo biológico solo sirve para desmentir la dimensión social y subjetiva del problema. (Bogaert, 2012, p.184).

4.2.2. Causas. A pesar de no existir una determinada causa conocida de la depresión, Nance (2010) explica que “parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro” (p.242).

Bogaert (2012) explica:

Desde esta perspectiva psicodinámica, la neurosis depresiva es entendida como un trastorno del estado de ánimo (...) El conflicto inconsciente que causa la depresión neurótica es el narcisismo exacerbado del ideal del yo. La perturbación de los sentimientos vitales es considerada como un efecto de la pérdida del ideal del yo y no como la causa de la depresión (p.185).

“El término “depresión vital” suele utilizarse para designar un tipo de depresión que no se explica por una causa de orden psicológico, y su empleo se justifica recurriendo al argumento del efecto favorable que tienen los fármacos antidepresivos en los pacientes que padecen este tipo de trastorno”. (Bogaert, 2012, p.187).

4.2.3. Etiología. Pérez-Padilla (2017) explica que la etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos. Posteriormente, se reportó un mayor riesgo para las personas de desarrollar el trastorno depresivo por la interacción de la vulnerabilidad genética con el ambiente. Adicionalmente, existe evidencia que relaciona el estrés crónico con el trastorno depresivo, lo que ocasiona un deterioro de las neuronas que les impide hacer las adaptaciones apropiadas para el funcionamiento normal del sistema nervioso central (p.73).

“Presuponen un factor personal, un vínculo entre la resonancia subjetiva del acontecimiento desencadenante y una predisposición psicológica. Más aún, suponiendo que se pueda probar la existencia de un trastorno neurobiológico, eso no necesariamente excluye la intervención de factores psicológicos” (Bogaert, 2012, p.187).

4.2.3.1. Factores individuales. Según Correa-Palacio (2016), “sigue existiendo la tendencia a pensar que el trabajo psicológico es más difícil en personas mayores y esto quizá dependa más de otros factores individuales, como los rasgos de personalidad, o de circunstancias sociales específicas que de la edad en sí” (p.51).

4.2.3.2. Factores sociales. Son varios los factores sociales relacionados a la depresión. Torres (2015) explica que:

En este proceso o etapa involutiva el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión. La situación problemática viene dada por el hecho de que en otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que los factores psicosociales que más inciden en la depresión del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez, sin embargo, estas investigaciones por lo general se limitan a abordar el tratamiento psicológico de la depresión en la vejez, sin valorar la calidad de supervivencia con posterioridad a ser tratados (p.67)

4.2.4. Factores de riesgo. “En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal” (Calderón, 2018, p.184).

Calderón distingue cuatro tipos de factores de riesgo:

4.2.4.1. Demográficos. “La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. Un estudio en Arabia, encontró relación entre depresión y desempleo, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de instrucción” (Calderón, 2018, p.184).

4.2.4.2. Biológicos.

4.2.4.2.1. Enfermedad orgánica. Han sido varias las enfermedades relacionadas con la depresión. Calderón (2018) nos dice que:

Se ha demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión, en muchos casos la depresión se presenta antes que el trastorno cardiovascular. Se han encontrado patrones de morbilidad más frecuentes en adultos mayores, por ejemplo, enfermedades cardiometabólicas y depresión, ansiedad y depresión, y dolor-desórdenes neuropsiquiátricos y depresión. Diabetes y cardiopatías han sido relacionadas con la depresión (p.184).

4.2.4.2.2. Deterioro funcional. La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad.

Un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la marcha. En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción. La fragilidad en adultos mayores se entiende como pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de adultos mayores (Calderón, 2018, p.185).

4.2.4.2.3. Deterioro cognitivo. Una vasta evidencia científica avala la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo. Según King (2017), “el deterioro cognitivo es considerado un importante problema de salud a nivel mundial y el cual se ha convertido en una de las principales demandas de atención médica en los adultos mayores” (p.3).

Calderón (2018), explica que:

La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer, además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor, puede preceder a la demencia.

Algunos estudios han reportado que la demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; sin embargo, la evidencia no es clara (p.185).

4.2.4.2.4. Insomnio. El insomnio está relacionado con la depresión, y puede ser tanto una causa como un efecto.

El estudio multicéntrico IMPACT, en 1 801 adultos mayores, encontró que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. El insomnio durante un año aumenta la prevalencia de depresión al siguiente año, recomendando incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión (Calderón, 2018, p.185).

4.2.4.3. Sociales. Calderón (2018), explica que el aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica. La depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida (p.185).

4.2.4.4. Económicos. Claramente la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, sin importar edad o sexo, las personas de bajos ingresos económicos tienen a estar más tristes o caer en depresión. Según Calderón (2018), “las crisis financieras en los países influyen directamente sobre la situación económica de sus habitantes, el en efecto, la crisis aumentó la depresión, el aislamiento social, tabaquismo, y afectó la calidad de dieta y disminuyó la actividad física” (p.186).

4.2.5. Sintomatología. Según la National Institute of Mental Health entre los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”.
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
- Sentimientos de irritabilidad, frustración o intranquilidad.
- Sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia.
- Pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos.
- Fatiga, disminución de energía o sensación de que está más lento.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Dificultad para dormir, despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado.
- Cambios en el apetito o en el peso sin haberlos planificado.
- Dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física.

- Aparente, o que no se alivian ni con tratamiento.
- Intentos de suicidio o pensamientos sobre la muerte o el suicidio. (NIMH 2021)

4.2.6. Diagnóstico. Los criterios de diagnóstico para la depresión mayor del manual DMS-V, así como de la CIE-10, suelen concordar en diversos puntos, los cuales se muestran en el Cuadro. (Pérez 2017)

Cuadro 4: Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV-TR
<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo).
E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4.2.7. Tratamiento. Las opciones de tratamiento incluyen la psicoterapia, los psicofármacos, la terapia electroconvulsiva, y la terapia magnética transcraneal y profunda. El tratamiento farmacológico disponible en la actualidad únicamente alcanza tasas de respuesta y remisión sintomática modestas. Los antidepresivos actuales, a pesar de sus distintos mecanismos de acción, tienen como común denominador la regulación de sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina), y comparten similar eficacia. (Pérez, 2017, p.7).

Según Pérez (2017), “el objetivo principal del tratamiento antidepresivo, cualquiera que sea su modalidad, es lograr la remisión total de los síntomas y permitir la recuperación de la funcionalidad de los pacientes. Los tratamientos antidepresivos actuales tienen una eficacia comprobada pero limitada” (p.8).

Nance (2010) rescata que ciertos medicamentos y condiciones médicas pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de la historia clínica, un examen físico y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar una condición médica como la causa que ocasiona la depresión, el próximo paso es acudir a una evaluación realizada por un profesional en salud mental (p.244).

4.2.7.1. Tratamiento Farmacológico. Pérez (2017) explica que:

“Este tratamiento se reserva para episodios moderados a severos. El incremento de la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos, así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes. Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores (p.9).

“Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo” (Nance, 2010, p.244).

A demás de esto, Nance (2010), explica que:

Con cualquier clase de antidepresivo, las personas deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Se debe continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por el médico, aun si se siente una mejoría, para así evitar una recaída en la depresión. Algunas personas, como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido (p.245).

4.2.7.2. Psicoterapia. “Varios tipos de psicoterapia o pueden ayudar en la depresión. Puede ser completada en un plazo corto o largo, según las necesidades o preferencias del paciente. La psicoterapia suele ser una buena opción para tratar depresiones leves y moderadas” (Nance. 2010, p.245).

“En general, la terapia de grupo ofrece interacciones entre pares que pueden mejorar el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Provee apoyo y retroalimentación de personas que están lidiando con síntomas similares específicos de la edad, como pérdidas en las relaciones sociales, duelo, soledad, adaptación a enfermedades físicas o mentales, aumento de la dependencia y afrontamiento de la idea de la muerte de manera más próxima” (Correa-Palacio, 2016, p.52).

4.2.8. Escala de Zung. Este modelo de Escala de Autovaloración de la depresión de William Zung y Zung, también conocido como Escala de depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basadas en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de ansiedad como un signo significativo en relación a trastornos emocionales. Está compuesto por una Escala de tipo cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la ansiedad. En conjunto estas 20 frases abarcan síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas de la siguiente manera: Así mismo es posible observar que el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Nunca o Raras veces", "Algunas veces", "Buen número de veces" y "La mayoría de las veces". De la misma forma que la aplicación anterior puede ser individual o colectiva. (Nina 2019)

La escala de depresión de Zung es una encuesta corta para valorar qué tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. (Garcia, 2019)

El rango de calificación es de 20-80.

- Ausencia de depresión: >28
- Depresión leve: 28-41
- Depresión moderada: 42-53
- Depresión grave: >53

5. Metodología

La presente investigación se realizó en el Instituto Tecnológico Superior Sudamericano de la ciudad de Loja ubicado en la calle Miguel Riofrío 14-55 entre Sucre y Bolívar.

5.1. Enfoque

Cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño

Corte transversal prospectivo y alcance correlacional.

5.3. Unidad de estudio

Estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

5.4. Universo y Muestra

Universo: Todos los estudiantes matriculados en el Instituto Tecnológico Superior Sudamericano en el periodo académico abril – septiembre 2021 que se correspondieron a 1018 estudiantes.

Muestra: 151 estudiantes matriculados para el periodo académico abril – septiembre 2021 en el Instituto Tecnológico Superior Sudamericano que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza, (1,96)

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada (15%)

Q = probabilidad de fracaso (85%)

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción 0.03)

$$252 = \frac{1013 \times 1.96^2 \times 0.15 \times 0.85}{0.03^2 \times (1200 - 1) + 1.96^2 \times 0.15 \times 0.85}$$

5.5. Criterios de inclusión

- Estudiantes legalmente matriculados del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano y que firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes de ambos sexos.

5.6. Criterios de exclusión

- Estudiantes del sexo femenino que estuvieron embarazadas.
- Estudiantes menores de 18 años.

- Estudiantes diagnosticados previamente con un trastorno de conducta alimentaria o depresión

5.7. Técnica

El presente trabajo de investigación se realizó aplicando los instrumentos de recolección (Consentimiento informado, Eating Attitude Test 26 y Escala de Zung).

5.8. Instrumentos de recolección

5.8.1. Consentimiento informado. Inicialmente mediante entrevista personal se le informó a la persona la finalidad del proyecto a través del consentimiento informado. Se incluyeron sólo los módulos de interés para el tema de investigación, es decir, introducción, propósito, tipo de intervención de investigación, selección del participante, participación voluntaria, información sobre la encuesta, procedimientos y protocolos, descripción del proceso, duración, beneficios, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quién contactar; y se obtuvo su permiso o no de participar. (Anexo 5)

5.8.2. Eating Attitude Test (EAT-26). El EAT-26 modificado y abreviado es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con un adecuado valor de especificidad, apropiado para el cribado de posible TCA (Trastorno de conducta alimentaria) en población de riesgo y útil en atención primaria para su detección temprana. Un cuestionario estandarizado de 26 ítems utilizado sobre síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación. (Anexo 5)

5.8.3. Test de Zung. La escala de depresión de Zung es una encuesta corta para valorar qué tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. (Anexo 5)

El rango de calificación es de 20-80.

- Ausencia de depresión: >28
- Depresión leve: 28-41
- Depresión moderada: 42-53
- Depresión grave: >53

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de tesis, y la autorización para la recolección de los datos por parte del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo de manera presencial con el respectivo equipo de protección personal ante la pandemia covid-19, solicitando el consentimiento informado y el llenado de los cuestionarios EAT 26 y la Escala de Zung a los 252 estudiantes legalmente matriculados en el periodo abril – septiembre 2021 que resultó de la fórmula para obtener una muestra estadística de los cuales 151 estudiantes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión

Una vez obtenidos los datos se procedió a la descripción de resultados y a la elaboración de conclusiones y recomendaciones correspondientes.

5.10. Equipos y Materiales

Recursos humanos:

- Tesista
- Director de tesis
- Autoridades de la Universidad Nacional de Loja
- Autoridades y estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano

Recursos materiales:

- Hojas de recolección de datos (consentimiento informado, cuestionarios).
- Computadora e impresora.
- Internet.
- Lápices y esferográficos.
- Transporte.
- Equipo de protección personal ante la pandemia covid-19

5.11. Análisis Estadístico

Se ingresó la información recolectada por los instrumentos en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se realizó la respectiva agrupación por variables obteniendo las tablas de resultados y se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por objetivo específico planteado, posteriormente se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a las mismas.

6. Resultados

6.1. Resultado del primer objetivo

Determinar la presencia de riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria según sexo y grupos de edad en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano.

Tabla 1: Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021.

Riesgo de presentar TCA	Sexo												Total	
	Masculino						Femenino							
	18 – 22		23 – 27		>28		18 – 22		23 - 27		>28		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Presente	9	5,96	5	3,31	3	1,99	4	2,65	4	2,65	2	1,32	27	17,88
No presente	55	36,42	26	17,22	14	9,27	18	11,92	7	4,64	4	2,65	124	82,12
Total	64	42,38	31	20,53	17	15,48	22	12,26	11	13,55	6	1,29	151	100

Fuente: Cuestionario. (Eating Attitudes Test 26(EAT-26))

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: De los 151 estudiantes se evidenció que el 82,12% (n=124) no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria, destacando el 36,42% (n=55) hombres de 18 a 22 años de edad y el 11,92% (n=18) mujeres de 18 a 22 años de edad. Mientras que el riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria es de 17,88% (n=27) de los cuales 5,96% (n=9) varones en edades de 18 a 22 años y 2,65% (n=4) mujeres de 18 a 22 y de 23 a 27 años de edad.

Tabla 2: Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes masculinos del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021

Riesgo de presentar TCA	Sexo Masculino						Total	
	18 – 22		23 – 27		>28		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Presente	9	8,04	5	4,46	3	2,68	17	15,18
No presente	55	49,11	26	23,21	14	12,5	95	84,82
Total	64	57,14	31	27,68	17	15,18	112	100

Fuente: Cuestionario. (Eating Attitudes Test 26(EAT-26))

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: De los 112 estudiantes se evidenció que el 84,82% (n=95) no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria destacando el,49,11% (n=55) de 18 a 22 años de edad. Mientras que el riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria es de 15,18% (n=17) de los cuales 8,04% (n=9) de 18 a 22 años de edad.

Tabla 3: Riesgo de trastorno de conducta alimentaria de las estudiantes femeninas del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo electivo abril 2021 - septiembre 2021

Riesgo de presentar TCA	18 – 22		23 – 27		Sexo Femenino >28		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Presente	4	10,26	4	10,26	2	5,13	10	25,64
No presente	18	46,15	7	17,95	4	10,26	29	74,36
Total	22	56,41	11	28,21	6	15,38	39	100

Fuente: Cuestionario. (Eating Attitudes Test 26(EAT-26))

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: De las 39 estudiantes se pudo evidenciar que el 74,36% (n=29) no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria, destacando el 46,15% (n=15) de 18 a 22 años de edad. Mientras que el riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria es de 10,26% (n=4) de 18 a 22 y de 23 a 27 años de edad.

6.2.Resultado del segundo objetivo

Identificar el grado de depresión según sexo y grupos de edad en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano

Tabla 3: Grado de depresión de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.

Grado de Depresión	Sexo												Total	
	Masculino						Femenino							
	18 – 22		23 – 27		>28		18 – 22		23 - 27		>28		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia	15	9,93	8	5,93	6	3,97	2	1,32	0	0	2	1,32	33	21,85
Leve	29	19,21	13	8,61	9	5,96	10	6,62	4	2,65	2	1,32	67	44,37
Moderada	11	7,28	8	5,3	0	1,29	5	3,31	6	3,97	2	1,32	32	21,19
Severa	9	5,96	2	1,32	2	1,32	5	3,31	1	0,66	0	0	19	12,58
Total	64	42,38	31	19,3	17	17,4	22	12,2	11	13,6	6	1,29	151	100

Fuente: Cuestionario (Escala de depresión de Zung)

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: Se aplicó la escala de depresión de Zung a los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano se encontró que 44,37% (n=67) presenta depresión leve, prevaleciendo el 19,21% (n=29) en la población masculina de 18 a 22 años edad y 6,62% (n=10) la población femenina en edades de 18 a 22 años. Un segundo aspecto a destacar son las personas que presentan depresión moderada 21,19% (n=32) de los cuales 7,28% (n=11) varones de 18 a 22 años y 3,97% (n=6) mujeres de 23 a 27 años. Finalmente, el 12,58% (n=19) mostraron depresión severa, predominando el grupo etario de 18 a 22 años con 5,96% (n=9) de ambos sexos.

Tabla 5: Grado de depresión de los estudiantes masculinos del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.

Grado de Depresión	Sexo Masculino						Total	
	18 – 22		23 – 27		>28		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia	15	13,39	8	7,14	6	5,36	29	25,89
Leve	29	25,89	13	11,61	9	8,04	51	45,54
Moderada	11	9,82	8	7,14	0	0	19	19,96
Severa	9	8,04	2	1,79	2	1,79	13	11,61
Total	64	57,14	31	27,68	17	15,18	112	100

Fuente: Cuestionario (Escala de depresión de Zung)

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: Se encontró en los estudiantes masculinos del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano se encontró que el 45,54% (n=51) presenta depresión leve, prevaleciendo el 25,89% (n=29) en la población de 18 a 22 años edad. Un segundo aspecto a destacar son las personas que presentan depresión moderada 19,96% (n=19) de los cuales 9,82% (n=11) de 18 a 22 años de edad. Finalmente, el 11,61% (n=13) mostraron depresión severa, predominando el grupo etario de 18 a 22 años con 8,04% (n=9).

Tabla 6: Grado de depresión de las estudiantes femeninas del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano electivo abril 2021 - septiembre 2021.

Grado de Depresión	18 – 22		23 – 27		Sexo Femenino >28		Total	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	2	5,13	0	0	2	5,13	4	10,26
Leve	10	25,64	4	10,26	2	5,13	16	41,03
Moderada	5	12,82	6	15,38	2	5,13	13	33,33
Severa	5	12,82	1	2,56	0	0	6	15,38
Total	22	56,41	11	28,21	6	15,38	39	100

Fuente: Cuestionario (Escala de depresión de Zung)

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

Análisis e interpretación: Se aplicó la escala de depresión de Zung a los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano y se encontró que 41,03% (n=16) presenta depresión leve, prevaleciendo el 25,64% (n=10) en la población de 18 a 22 años edad. Como segundo aspecto a destacar son las personas que presentan depresión moderada 15,38% (n=6) de los cuales pertenece al grupo de edad de 23 a 27 años. Finalmente, el 15,38% (n=6) mostraron depresión severa, predominando el grupo etario de 18 a 22 años con 12,82,% (n=5).

6.3. Resultado del tercer objetivo

Tercer Objetivo: Relacionar la presencia de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.

Tabla 7: Relación de la presencia de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.

Niveles de depresión	TCA				Total	
	Presente		No presente		f	%
	f	%	f	%		
Ausencia	3	1,9	30	19,8	33	21,8
Leve	19	12,5	48	31,7	67	44,3
Moderada	3	1,9	29	19,2	32	21,2
Severa	2	1,3	17	11,2	19	12,6
Total	27	17,8	124	82,1	151	100

Fuente: Cuestionario (Eating attitude test (EAT 26) y escala de Zung)

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: Se encontró que el 44,3% (n=67) tiene depresión leve, el 12,5% (n=19) presentando un riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el 31,7% (n=48) sin riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Así mismo se determinó que 21,8% (n=33) tienen ausencia de depresión según lo cual 19,8% (n=30) no presentan riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Finalmente 21,2% (n=32) presentó depresión severa en la cual 19,2% (n=32) no presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

Tabla 8: Relación mediante la hipótesis de χ^2 de la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el grado de depresión en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,199 ^a	3	,241
Razón de verosimilitudes	4,379	3	,223
N de casos válidos	151		

Fuente: Cuestionario (Eating attitude test (EAT 26) y escala de Zung)

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: Al realizar la prueba de hipótesis de χ^2 la cual nos ayudó a determinar si existe una diferencia significativa entre los resultados esperados y los observados .donde χ^2 calculado = 4.199 es menor a χ^2 crítico = 7,815, con un valor de $p > 0,05$ se acepta la hipótesis nula, las variaciones de la variable A no determinan las variaciones de la variable B, se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables son independientes.

7. Discusión

Al evaluar el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria (TCA) en la población estudiada se encontró que 17.88% presenta el riesgo de padecer TCA y 82,12 % no presentaron datos similares al estudio de Brito (2021) en estudiantes de las carreras de Danza y Teatro de la Facultad de Artes y, de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca con una población comprendida entre los 17 y 29 años de edad, la mayoría de los participantes, es decir el 74,1 % no presentaron conductas de riesgo frente al 25,9 % que si las presentaron. Al contrario, según Quizhpi y Bueno (2017) de la facultad de Artes, Ciencias de la Hospitalidad y Ciencias Agropecuarias de la Universidad de Cuenca de los cuales, el 52,2% fueron mujeres y el 47,8% hombres, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años el 3,7 % de la muestra presentan síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria, un porcentaje mínimo comparado con los dos estudios presentados previamente, pero con el mismo grupo etario.

Según Torres (2018) afirma que entre estudiantes universitarios se han reportado altas cifras de prevalencia de TCA: 10,0 % en una Universidad en el Sur de Santa Catarina de Brasil, 5,8 % en la Universidad Nacional Autónoma de México, 16,0% en el Instituto de Ciencias Médicas de Adichunchanagiri (India) y por ultimo según el mismo autor de este estudio que fue realizado en estudiantes en la Escuela Profesional de Medicina Humana de una Universidad de Lima con una población comprendida entre los 16 y 22 años de edad se encontraron que el 48,6 % tenía diagnóstico probable de TCA, siendo así el riesgo de presentar TCA similar al presente estudio.

En la presente investigación, la mayoría de estudiantes, 44.37% presentaron depresión leve, al contrario 21.19% depresión moderada y 12,58% depresión severa. En comparación según Alpi (2020) los estudiantes matriculados en una universidad de la costa atlántica colombiana 18,2 % presentaron síntomas de depresión leve, 12,7% depresión moderada y 1,3% depresión severa. Por lo que se puede deducir que en el presente existe mayor prevalencia de depresión leve. En otro estudio se realizó un muestreo, donde se obtuvo una muestra total de 1264 estudiantes de 11 universidades donde dio como resultado 55% depresión baja, 36,2% depresión media y 8,8% depresión alta. (Carlessi etc,al 2021). Según Belén (2021) los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja en cuanto al grado de depresión se observaron que el 21% de los estudiantes presentaron un grado de depresión moderado, el 15,7% con depresión leve y el 10% de los estudiantes presento depresión grave. Concluyéndose según estos resultados que se presenta similar a nuestro estudio dándonos como idea que, al ingresar a una carrera, los alumnos son sometidos a un cambio entre el colegio y la universidad,

lo que crea un ambiente que puede generar depresión en los primeros años, pero se muestra un índice más alto en segundo y tercer año, que disminuye cuanto más se avance a los ciclos superiores. Tal vez, esto se deba a que en los primeros años la carga académica es elevada, y el temor a desaprobación, o haber desaprobado cursos, genera en los estudiantes diversos factores que llevan a la depresión. En grados superiores los estudiantes ya están adaptados y el riesgo de desaprobación es bajo, lo que se correlaciona con estudios anteriores.

Tomando en cuenta las variables anteriormente expuestas, al realizar la prueba de hipótesis de χ^2 se estableció que en la presente investigación no existe una relación estadísticamente significativa ($p < 5$) entre el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria y depresión donde predominó con 26.5% entre el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria y 12,58% depresión leve.

8. Conclusiones

Una vez presentados los resultados se evidencio que:

La población predominante con riesgo de padecer TCA en el estudio fueron los varones en un rango de edad de 18 a 22 años edad, demostrando que la incidencia máxima se da entre los 15-25 años, pero al contrario de la literatura en la cual afirma que las mujeres son en la que prevalece. Cabe recalcar que en el presente estudio prepondera la población masculina.

Prevaleció el nivel de depresión leve especialmente en varones de 18 a 22 años de edad seguido de depresión moderada en el mismo grupo etario la cual puede deberse debido a (origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales), corroborando que el ambiente académico es un factor determinante.

No existe relación estadísticamente significativa entre el de riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria y depresión. Se debe tener en cuenta que la población estudiada no manifiesta elevado riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria, pero bien pudieran indicar que estamos ante una muestra de estudiantes exentos de problemática y tensiones, pero no los excluye de presentar un grado de depresión.

9. Recomendaciones

A las autoridades del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano, realizar una investigación clínica periódica proporcionada por el seguro médico que brinda la institución, adicionalmente implementar charlas dirigidas a las estudiantes orientadas a educar y fomentar una alimentación saludable que induzcan a prevenir trastornos de conducta alimentaria.

A las autoridades del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano conjuntamente con el departamento de Bienestar Estudiantil realizar las gestiones correspondientes para capacitar a los docentes sobre los signos y síntomas de alarma que se presentan en los estudiantes con depresión permitiéndoles estar alerta sobre el comportamiento de sus alumnos fomentando un buen ambiente de aprendizaje y confianza para así no aumentar la prevalencia de la misma.

Se recomienda a los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano la práctica de actividad física que idealmente involucre socialización tendiente a favorecer la construcción de una autoestima adecuada.

10. Bibliografía

- Alegría, A. F. B., Sánchez, E. F. G., & Esteban, R. F. C. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 6(2), 53-68. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467647511004.pdf>
- Ayuzo-del Valle, N. C., & Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de pediatría*, 80 - 86. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&nrm=iso
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Bogaert García, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y sociedad*. Obtenido de: <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/1390/CISO20123702-183-197.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Buitrago , F., Tejero , M., & Pagador, Á. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Actualización en Medicina en Familia*, 4 - 14. Obtenido de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2364
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. Obtenido de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>

- Citrome, L. (2021). Eating Disorders Update 2021: What We Know, What We Don't Know.,. *Clinical Therapeutics*. Obtenido de: [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(20\)30553-1/fulltext](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(20)30553-1/fulltext)
- Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Revista de Psicogeriatría*, 6(2), 51-59. Obtenido de: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf
- Cuquejo, L. M. O., Aguiar, C., Domínguez, G. C. S., & Hermosilla, A. T. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?. *Pediatría (Asunción)*, 44(1), 37-42. <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/151/146>
- Escandón-Nagel, N. (2016). Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1470-1476. Obtenido de: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n6/revision6.pdf>
- Forman SF. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. (2018) Obtenido de <http://www.uptodate.com>
- Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 784 - 793. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020005001109&script=sci_arttext
- García, L. A. (2019). Depresión y su relación con factores determinantes de la salud. Población de 40 años y más años. Comunidad Chuichun. Cantón El Tambo. Enero - diciembre 2018. Obtenido de [dspace.uazuay: http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8718/1/14377.pdf](http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8718/1/14377.pdf)

- Gómez, M. T., Bustamante, R., & Jódar, R. D. A. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(1), 7-16. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694794>
- González Macías, L., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2013). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam033a.pdf>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 24 - 29. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31943622/>
- Jara B. (2020) “Propiedades Psicometricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo” Obtenido de: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6419>
- King, M. V., Cáceres, J. A. G., & Abdulkadir, M. S. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-15. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi174a.pdf>
- Lema, A. M., & Jara, A. L. (2018). FACTORES ASOCIADOS A DESORDENES ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “SANTA MARÍA DE LA. Obtenido de dspace.ucuenca: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29638/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Lin, J., Grace, J., Vitagliano, Julia. (2021) The Association of Malnutrition, illness duration, and pre-morbid weight status with anxiety and depression symptoms in adolescents and

- young adults with restrictive eating disorders: a crosssectional study. *Journal of eating disorder* Obtenido de: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40337-021-00415-7.pdf>
- Loor, J., & Patiño, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca 2016 [Título de Licenciada en Enfermería]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. [internet].[Consultado 2018 Julio 10]. Obtenida de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27181/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Losada, A. V., & Lupis, B. L. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), 26-43. Obtenido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n30/a03n30.pdf>
- Losada, A. V., & Rodríguez Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(1), 77-102. Obtenido de: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/34.pdf>
- Losada, A. V., Leonardelli, E., & Magliola, M. (2015). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi151s.pdf>
- Nagel, N. E., & GARRIDO-RUBILAR, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4). Obtenido de: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77/76>

Nance, D. C. (2010). Depresión en el adulto mayor. *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinar*, México, Instituto de Geriátrica, 239-248. Obtenido de: <https://n9.cl/slacio>

National Institute of Mental Health. (2021). Depresión. Obtenido de: <https://www.nimh.nih.gov/about/>

Nina E. (2019) “Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio 2019 del 2019” Obtenido de: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3838>

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16. Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>

Rovira, B., Chandler, E., Remo, M., & Álvarez, M. (2012). Sobre 500 casos de trastornos en la conducta alimentaria. Obtenido de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/6047/1/sobre-500-casos-trastornos.pdf>

Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>

Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*. Obtenido de:
<https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-020-00295-3>

Tripathi, S. (2020). Depression in Elderly Life: Psychological and Psychosocial. *International Journal of Depression and Anxiety*. Obtenido de:
<https://clinmedjournals.org/articles/ijda/international-journal-of-depression-and-anxiety-ijda-3-020.php?jid=ijda>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación y pertinencia del proyecto

	UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA	CARRERA DE MEDICINA HUMANA
---	---	---------------------------------------

MEMORÁNDUM Nro.0478 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Faryd Anthony Alexander Rada Torrez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Julio de 2021

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación de fecha 01 de julio de 2021, suscrito por el Dr. Byron Garcés, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

 **TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 2. Asignación de Director de Tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0479 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Byron Garcés
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Julio de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como Director de tesis del tema: "**Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano**", autoría del Sr. **Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 3. Permiso de la Institución a efectuarse el estudio



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0501 DCM-FSH-UNL

PARA: Ing. Ana Marcela Cordero Clavijo Mg
RECTORA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR
SUDAMERICANO DE LOJA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de Julio de 2021

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL
PROYECTO 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 al **Sr. Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para encuestar a través del correo a los estudiantes del Instituto; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano**"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Byron Garcés**, Catedrático de nuestra Institución.

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

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

Contacto del Sr. Faryd Rada:
Celular: 0986036471, correo: faryd.rada@unl.edu.ec
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT



*Requiere ser convalidado
Recibido 09/07/2021*

0501- Solicitar permiso- Sr Faryd Rada

Rectorado ITSS <rektorado@tecnologicosudamericano.edu.ec>

9 de julio de 2021, 11:23

Para: Dirección Carrera Medicina Humana-UNL <direccion.cmh@unl.edu.ec>, Talento Humano <talento.humano@tecnologicosudamericano.edu.ec>

Cc: faryd anthony alexander rada torrez <faryd.rada@unl.edu.ec>

Estimada

Dra. Tania Cabrera

Sea la presente portadora de mi cordial saludo, ante su correo:

1. Asumí que previo debía haber un oficio de parte de UNL en el cual soliciten la ejecución de la investigación en el Instituto Sudamericano del tema que me cita; esto con el compromiso de que se entregue conclusiones y recomendaciones en forma de socialización. En cambio, se nos solicita directamente aplicación de encuestas.
2. No se indica la muestra a aplicarse pero, lo que autorizamos es la aplicación de encuestas a los estudiantes de: Gastronomía, Enfermería, Mecánica Automotriz y Diseño Gráfico mismos que suman un aproximado de 300 estudiantes.
3. La encuesta debe ser física puesto que estamos ya, con la autorización del CES y COE Nacional, dictando clases presenciales en lo que respecta a talleres y laboratorios.
4. El estudiante Sr. Faryd Rada debe acercarse al ISTS para coordinar con el Departamento de Talento Humano ISTS la actividad (lunes 12-07-2021 entre las 11h30 a 12h30).

Particular que se hace de su conocimiento para los fines pertinentes.

[El texto citado está oculto]

--

Ing. Ana Marcela Cordero Clavijo, Mgs.
RECTORA ITSS

Antes de imprimir este mensaje, por favor, compruebe que es necesario hacerlo. Una tonelada de papel implica la tala de 15 árboles y el consumo de 250.000 litros de agua.

¡El medio ambiente es cuestión de todos!



A. Brizido

[Signature]
julio 14/07/2021

Anexo 4. Certificación de Inglés

Loja, 15 de agosto de 2023.

Scarlet Anahí Peñaranda Mendoza

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado del trabajo de titulación denominado "Trastorno de Conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano" de autoría del Sr. Faryd Anthony Alexander Rada Torrez portador de la cédula de ciudadanía número 1755329669, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, mismo que se encuentra bajo la dirección de Md. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente



Lic. Scarlet Peñaranda Mendoza

Registro N° 1031-2021-2383870

Telefono: 0999211420

Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina

Consentimiento informado según la OMS

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a estudiantes de enfermería mayores de 18 años residentes de la ciudad de Loja a quienes se les invita a participar del proyecto investigativo denominado **“TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR SUDAMERICANO”**.

Investigador: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez

Director de Tesis: Byron Garcés.

Introducción

Yo, Faryd Anthony Alexander Rada Torrez estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca determinar el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria y grado de depresión en los estudiantes de del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano mediante el llenado de una encuesta estructurada. A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Si tiene alguna pregunta no dude en preguntarme.

Propósito

Al conocer el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria y grado depresión se prestará mayor atención a la población que padezca dicha patología; así también se establecerá los factores de riesgo que predisponen su desarrollo y con ello se emprenderán medidas

preventivas que disminuirán los costos sanitarios a futuro, permitiendo a los pacientes la adaptación de conductas que mejoren su estilo de vida.

Tipo de intervención de Investigación

Este estudio comprende la aplicación de una encuesta estructurada que contiene la determinación de riesgo de trastorno de conducta alimentaria y grado de depresión.

Selección de Participantes

Estamos invitando a todos los estudiantes mayores de 18 años del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio aun cuando haya aceptado antes.

Información sobre la encuesta

Es una encuesta estructurada que consta de algunas preguntas, en la cual se le consultará sobre su edad, género, seguido del Eating Attitude Test (EAT-26). y de la Escala de Zung.

Descripción del Proceso

El proceso de encuestado se llevará a cabo de manera digital, para ello se hará la debida solicitud a la dirección de carrera con el fin de que obtener los correos de todos los estudiantes, seguido a ello se hará un envío masivo de un email solicitando su colaboración con la encuesta con su respectivo consentimiento informado.

Duración

El estudio tiene una duración aproximada de 6 meses, la aplicación de la encuesta requiere como máximo 15 minutos de su tiempo.

Beneficios

Si usted acepta participar en este estudio, obtendrá los siguientes beneficios: podrá conocer su sí padece de un riesgo de trastorno alimenticio o que grado de depresión presenta.

Confidencialidad

Con este estudio se realizará una investigación general en todos los estudiantes seleccionados pertenecientes al Instituto Tecnológico Superior Sudamericano que hayan aceptado participar. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance de otras personas y solo estará disponible para el investigador.

Compartiendo los resultados

La información que se obtenga al finalizar es estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, en la cual se publicarán los resultados a través de datos numéricos. También se competirá los resultados a las máximas autoridades del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación absoluta de participar en este estudio si no desea hacerlo. A quién contactar Si tiene cualquier pregunta puede hacerla en este momento o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico faryd.rada@unl.edu.ec o al número telefónico 0986036471

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Cédula del Participante _____

Edad del Participante _____

Firma de Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

CONSENTIMIENTO INFORMADO Yo,
estoy de acuerdo en participar en la tesis: “TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA
Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR
SUDAMERICANO” de la autoría de la Sr. Faryd Anthony Alexander Rada Torrez, estudiante
de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Se me ha explicado el propósito
de la encuesta y de las medidas antropométricas para determinar la presencia de un trastorno
alimentario o depresión. Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo
este consentimiento informado del estudiante que me brindo la información.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina

Eating Attitude Test (EAT-26)

Elaborada por DM Garner y PE Garfienkel en el año de 1979. La versión original tiene adecuado índice de correlación ($r=0,89$), similar capacidad predictiva positiva y negativa, sensibilidad y especificidad e igual la confiabilidad que llega a ser de un 84%.

Un cuestionario estandarizado de 26 ítems utilizado sobre síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3).

- >20: Riesgo alto
- <20: Riesgo bajo

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procura no comer, aunque no tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						

Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de régimen						
Siento que los alimentos controlan mi vida						

Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo/a después de comer dulces						
Me comprometo a hacer régimen						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina

Test de Zung

Diseñada por Zung en 1971 con el objetivo de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con depresión. Sensibilidad: 85% , especificidad: 75%.

Es una encuesta corta para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

El rango de calificación es de 20-80.

- Ausencia de depresión: >28
- Depresión leve: 28-41
- Depresión moderada: 42-53
- Depresión grave: >53

Conteste las 20 preguntas, marcando solo uno de los casilleros correspondientes a la columna 1, 2, 3,4, según el siguiente criterio:

1. Muy Poco Tiempo/Muy pocas veces/Raramente.
2. Algún tiempo/Algunas Veces/De vez en cuando.
3. Gran parte del tiempo/Muchas Veces/Frecuentemente.
4. Casi siempre/siempre/casi todo el tiempo.

	1	2	3	4
Me siento triste o deprimida				
Por las mañanas me siento peor que por las tardes				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.				
Ahora tengo menos apetito que antes.				
Me siento menos atraída por el sexo opuesto.				
Creo que estoy adelgazando.				
Estoy estreñida (constipada).				
Tengo palpitaciones				
Me canso de cualquier cosa.				
Mi cabeza no esta tan despejada como antes				
No hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento agitada e intranquila y no puedo estar quieta.				
No tengo esperanza ni confianza en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente				
Encuentro difícil la toma de decisiones				
No me creo útil y necesario para la gente.				
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.				
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 6. Base de Datos

BASE DE DATOS				
EATING ATTITUDE TEST 26 (EAT 26)				
Código	Sexo	Edad	Puntaje Total	Resultado
1	F	18	27	Riesgo de presentar
2	F	18	5	No hay riesgo de presentar
3	F	18	10	No hay riesgo de presentar
4	M	18	6	No hay riesgo de presentar
5	M	18	42	Riesgo de presentar
6	M	18	5	No hay riesgo de presentar
7	M	18	14	No hay riesgo de presentar
8	F	19	5	No hay riesgo de presentar
9	M	19	26	Riesgo de presentar
10	M	19	6	No hay riesgo de presentar
11	M	19	23	Riesgo de presentar
12	M	19	4	No hay riesgo de presentar
13	M	19	14	No hay riesgo de presentar
14	M	19	24	Riesgo de presentar
15	M	19	17	No hay riesgo de presentar
16	M	19	4	No hay riesgo de presentar
17	M	19	9	No hay riesgo de presentar
18	M	19	8	No hay riesgo de presentar
19	M	19	6	No hay riesgo de presentar
20	M	19	9	No hay riesgo de presentar
21	M	19	18	No hay riesgo de presentar
22	F	20	4	No hay riesgo de presentar
23	F	20	17	No hay riesgo de presentar
24	F	20	9	No hay riesgo de presentar
25	F	20	23	Riesgo de presentar
26	F	20	7	No hay riesgo de presentar
27	F	20	12	No hay riesgo de presentar
28	F	20	23	Riesgo de presentar
29	F	20	15	No hay riesgo de presentar
30	M	20	42	Riesgo de presentar
31	M	20	5	No hay riesgo de presentar
32	M	20	7	No hay riesgo de presentar
33	M	20	3	No hay riesgo de presentar
34	M	20	10	No hay riesgo de presentar
35	M	20	3	No hay riesgo de presentar
36	M	20	7	No hay riesgo de presentar

37	M	20	3	No hay riesgo de presentar
38	M	20	9	No hay riesgo de presentar
39	M	20	5	No hay riesgo de presentar
40	M	20	17	No hay riesgo de presentar
41	M	20	21	Riesgo de presentar
42	M	20	11	No hay riesgo de presentar
43	M	20	19	No hay riesgo de presentar
44	M	20	6	No hay riesgo de presentar
45	M	20	7	No hay riesgo de presentar
46	M	20	29	Riesgo de presentar
47	M	20	14	No hay riesgo de presentar
48	F	21	9	No hay riesgo de presentar
49	F	21	4	No hay riesgo de presentar
50	F	21	43	Riesgo de presentar
51	M	21	4	No hay riesgo de presentar
52	M	21	3	No hay riesgo de presentar
53	M	21	6	No hay riesgo de presentar
54	M	21	26	Riesgo de presentar
55	M	21	13	No hay riesgo de presentar
56	M	21	3	No hay riesgo de presentar
57	M	21	9	No hay riesgo de presentar
58	M	21	10	No hay riesgo de presentar
59	M	21	14	No hay riesgo de presentar
60	M	21	4	No hay riesgo de presentar
61	M	21	9	No hay riesgo de presentar
62	M	21	9	No hay riesgo de presentar
63	M	21	7	No hay riesgo de presentar
64	M	21	4	No hay riesgo de presentar
65	M	21	4	No hay riesgo de presentar
66	M	21	7	No hay riesgo de presentar
67	M	21	28	Riesgo de presentar
68	M	21	15	No hay riesgo de presentar
69	F	22	8	No hay riesgo de presentar
70	F	22	4	No hay riesgo de presentar
71	M	22	5	No hay riesgo de presentar
72	M	22	3	No hay riesgo de presentar
73	M	22	6	No hay riesgo de presentar
74	M	22	10	No hay riesgo de presentar
75	F	23	22	Riesgo de presentar
76	F	23	7	No hay riesgo de presentar
77	M	23	12	No hay riesgo de presentar
78	M	23	3	No hay riesgo de presentar
79	M	23	10	No hay riesgo de presentar

80	M	23	5	No hay riesgo de presentar
81	M	23	6	No hay riesgo de presentar
82	M	23	4	No hay riesgo de presentar
83	F	24	8	No hay riesgo de presentar
84	M	24	16	No hay riesgo de presentar
85	M	24	3	No hay riesgo de presentar
86	M	24	13	No hay riesgo de presentar
87	M	24	3	No hay riesgo de presentar
88	M	24	3	No hay riesgo de presentar
89	M	24	4	No hay riesgo de presentar
90	M	24	3	No hay riesgo de presentar
91	F	25	3	No hay riesgo de presentar
92	F	25	3	No hay riesgo de presentar
93	F	25	13	No hay riesgo de presentar
94	M	25	17	No hay riesgo de presentar
95	M	25	23	Riesgo de presentar
96	M	25	14	No hay riesgo de presentar
97	M	25	14	No hay riesgo de presentar
98	M	25	23	Riesgo de presentar
99	M	25	4	No hay riesgo de presentar
100	M	25	24	Riesgo de presentar
101	M	25	5	No hay riesgo de presentar
102	M	25	8	No hay riesgo de presentar
103	M	26	3	No hay riesgo de presentar
104	M	26	27	Riesgo de presentar
105	M	26	28	Riesgo de presentar
106	M	26	10	No hay riesgo de presentar
107	M	26	5	No hay riesgo de presentar
108	F	27	5	No hay riesgo de presentar
109	F	27	27	Riesgo de presentar
110	F	27	16	No hay riesgo de presentar
111	F	27	40	Riesgo de presentar
112	M	27	8	No hay riesgo de presentar
113	M	27	15	No hay riesgo de presentar
114	M	27	6	No hay riesgo de presentar
115	M	27	7	No hay riesgo de presentar
116	F	28	12	No hay riesgo de presentar
117	F	28	24	Riesgo de presentar
118	M	29	27	Riesgo de presentar
119	M	29	3	No hay riesgo de presentar
120	M	30	22	Riesgo de presentar
121	M	30	6	No hay riesgo de presentar
122	F	31	5	No hay riesgo de presentar

123	M	31	6	No hay riesgo de presentar
124	M	32	13	No hay riesgo de presentar
125	F	33	5	No hay riesgo de presentar
126	M	33	9	No hay riesgo de presentar
127	M	33	4	No hay riesgo de presentar
128	M	33	4	No hay riesgo de presentar
129	M	33	7	No hay riesgo de presentar
130	F	35	31	Riesgo de presentar
131	M	35	8	No hay riesgo de presentar
132	F	37	5	No hay riesgo de presentar
133	M	37	6	No hay riesgo de presentar
134	M	37	6	No hay riesgo de presentar
135	M	39	4	No hay riesgo de presentar
136	M	39	8	No hay riesgo de presentar
137	M	43	15	No hay riesgo de presentar
138	M	45	42	Riesgo de presentar
139	F	25	6	Riesgo de presentar
140	M	23	15	No hay riesgo de presentar
141	M	22	12	No hay riesgo de presentar
142	F	21	8	No hay riesgo de presentar
143	F	19	12	No hay riesgo de presentar
144	F	19	12	No hay riesgo de presentar
145	M	24	14	No hay riesgo de presentar
146	M	24	12	No hay riesgo de presentar
147	M	22	7	No hay riesgo de presentar
148	F	21	6	No hay riesgo de presentar
149	M	20	7	No hay riesgo de presentar
150	F	21	7	No hay riesgo de presentar
151	M	20	13	No hay riesgo de presentar

BASE DE DATOS				
ESCALA DE ZUNG				
Codigo	Sexo	Edad	Puntaje Total	Resultado
1	M	18	27	Ausencia de depresión
2	M	18	46	Depresión moderada
3	F	18	54	Depresión grave
4	F	18	35	Depresión leve
5	F	18	38	Depresión leve
6	M	18	28	Depresión leve
7	M	18	63	Depresión grave
8	F	19	51	Depresión moderada
9	M	19	28	Depresión leve
10	M	19	63	Depresión grave
11	M	19	32	Depresión leve
12	M	19	61	Depresión grave
13	M	19	35	Depresión leve
14	M	19	28	Depresión leve
15	M	19	27	Ausencia de depresión
16	M	19	50	Depresión moderada
17	M	19	20	Ausencia de depresión
18	M	19	61	Depresión grave
19	M	19	26	Ausencia de depresión
20	M	19	42	Depresión moderada
21	M	19	20	Ausencia de depresión
22	F	20	47	Depresión moderada
23	F	20	44	Depresión moderada
24	M	20	33	Depresión leve
25	M	20	38	Depresión leve
26	M	20	43	Depresión moderada
27	M	20	24	Ausencia de depresión
28	M	20	33	Depresión leve
29	M	20	40	Depresión leve
30	M	20	35	Depresión leve
31	M	20	22	Ausencia de depresión
32	F	20	28	Depresión leve
33	M	20	60	Depresión grave
34	M	20	35	Depresión leve
35	F	20	54	Depresión grave
36	F	20	33	Depresión leve
37	M	20	43	Depresión moderada

38	F	20	59	Depresión grave
39	M	20	25	Ausencia de depresión
40	F	20	21	Ausencia de depresión
41	M	20	71	Depresión grave
42	M	20	20	Ausencia de depresión
43	M	20	48	Depresión moderada
44	M	20	37	Depresión leve
45	M	20	20	Ausencia de depresión
46	M	20	29	Depresión leve
47	M	21	43	Depresión moderada
48	M	21	53	Depresión grave
49	M	21	35	Depresión leve
50	M	21	43	Depresión moderada
51	F	21	47	Depresión moderada
52	M	21	33	Depresión leve
53	M	21	39	Depresión leve
54	M	21	29	Depresión leve
55	M	21	53	Depresión grave
56	M	21	43	Depresión moderada
57	M	21	39	Depresión leve
58	M	21	42	Depresión moderada
59	M	21	23	Ausencia de depresión
60	F	21	56	Depresión grave
61	M	21	25	Ausencia de depresión
62	F	21	50	Depresión moderada
63	F	21	53	Depresión grave
64	M	21	38	Depresión leve
65	M	21	21	Ausencia de depresión
66	M	21	20	Ausencia de depresión
67	M	21	29	Depresión leve
68	M	21	31	Depresión leve
69	F	22	28	Depresión leve
70	M	22	54	Depresión grave
71	M	22	46	Depresión moderada
72	M	22	20	Ausencia de depresión
73	F	22	25	Ausencia de depresión
74	M	22	32	Depresión leve
75	F	23	40	Depresión leve
76	F	23	43	Depresión moderada
77	M	23	21	Ausencia de depresión
78	M	23	39	Depresión leve
79	M	23	42	Depresión moderada
80	M	23	32	Depresión leve

81	M	23	20	Ausencia de depresión
82	M	23	24	Ausencia de depresión
83	M	24	21	Ausencia de depresión
84	M	24	28	Depresión leve
85	M	24	46	Depresión moderada
86	F	24	47	Depresión moderada
87	M	24	54	Depresión grave
88	M	24	25	Ausencia de depresión
89	M	24	21	Ausencia de depresión
90	M	24	20	Ausencia de depresión
91	F	25	0	Depresión leve
92	F	25	31	Depresión leve
93	M	25	31	Depresión leve
94	M	25	46	Depresión moderada
95	M	25	34	Depresión leve
96	M	25	28	Depresión leve
97	M	25	41	Depresión moderada
98	F	25	31	Depresión leve
99	M	25	34	Depresión leve
100	M	25	68	Depresión grave
101	F	25	62	Depresión grave
102	M	25	26	Ausencia de depresión
103	M	25	47	Depresión moderada
104	M	26	31	Depresión leve
105	M	26	40	Depresión leve
106	M	26	40	Depresión leve
107	M	26	48	Depresión moderada
108	M	26	29	Depresión leve
109	F	27	51	Depresión moderada
110	M	27	49	Depresión moderada
111	M	27	29	Depresión leve
112	F	27	44	Depresión moderada
113	M	27	43	Depresión moderada
114	F	27	46	Depresión moderada
115	F	27	41	Depresión moderada
116	M	27	29	Depresión leve
117	F	28	25	Ausencia de depresión
118	F	28	45	Depresión moderada
119	M	29	20	Ausencia de depresión
120	M	29	32	Depresión leve
121	M	30	38	Depresión leve
122	M	30	26	Ausencia de depresión
123	F	31	32	Depresión leve

124	M	31	38	Depresión leve
125	M	32	33	Depresión leve
126	F	33	47	Depresión moderada
127	M	33	66	Depresión grave
128	M	33	33	Depresión leve
129	M	33	35	Depresión leve
130	M	33	22	Ausencia de depresión
131	M	35	54	Depresión grave
132	F	35	32	Depresión leve
133	M	37	20	Ausencia de depresión
134	M	37	20	Ausencia de depresión
135	F	37	22	Ausencia de depresión
136	M	39	27	Ausencia de depresión
137	M	39	37	Depresión leve
138	M	43	30	Depresión leve
139	M	45	40	Depresión leve
140	M	23	28	Depresión leve
141	M	22	30	Depresión leve
142	F	21	32	Depresión leve
143	F	19	31	Depresión leve
144	F	19	30	Depresión leve
145	M	24	35	Depresión leve
146	M	24	37	Depresión leve
147	M	22	34	Depresión leve
148	F	21	29	Depresión leve
149	M	20	30	Depresión leve
150	F	21	36	Depresión leve
151	M	20	39	Depresión leve

Anexo 7. Tablas

Tabla 9: Distribución según sexo y edad de los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sudamericano periodo académico abril 2021 - septiembre 2021.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%		
18 – 22	64	42,38	22	14,57	86	56,95
23– 27	31	20,53	11	7,28	42	27,81
>28	17	11,26	6	3,97	23	15,23
Total	112	74,17	39	25,83	151	100

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaboración: Faryd Anthony Alexander Rada Torrez.

Análisis e interpretación: El Instituto Superior Tecnológico Sudamericano contó con 1017 estudiantes matriculados en el periodo académico abril - septiembre 2021 de los cuales 151 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con una distribución de 74,17% (n=112) los estudiantes de sexo masculino y 25,83% (n=39) del sexo femenino. El grupo etario de 18 a 22 años fue el predominante con 56,95% (n=86) de ellos, el 42,38% (n=64) fueron varones y 14,57% (n=22) mujeres.

Anexo 8. Certificación del tribunal



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

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 14 de agosto de 2023

En calidad del tribunal calificador del Trabajo de Titulación denominado “**Trastorno de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano**”, de la autoría de **Faryd Anthony Alexander Rada Torrez**, portador de la cédula de identificación Nro. **1755329669** previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.



Identificación por:
**ANA CATALINA
PUERTAS AZANZA**

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Identificación por:
**SANDRA KATERINE
MEJIA MICHAY**

Dra. Sandra Katherine Mejía Michay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Identificación por:
**MARIA SUSANA
GONZALEZ GARCIA**

Dra. Maria Susana González García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL