



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL ITS DAB EN LA CIUDAD DE LOJA”

AUTORA:

- LILY GIANELLA DÍAZ BANEGAS

DIRECTOR DE TESIS:

- DR. EDWIN JARAMILLO AGUILAR



*Tesis de grado previa la
obtención del título de
Médico General*

LOJA- ECUADOR

CERTIFICACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PREGRADO



Loja, 02 de enero de 2014

Dr. Edwin Jaramillo Aguilar

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada, **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL ITSDAB EN LA CIUDAD DE LOJA”**, durante el período junio – noviembre del 2013. De autoría de la Srta. **LILY GIANELLA DÍAZ BANEGAS**, previa la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Edwin Jaramillo Aguilar
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **LILY GÍANELLA DÍAZ BANEGAS**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: LILY GIANELLA DÍAZ BANEGAS



Firma:

Cédula: 1104201601

Fecha: 02 de enero de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **LILY GIANELLA DÍAZ BANEGAS**, declaro ser autorada de la tesis titulada **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL ITSDAB EN LA CIUDAD DE LOJA”**, durante el período **junio – noviembre 2013**, como requisito para optar al grado de Medica General , autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad

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

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



Firma:

Autor: LILY GIANELLA DÍAZ BANEGAS

Cédula: 1104201601

Dirección: Los Molinos de la UTPL. **Dirección:** lilygianella@hotmail.com

Teléfono: 2615050 **Celular:** 0991833179

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Edwin Jaramillo Aguilar

Tribunal de Grado: Dr. Luis Alfonso Castillo
Dra. Susana González
Dr. Germán Vélez

DEDICATORIA

Dedico la presente, principalmente a mis padres que gracias a su esfuerzo y al gran amor que siempre han demostrado, me ha permitido llegar a esta etapa de mi vida, depositando en mí su confianza. A mi familia que me brindaron sus consejos, sus palabras de aliento que me permitieron ser mejor persona. A mis maestros, que siempre me brindaron una oportunidad para ser mejor cada día.

Lily Gianella Díaz Banegas

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis agradezco a mi Dios por las bendiciones recibidas y por cuidarme y darme fortaleza en cada paso que doy.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi educación y bienestar siendo mi apoyo en cada momento, por ser un ejemplo de vida. A mi hermano, por compartir conmigo triunfos y alegrías.

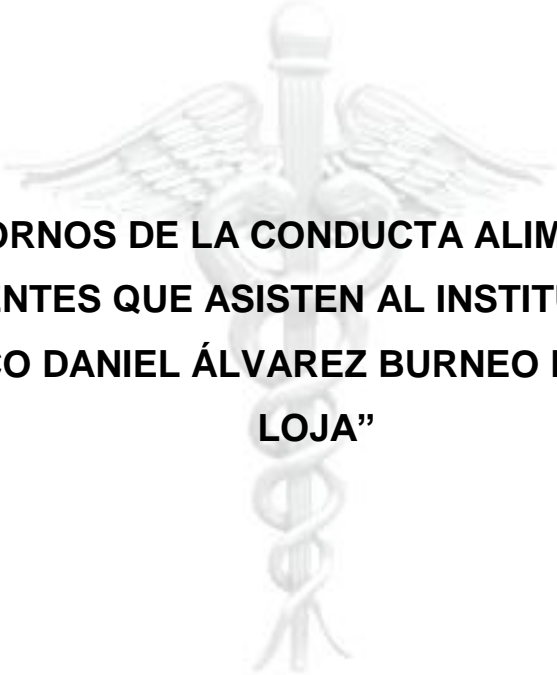
A la Universidad Nacional de Loja, especialmente al Área de la Salud, que me abrió sus puertas dándome la oportunidad de estudiar y preparándome para el futuro; al Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” que me proporcionó sus recursos y técnicas para mi información.

A mi director de tesis, Dr. Edwin Jaramillo, por su orientación y disposición para transmitir sus conocimientos y experiencias, para revisar y contribuir al perfeccionamiento de este trabajo.

De igual manera me gustaría agradecer a mis profesores durante mi carrera profesional, todos han aportado con sus conocimientos a mi formación, y especialmente Al Dr. Patricio Aguirre, a la Dra. Margarita Sotomayor, gracias por su confianza e invaluable apoyo en el transcurso de la carrera.

A mis amigos, por todos los momentos que pasamos juntos, por apoyarme en momentos de necesidad, creer en mí, y por haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias únicas que no olvidaré.

I. TÍTULO



**“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL INSTITUTO SUPERIOR
TECNOLÓGICO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO EN LA CIUDAD DE
LOJA”**

II. RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen una patología psiquiátrica observada especialmente en la adolescencia, la etiopatogenia es multidimensional en la que se interrelacionan varios factores, incluyendo genes, eventos vitales, personalidad y el contexto sociocultural. El estudio surgió con el objetivo de conocer los trastornos alimentarios y sus factores de riesgo en adolescentes. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 296 adolescentes, 166 mujeres y 130 hombres, de 14 a 19 años. Se aplicó el Eating Test Actitudes y el Cuestionario de Influencias sobre el modelo estético corporal. El 13% presentaron trastornos alimentarios; de los cuales, el trastorno más común es el Trastorno alimentario no especificado con un 42%, la anorexia nerviosa atípica se presentó en un 32%, y la bulimia nerviosa atípica en el 26%. El género femenino estuvo más frecuente en todos los trastornos alimentarios. En cuanto a la edad de presentación, la anorexia nerviosa se presentó más frecuente en la edad de 16 años, la bulimia en la edad de 15 años y el Trastorno alimentario no especificado en la edad de 15 años. El 29% de los adolescentes tienen factores socioculturales de riesgo y están afectados por la influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal y modelos estéticos corporales. Se entregó información mediante trípticos para concientizar a maestros y adolescentes acerca de trastornos alimentarios.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno alimentario no especificado, adolescentes, factores de riesgo socioculturales.

SUMMARY

Disorders of eating behavior (TCA) constitute a psychiatric pathology observed especially in adolescence; the pathogenesis is multidimensional in which several factors interact, including genes, life events, personality and sociocultural context. The study came up with the aim of knowing eating disorders and their risk factors in adolescents. It is a quantitative, descriptive and transversal study. The sample consisted of 296 adolescents, 166 women and 130 men, 14 to 19 years. Eating Attitudes Test and the Questionnaire of Influences on body shape model was applied. 13 % had eating disorders, of which the most common eating disorder is a disorder unspecified 42 %, atypical anorexia nervosa occurred in 32%, and atypical bulimia nervosa in 26%. Female gender was more frequent in all eating disorders. Regarding the age of onset, anorexia nervosa was presented more frequently at the age of 16 years, bulimia at the age of 15 years and the eating disorder not specified at the age of 15 years. 29% of teenagers have sociocultural risk factors and are affected by the influence of advertising, discomfort with body image and body aesthetic models. Information was delivered by leaflets to sensitize teachers and teens about eating disorders.

Keywords: eating behavior disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorder not otherwise specified, adolescents, sociocultural risk factors.

III. INTRODUCCIÓN

Según (Psychiatric 1994), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

Los TCA son poco comunes en la población general pero son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; además, están asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una co-morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas, (Hoeken 2003).

Concretamente, la anorexia y bulimia nerviosa, han existido siempre, pero es en nuestros días, cuando hay una mayor preocupación debido a que cada vez son más frecuentes.

Se consideran los TCA, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno alimentario no especificado (TANE). La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo, el individuo rechaza mantener un peso superior al peso saludable para su altura, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, a saber: la actividad física vigorosa y restricción drástica de la ingesta de alimentos. Además, la AN puede estar asociada también a atracones de comida y/o conductas purgativas, denominada AN del tipo bulímico.

La otra categoría, la BN, se manifiesta por episodios de consumo excesivo de alimentos seguido por conductas compensatorias con el fin de minimizar o eliminar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio. Por último, los TANE, incluyen el trastorno por atracón y otros TCA que no cumplen con los criterios clínicos de AN o BN. Las personas con trastorno por atracón tienen episodios de ingesta de comida en los que se consumen grandes cantidades de alimentos en un corto período, junto con la ausencia de conductas compensatorias inadecuadas y la sensación de ansiedad, depresión y culpa después de comer en exceso.

La aparición de AN y BN y, en especial, los síndromes parciales, es mayor en la adolescencia, dada la magnitud de los cambios biológicos, psicológicos y de

redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada a la preocupación por el culto a la belleza. En su mayoría, las adolescentes y adultas jóvenes están entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA, aunque la ocurrencia es despreciable entre los adolescentes varones, tampoco entre los niños en edad escolar.

Es conocido que la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es multicausal entre ellos: factores genéticos, familiares, socioculturales, psicológicos, y ciertos patrones alimentarios, muchos de ellos considerados como de riesgo, y altamente relacionados unos con otros. Son factores de riesgo aquellos que aumentan la probabilidad de que se altere la salud y se desencadene alguna enfermedad. También se les denomina así, porque tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desequilibrio ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad.

Resulta cada vez más evidente que los adolescentes están adquiriendo la preocupación de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada. Esta ansiedad se traduce cada vez más en conductas de riesgo que pueden favorecer el surgimiento de un trastorno alimentario, los cuales tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas, incluso puede ser peligrosa, si se siguen dichas conductas en etapas cruciales de la vida como lo es la adolescencia.

De aquí la necesidad de contar con instrumentos válidos a través de los cuales sea posible detectar a los adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, que permitan diseñar intervenciones preventivas y eficaces de promoción de la salud.

El presente trabajo de investigación, surgió con el objetivo de conocer los trastornos de la conducta alimentaria y sus factores de riesgo en adolescentes que asisten al Instituto Tecnológico Superior “Daniel Álvarez Burneo” para medir las conductas alimentarias se utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26), utilizado como una herramienta de “screening” para determinar “riesgo de desorden alimentario” y el CIMEC (Cuestionario de Influencias

sobre el Modelo Estético Corporal) empleado para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. En base a ello, partieron diferentes objetivos específicos: determinar los diferentes clases de trastornos de la conducta alimentaria, reconocer la edad y género más afectada de acuerdo al tipo de trastorno alimentario, determinar los comportamientos de riesgo en los adolescentes y establecer un plan de intervención en función de los riesgos determinados.

IV. REVISIÓN LITERARIA

4. 1. ADOLESCENCIA

4.1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 u 11 años hasta 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de los 10 u 11 años hasta los 14 a 15 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo¹.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

4.1.2. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Áreas del desarrollo del adolescente:

- a) **Desarrollo físico:** pubertad, desarrollo sexual y desarrollo cerebral;
- b) **Desarrollo psicológico:**
 - Desarrollo cognitivo: cambios en la manera de pensar;
 - Desarrollo afectivo: sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; constituye la base de la salud mental;
- c) **Desarrollo social:** relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

¹**Metodología de la vigilancia nutricional.** Informe de un comité mixto. FAQ/UNICEF/ OMS de expertos. [Internet]Ginebra, Suiza. [consulta 12 nov 2013] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_%28chp6%29_spa.pdf

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Resulta difícil separar estas distintas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos provocan cambios cognitivos y en la pubertad se registra un desarrollo tanto físico como emocional. También es importante observar que el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: por ejemplo, una adolescente puede parecer físicamente madura, pero es probable que no esté plenamente desarrollada desde el punto de vista psicológico. Su apariencia puede hacer que las personas crean y esperen que su modo de pensar sea maduro o que sea capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que esto no sea así².

4.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.2.1. DEFINICIÓN. Los trastornos alimentarios son síndromes que están clasificados sobre la base de grupo de signos y síntomas que incluyen pensamientos, sentimientos y acciones irracionales referidas al peso, la

²**La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad.** Informe de un grupo de Estudio de la OMS sobre la Salud de los jóvenes y la Salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: [citado 13 nov 2013] disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_02.21_spa.pdf

comida, y la imagen corporal, los cuales se acompañan de alteraciones de la salud física y mental secundarias, debidos por una parte, a la malnutrición o a patrones dietéticos caóticos, y por otra a vulnerabilidades biopsicológicas³.

4.2.2 CLASIFICACIÓN

Actualmente, el DSM-IV clasifica trastornos específicos: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos no especificados. Por su parte, el CIE-10, los clasifica dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a funciones somáticas. Incluye la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, vómitos en otras alteraciones psicológicas, otros trastornos del comportamiento alimentario y trastornos no especificados.

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Se incluye también la categoría de **trastorno de la conducta alimentaria no especificado** para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico⁴.

4.2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Una dificultad para el estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria han sido los cambios de los criterios para el diagnóstico de estas

³ Gómez R Carlos, Hernández B Guillermo, Rojas U Alejandro, Santacruz O Hernán, Uribe R Miguel. **PSIQUIATRÍA CLÍNICA**. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ª edición. Bogotá-Colombia: Panamericana; 2008. Pág. 466.

⁴ **DSM-IV-TR**. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson. Barcelona 2002.

enfermedades a lo largo del tiempo. Sin embargo, la investigación disponible sugiere que la incidencia global de anorexia y bulimia nerviosa se ha incrementado desde los años cincuenta⁵. Parece que la anorexia nerviosa es más frecuente hoy en día que hace unas décadas. Parece más probable que el creciente conocimiento de esta enfermedad por parte de la población general haya llevado a una mayor detección de este trastorno. Además, dado que han aparecido tratamientos, es más probable que los pacientes busquen ayuda⁶.

En la actualidad, la anorexia nerviosa supone la primera causa de malnutrición en los países desarrollados y la tercera enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia.

Respecto de la prevalencia las cifras reportadas de Trastornos de la conducta alimentaria en otros países son del 0,5% al 3,7% para anorexia nerviosa, según sea está definida de forma estricta o más laxa, con una tasa de mortalidad entre el 15 y 20% a veinte años. La bulimia nerviosa es mucho más frecuente y se calcula que el rango de prevalencia está entre el 1,1% y el 4,2% de las mujeres jóvenes. Al igual que la anorexia, se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres, en una proporción de diez a uno⁷.

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria está aumentando en las últimas décadas. Los expertos creen que se debe fundamentalmente a una mayor concienciación en la población general de la significación clínica de esta enfermedad, que consecuentemente acude al médico con más frecuencia.

Actualmente, la incidencia de anorexia nerviosa (DSM-IV) en edades comprendidas entre 15-19 años está en 140 por 100 000 personas-año. La

⁵ Gómez R Carlos, Hernández B Guillermo, Rojas U Alejandro, Santacruz O Hernán, Uribe R Miguel. **PSIQUIATRÍA CLÍNICA**. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ª edición. Bogotá-Colombia: Panamericana; 2008. Pág. 467.

⁶ Black W Donald, Andreasen C. Nancy. **INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA**. 5ª. Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2012. Pág. 288

⁷ Kaplan I Harold, Sadock J Benjamin. **SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA**. 8a edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 2004. Pág. 816.

prevalencia en mujeres de 15-24 años de anorexia nerviosa es aproximadamente el 1% y de bulimia nerviosa en torno a 2-4%. Un estudio realizado en Navarra estimó que el 4,1% de la población femenina entre 12-21 años padece algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. En varones la prevalencia de anorexia nerviosa se sitúa entre el 0,02% y el 0,3%, y de bulimia nerviosa del 0,1% al 0,5%.

En general, la edad de inicio para estos trastornos suele ser la adolescencia o en la adultez joven. En algunos casos de anorexia, los síntomas pueden aparecer incluso antes de la pubertad (en los primeros años de adolescencia), mientras que en la bulimia la aparición suele darse en la adultez joven (últimos años de la adolescencia y comienzo de los 20 años). Se calcula que la prevalencia de estos trastornos entre las mujeres de educación secundaria y universitaria es aproximadamente del 1% en el caso de anorexia nerviosa y hasta el 4% en la bulimia nerviosa.

Estos trastornos aparecen en todas las clases sociales, aunque antiguamente eran más frecuentes en las clases socioeconómicas altas. La anorexia nerviosa, sin embargo es infrecuente en los países en vías de desarrollo y menos frecuente entre los afroamericanos que residen en Estados Unidos. Los trastornos de la conducta alimentaria afectan con mayor frecuencia a profesiones que exigen un control riguroso de la silueta corporal. (p ej. modelos o bailarinas) los hombres que practican deportes de competición (especialmente lucha libre o el hipismo) sufren con más frecuencia trastornos de la conducta alimentaria, ya que debe cumplir unos criterios de peso muy estrictos

Los síntomas aislados como los atracones, las purgas y los ayunos son mucho más frecuentes que los trastornos en sí. La diferencia entre sexos probablemente no esté sesgada, dado que los estudios poblacionales han confirmado lo que los médicos habían detectado⁸.

⁸ Black W Donald, Andreasen C. Nancy. **INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA**. 5ª. Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2012. Pág. 289

4.2.4. ANOREXIA NERVIOSA

4.2.4.1. ETIOPATOGENIA. Se considera que la anorexia solo puede ser entendida si se contemplan factores causales tanto biológicos como psico-sociales.

- **FACTORES PSICOLÓGICOS.** Es difícil entender la anorexia sin la **idea sobrevalorada de <<delgadez>>** en estos pacientes; y sin su opción voluntaria de mantener esa delgadez a toda costa. Sin embargo, se deben tener en cuenta una serie de factores bien documentados. **Factores de personalidad**, con frecuente existencia de rasgos de introversión y desequilibrios emocionales. Incluyendo la hiperresponsabilidad; rasgos de hipersensibilidad y rigidez en las <<restrictivas>> o de descontrol impulsivo y distímico en las <<purgativas>>, las **<<cogniciones anoréxicas>>** y la frecuente presencia de **acontecimientos vitales externos** que precipitan el cuadro en las personas predispuestas; entre ellos se observan a menudo **críticas sobre el exceso de peso**, que han podido hacer en algún momento personas relevantes para los pacientes, y algún **antecedente de desfiguración** o **contactos sexuales problemáticos** en adolescentes o jóvenes adultos. También se hace referencia a la crucial importancia que puede tener una **psicopatología previa**.

CUADRO 4.1. Factores psicológicos y psicopatológicos etiopatogénicos en la anorexia nerviosa

- **Idea sobrevalorada de <<delgadez>>**
- **Introversión, desequilibrios**
- **Subtipo <<restrictivas>>**
 - Hipersensibilidad
 - Rigidez, sentimiento de ineficacia
 - Necesidad de aprobación
- **Subtipo purgativas**
 - Descontrol impulsivo
 - Reacciones distímicas

■ <<Cogniciones anoréxicas>>

- Pensamiento <<concreto>>
- Tendencia al <<todo o nada>>

■ **Precipitantes**

- Acontecimientos vitales negativos
- Reacciones psicopatológicas
- Crítica sobre su cuerpo/obesidad
- Accidentes con desfiguración
- Contactos sexuales

■ **Psicopatología importante**

- **FACTORES SOCIALES.** Hay un factor particularmente relevante: la actual moda estética de la delgadez, exacerbada en los grupos profesionales de riesgo se ha documentado la epidemiología. **Otros factores sociales** que documentan la experiencia clínica y de investigación incluyen: la clase social media-alta y las sociedades más desarrolladas, aunque la epidemiología también describe cambios progresivos hacia otros estratos sociales u otras sociedades; un ambiente familiar inadecuado, con sobreprotección parental y/o exageradamente alto nivel de aspiraciones, en particular cuando hay conflictiva parental importante y los pacientes son utilizados en la pugna. Los **acontecimientos vitales negativos** también pueden ser incluidos aquí como factores precipitantes, donde se citan en especial las rupturas familiares.

CUADRO 4.2. Factores sociopatológicos etiopatogénicos en la anorexia nerviosa.

■ **Modas estéticas (<<delgadez>>)**

■ **Grupos profesionales de riesgo**

■ **Nivel social acomodado (?)**

■ **Ambiente familiar**

- Sobreprotección, alto nivel de aspiraciones
- Rigidez, conflictos parentales

■ **Precipitantes:**

- Separaciones/ rupturas familiares
- Acontecimientos vitales

- **FACTORES BIOLÓGICOS** La anorexia nerviosa tampoco se entendería sin valorar además factores biológicos. A pesar del clima social descrito, no todos los adolescentes o jóvenes adultos sucumben al riesgo de este trastorno: tiene que haber algún factor de vulnerabilidad. De hecho, los antecedentes familiares, y específicamente la concordancia del trastorno en gemelos monocigotos, avalan una **vulnerabilidad genética**, que se ha estimado en un rango de 30-80%. Se ha defendido la posibilidad de la implicación de genes relacionados con el metabolismo de la serotonina, particularmente el transportador; y en cualquier caso, se ha sugerido la **implicación serotoninérgica**, sobre todo en relación con la hiperactividad de los pacientes. Además, se ha implicado a algunos genes específicos, tanto en la anorexia como en la bulimia: el NKRK2/receptor 2 de la tirosina-cinasa neurotrófica/9q22.1 involucrado en el desarrollo del tejido nervioso; o el AVPR/receptor arginina vasopresina 1a/12q14-q15 implicado en el comportamiento social. Son admisibles algunos comentarios en la **vulnerabilidad del sistema nervioso central**, pero necesitarán mayor concreción; y las **anomalías neuroendócrinas** son claras con el trastorno establecido, pero hay menos documentación sobre una vulnerabilidad previa. En apoyo de la influencia de estos factores neuroendócrinos está la observación clínica y epidemiológica sobre la mayor incidencia en mujeres y/o la edad de comienzo cercana a la pubertad.

CUADRO 4.3. Factores biológicos etiopatogénicos en la anorexia nerviosa.

- **Heredabilidad 30-80%** (aumenta el riesgo en familiares; concordancia monocigotos 66% hasta 0% en dicigotos)
- **Genes implicados en la transmisión serotoninérgica (transportador) (interés en cromosomas 1,2, 13)**
- **Otros genes**
- **Antecedentes familiares de trastornos afectivos, trastornos de la conducta alimentaria, obesidad**

- **Posible implicación serotoninérgica** (Aumento de actividad)
- **Vulnerabilidad del sistema nervioso central y neuroendocrina (?)**
- **Edad de comienzo, sexo femenino**
- **Precipitantes/mantenedores biológicos**
 - Delgadez: fundamental
 - Cambios corporales en adolescentes/cambios rápidos de peso.
 - Enfermedades adelgazantes
 - Aumento de la actividad física.
 - Estado de inanición

La **delgadez y la inanición** se consideran fundamentales, también como factores mantenedores, pues una vez establecidos entran en un círculo vicioso, un *feedback loop*, al que se hace referencia a continuación: los pacientes anoréxicos, en teoría, podrían entrar en el círculo tras precipitantes en cualquiera de los eslabones de la cadena. De hecho, se presenta el eslabón fundamental de la dieta restrictiva (y adelgazamiento) en la que, sin embargo, es nuclear la opción voluntaria de los pacientes; una vez que decidan esa opción, la pérdida de peso y la desnutrición pueden inducir suficientes cambios metabólicos y endócrinos, productores por ellos mismos de dismorfia y malestar, que por mecanismo de retroalimentación tienden a perpetuar el trastorno.⁹

4.2.4.2 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS. Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. (El término *anorexia* es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.)

⁹ Lobo S Antonio. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA GENERAL.** 1ª edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. 2013. Pág. 467-469

CUADRO 4.4. CRITERIOS DEL DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).</p>
<p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p>
<p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p>
<p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)</p>
<p>Especificar Tipo:</p> <p>Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)</p> <p>Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)</p>

Fuente: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona 2002

CUADRO 4.5. CRITERIOS CIE-10 PARA ANOREXIA NERVIOSA

<p>a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.</p>
<p>b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</p>
<p>c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p>
<p>d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y</p>

de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Fuente: CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana. 2000

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría).

Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la menarquia, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículoestimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia¹⁰.

¹⁰ Fuente: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona 2002

4.2.4.3. SUBTIPOS

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

- **TIPO RESTRICTIVO.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO.** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

4.2.4.4. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semiinanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas

propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso (parcial o totalmente).

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos, adoptan conductas encaminadas a favorecer la pérdida de peso, algunas de estas conductas son la dieta estricta, adopción de regímenes especiales (o el vegetarianismo) y la negativa a comer con otros miembros de la familia o fuera de casa. Las personas que sufren anorexia nerviosa normalmente muestran un interés atípico por la alimentación, que revela su miedo a engordar¹¹. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/ purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente

HALLAZGOS DE LABORATORIO. Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y

¹¹ Black W Donald, Andreasen C. Nancy. **INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA.** 5ª. Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2012. Pág. 292

producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.

- **Hemograma:** Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia.
- **Bioquímica:** La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina (T4) suelen estar en el límite normal-bajo y los de triyodotironina (T3), disminuidos. Habitualmente se observan también hiperadrenocortisolismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas.

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los varones niveles asimismo bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos (el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante [LH] es similar al de los individuos prepuberales o puberales).

- **Electrocardiograma:** Se observan bradicardia sinusal y rara vez arritmias.
- **Electroencefalograma:** Puede haber anomalías difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos.
- **Estudio cerebral por técnicas de imagen:** Frecuentemente se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición.

- **Gasto específico en reposo:** A menudo está reducido de forma significativa.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS. Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica.

En algunas personas el color de la piel es amarillento (asociado a hiperbilirrubinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.

El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son anemia normocítica normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol).

4.2.4.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las *enfermedades*

médicas(p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El *síndrome de la arteria mesentérica superior* (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquélla (debido a su emaciación). En el *trastorno depresivo mayor* puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la *esquizofrenia* se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la **fobia social**, el **trastorno obsesivo-compulsivo** y el **trastorno dismórfico**. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande).

En la **bulimia nerviosa** los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo¹².

4.2.5. BULIMIA NERVIOSA

4.2.5.1. ETIOPATOGENIA EN LA BULIMIA NERVIOSA (BN)

Los modelos propuestos para la anorexia son de aplicación también para la bulimia nerviosa. Con una especial relevancia concedida al **trastorno en el control del impulso de comer**; los pacientes bulímicos decididos a hacer dieta tienen sin embargo que luchar con el impulso fisiológico de satisfacer su apetito; finalmente sucumben a su pulsión e ingieren gran cantidad de comida en cada atracón. Pero en todo proceso influyen factores psicosociales y biológicos.

- **FACTORES PSICOSOCIALES.** Se da principalmente en el **sexo femenino** y está influenciada por las **modas estéticas** de delgadez actuales; la **idea sobrevalorada de la delgadez** es también un factor primordial para entender las causas. A menudo hay **una insatisfacción con la imagen corporal**, particularmente en los casos de obesidad previa y entre los rasgos de personalidad, a diferencia de la anorexia, aquí hay **rasgos de impulsividad** o de deficiente control de impulsos, con tendencia además a la desinhibición y muy frecuentemente **inestabilidad afectiva**. Estos rasgos suelen darse en **personalidades <<límite>>**. Finalmente se han descrito en estos pacientes rasgos de personalidad con tendencia a la exagerada búsqueda de emociones fuertes y a **una falta de persistencia** en distintas actividades de la vida

¹²**DSM-IV-TR.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson. Barcelona 2002.

que la requieren. Además se han comunicado frecuentes **antecedentes de abuso sexual**.

CUADRO 4.6. Factores psicosociales etiopatogénicos en la bulimia nerviosa.

- **Sexo femenino**
- **Modas estéticas e idea sobrevalorada de delgadez**
- **Insatisfacción con la imagen corporal.**
- **Rasgos de personalidad**
 - Impulsividad, desinhibición, inestabilidad afectiva.
 - Búsqueda de emociones, falta de persistencia.
- **Antecedentes de abuso sexual**

- **FACTORES BIOLÓGICOS.** La bulimia se da frecuentemente en **personas con tendencia al sobrepeso**, lo que sugiere condicionantes neuroendocrinos. Hay una agregación familiar en relación con los controles, y la **mayor concordancia en gemelos monocigotos** (aproximadamente 30%) en relación con dicigotos sugiere la influencia genética, aunque no tan clara como la anorexia. También se encuentra relacionado con los antecedentes personales y familiares de los **trastornos afectivos, depresión** sobretodo. Igualmente tiene conexiones con **otros trastornos del control de impulsos**, incluyendo el abuso de sustancias. En cuanto a factores bioquímicos, se ha sugerido la relación con la **hipofunción serotoninérgica**, y con nuevos datos en relación con un déficit de actividad noradrenérgica (NA) y dopaminérgica (DA); también la clínica sugiere alteraciones en el **mecanismo biológico de la regulación de la saciedad**.

CUADRO 4.7. Factores biológicos en la bulimia nerviosa.

- **Obesidad y sobrepeso**
- **Mayor agregación familiar y mayor concordancia monocigotos > dicigotos.**
- **Antecedentes personales y familiares de trastorno afectivo**
- **Frecuente comorbilidad (y antecedentes familiares) de abuso de alcohol/drogas.**
- **Posible hipofunción serotoninérgica**
- **Posible acción de neuropéptidos**
- **Alteraciones en los mecanismos de saciedad (en trastorno establecido)**

- **FACTORES PSICOSOCIALES FRECUENTES PRECIPITANTES** Funcionan como predisponentes y/o mantenedores: la decisión de los pacientes de hacer una dieta adelgazante; ahí comienza la odisea y a menudo una lucha continuada entre la determinación de abstenerse y el impulso fisiológico de ingerir alimentos. Los acontecimientos vitales y otras circunstancias psicosociales y afectivas adversas pueden así mismo actuar a menudo de precipitantes para inclinar la balanza hacia la ingestión de alimentos. La existencia de psicopatología activa, afectiva sobretudo, puede construir un riesgo especial como precipitante¹³.

CUADRO 4.8. Factores psicosociales frecuentes precipitantes en la bulimia nervosa.

- **Decisión de hacer dieta como consecuencia del sobrepeso**
- **Situaciones psicosociales adversas (acontecimientos vitales, etc.)**
- **Psicopatología (afectiva) activa.**

4.2.5.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

CUADRO 4.9. CRITERIOS DEL DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está

¹³Lobo S Antonio. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA GENERAL**. 1ª edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. 2013. Pág. 471.

ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Fuente: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona 2002

CUADRO 4.10 CRITERIOS CIE-10 PARA BULIMIA NERVIOSA

a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

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. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Fuente: CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana. 2000

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define **atracón** como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se

produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo dismórficos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo

aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento.

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

4.2.5.3. SUBTIPOS

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

TIPO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

TIPO NO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

4.2.5.4. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS. Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida». Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen

más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico («dietéticos»), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad).

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

HALLAZGOS DE LABORATORIO. Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia). La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS

ASOCIADAS. Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura).

Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

En las mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos que padecen bulimia nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

4.2.5.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica **anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo**, y *no* debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de

atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el **síndrome de Kleine-Levin**) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso es frecuente en el **trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos**, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales.

Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

4.2.6. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

- 1) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

4.2.7. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Según la clasificación del CIE-10 de la OMS suelen darse en relación con acontecimientos vitales negativos y situaciones de estrés emocional.

4.2.7.1. ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA. Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve.

4.2.7.2. BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA. Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la bulimia nerviosa, pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos con frecuencia tienen un peso normal o incluso superior al normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros los síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno

depresivo se ha de hacer un doble diagnóstico).

4.2.7.3. HIPERFAGIA NO ORGÁNICA EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS. Se refiere a la ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes que puede conducir a la obesidad, Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

4.2.7.4. VÓMITOS EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS. Se trata de vómitos no orgánicos ni auto-provocados, repetidos de los trastornos disociativos (de conversión), en la hipocondría, en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

4.2.7.5. PICA O ALITROFAGIA. Se define como la ingesta persistente de sustancias no nutritivas, que pueden incluir toda clase de pequeños objetos, incluso cortantes, etc. En general se asocia con graves patologías psiquiátricas y puede dar lugar a grandes problemas digestivos.

4.2.7.6. TRASTORNO POR ATRACONES. Aunque no lo incluye la CIE-10, tiende a individualizarse como trastorno psíquico, diferente de la bulimia. Se asocia con ésta de todos modos, pues los atracones son similares, y tiene que existir un malestar importante del sujeto, aunque está presente la conducta compensatoria de la bulimia (vómitos autoprovocados, etc.) y tiene mejor evolución espontánea. Se asocia igualmente con la hiperfagia no orgánica y puede así mismo a la obesidad¹⁴.

¹⁴ Lobo S Antonio. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA GENERAL.** 1ª edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. 2013. Pág. 477-478.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, descriptivo y transversal.

5.2. AREA DE ESTUDIO

El Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja ubicado en la parroquia El Valle, Barrio Las Palmas.

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo.-Estudiantes que asisten al Instituto “Daniel Álvarez Burneo”

Muestra.- La muestra estuvo constituida por 306estudiantes, elegidos aleatoriamente de 1ro, 2do y 3ro año de bachillerato, cuyas edades están comprendidas entre 14 a 19 años, que asisten al Instituto “Daniel Álvarez Burneo”de la ciudad de Loja, la muestra se la obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

- ✓ **Z_a** = 95%. =1.96
- ✓ **N**= 1500 estudiantes.
- ✓ **p** = próxima al 50% (0.5)
- ✓ **q** = 1-p: (1 - 0.5) = 0.5
- ✓ **i, d, e** = 5% (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \times 1500 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (1500 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 1500 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 (1499) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{1440}{3.74 + 0.96}$$

$$n = \frac{1440}{4.7}$$

$$n = 306$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Adolescente con edad entre 14 y 19 años

- ✓ Estar matriculado en el establecimiento
- ✓ Ambos géneros
- ✓ Estar asistiendo normalmente a clases
- ✓ Aprobación del estudiante a los test

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Ausencia escolar
- ✓ Negativa a realizar los Test
- ✓ Sin respuesta a los Test

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra original; 4 adolescentes se negaron a participar y 1 adolescente se retiró y 5 adolescentes no contestaron en su totalidad, de tal manera que la muestra quedó establecida por **296** adolescentes, lo cual representó una pérdida del 3.27% de la muestra inicial.

5.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS

MÉTODO

El medio para la aproximación a la realidad del presente estudio fue mediante la aplicación del Eating Attitudes Test (Test EAT-26), y el Cuestionario de las influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC) en los estudiantes que asisten al Instituto “Daniel Álvarez Burneo” en el periodo junio – noviembre del 2013.

INSTRUMENTO

Se usó una “**hoja de recolección de datos**” que incluyó los test mencionados, cual facilitó el momento de la recolección de la información, para un mejor procesamiento de la misma. Incluyó las variables a estudiarse: edad, género, comportamientos de riesgo (actitudes alimentarias, percepción de la imagen corporal, Influencia de la publicidad, Influencia de mensajes verbales, Influencia de relaciones y modelos sociales).

- **Eating Attitudes Test (EAT-26)**, que es la versión abreviada del EAT-40, Ha sido utilizado como una herramienta de “screening” para determinar “riesgo de

desorden alimentario” tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en una muestra no clínica. Desarrollada por Garner, *et al.*, contiene 26 preguntas con respuestas múltiples y cerradas, consta de 3 escalas: DIETA, recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez; BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA, conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida; y CONTROL ORAL que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

La puntuación total es la suma de los 26 ítems, su rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78, utilizando un punto de corte de 20 puntos o más que se asocia con actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. Cada pregunta tiene una posible respuesta entre 6 posibilidades (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre) y su forma de puntuación es según la escala de Likert: Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, pocas veces y a veces 0 puntos, a menudo 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre a menudo, 0 puntos; a veces, 1 punto; pocas veces, 2 puntos y nunca, 3 puntos.

- **Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)**, creado por Toro, Salamero y Martínez, con la finalidad de evaluar la influencia de los agentes o situaciones culturales relevantes o justificar adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales.

Se revelaron 5 factores:

- *Angustia debido a la imagen corporal*: lo que incluye todos los elementos que revelan la ansiedad cuando se enfrentan a situaciones que ponen en cuestión el propio organismo, o la envidia de los modelos sociales sistemáticos y evidentes
- *Influencia de la publicidad*: esto incluye todos los artículos relacionados con el interés suscitado por la publicidad
- *Influencia de mensajes orales*: incluye artículos que tratan del interés suscitado por artículos, informes, libros y conversaciones

- *Influencia de los modelos sociales*: esto incluye artículos relacionados con el interés despertado por los cuerpos de las actrices / actores , modelos de moda
- *Influencia de las situaciones sociales*: esto incluye artículos que tratan de la presión social subjetiva experimentada en situaciones de alimentación , y artículos en los que la aceptación social se atribuye a los ideales del cuerpo

Dicho instrumento está compuesto de 30 preguntas directas que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, publicidad, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos: Si siempre (2) b) Si a veces (1) c) No nunca (0) Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 60 y la mínima es de 0. El punto de corte es de 15.

5.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En el Instituto “Daniel Álvarez Burneo” se solicitó autorización de las autoridades, y se procedió a la selección aleatoria de estudiantes distribuidos en paralelos dentro del rango de edad objetivo del estudio.

La participación fue voluntaria, y los participantes fueron claramente informados que podían retirarse del proceso e cualquier momento, se garantizó la confidencialidad y el anonimato. Los test fueron administrados colectivamente, durante el horario regular de clases.

Con la aplicación de la hoja de recolección de datos que incluyen el Test EAT 26 y el Cuestionario de las influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC)

- a. Se registró el número de estudiante
- b. Marcando con una cruz se clasificó según edad, género
- c. Se interpretó los diferentes Test

- d. En el casillero correspondiente se sumó el número **TOTAL** de cada una de las variables para facilitar el trabajo.

5.6. PLAN DE TABULACIÓN

Habiendo recolectado por medio del uso del instrumento los datos necesarios se procedió a la medición de variables de acuerdo a los objetivos planteados con la extracción de porcentajes mediante el uso de fórmulas matemáticas y estadísticas.

Luego se realizó la transcripción de resultados obtenidos de la tabulación mediante tablas estadísticas y diagramas de barra en Microsoft Excel 2010.

Interpretación de resultados y extracción de conclusiones a partir de las tablas estadísticas para establecer acciones frente a ello.

VI. RESULTADOS

TABLA N°1

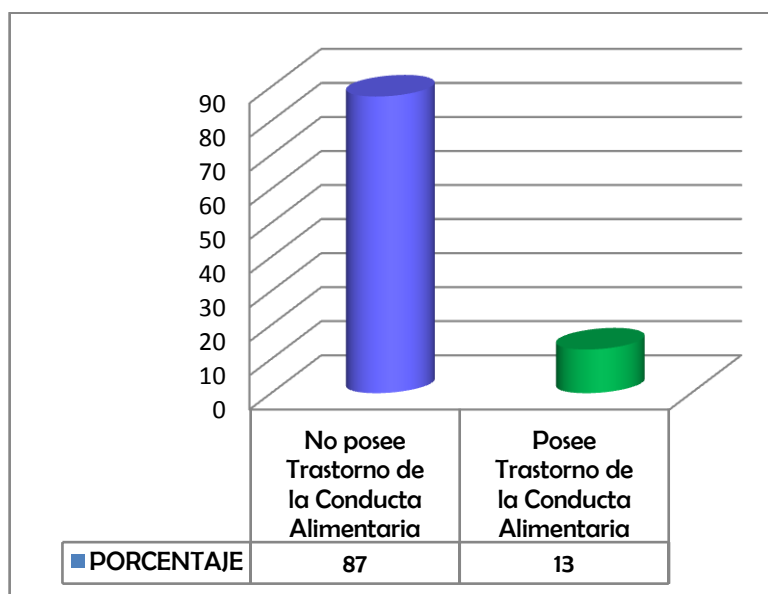
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2013

Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No posee Trastorno de la Conducta Alimentaria	258	87
Posee Trastorno de la Conducta Alimentaria	38	13
TOTAL	296	100

Autor: Lily Díaz Banegas
Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N°1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas
Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

De acuerdo al estudio realizado se determinó que fueron 296 adolescentes en total, de los cuales el 13% presentó trastornos alimentarios, mientras que el 87% no presentó trastornos de la conducta alimentaria.

TABLA N° 2

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

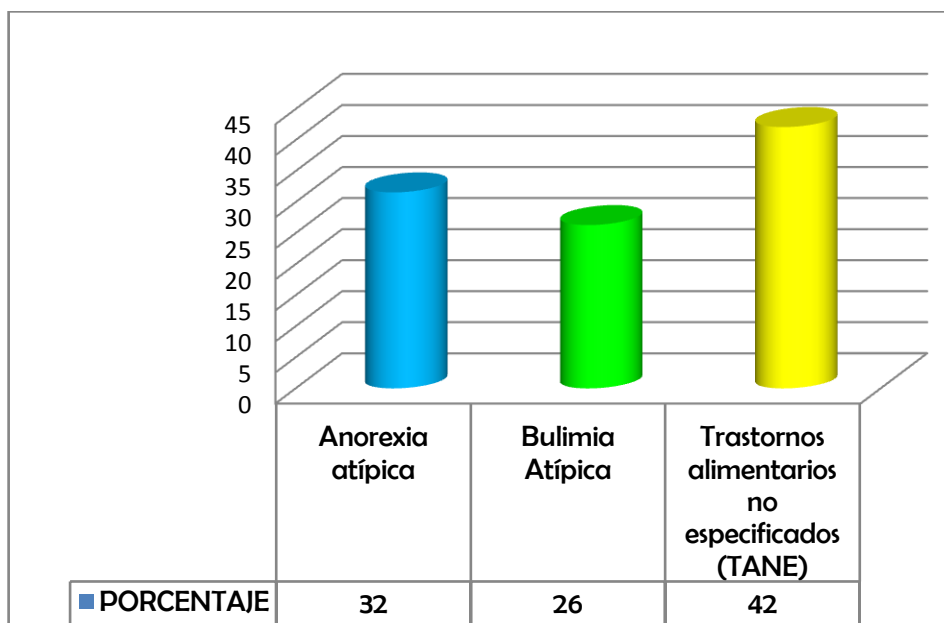
TRASTORNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anorexia atípica	12	32
Bulimia Atípica	10	26
Trastornos alimentarios no especificados (TANE)	16	42
TOTAL	38	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 2

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

Del total de adolescentes, 38 presentaron algún tipo de trastorno alimentario, el más frecuente fue el Trastorno alimentario no especificado (TANE) con un 42%, la anorexia atípica se presentó con un 32%, y la bulimia atípica con un 26%.

TABLA N° 3

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS POR GÉNERO QUE ASISTEN AL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

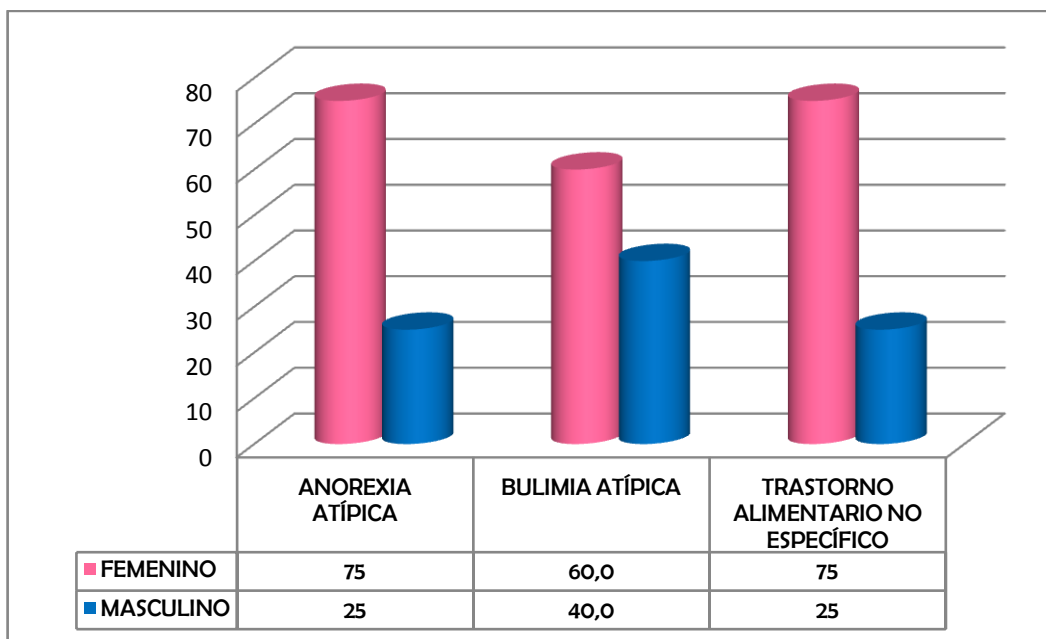
GÉNERO	ANOREXIA ATÍPICA		BULIMIA ATÍPICA		TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECÍFICO	
	F	%	F	%	F	%
FEMENINO	9	75	6	60.0	12	75
MASCULINO	3	25	4	40.0	4	25
TOTAL	12	100	10	100.0	16	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 3

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS POR GÉNERO QUE ASISTEN AL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

En la anorexia atípica se presentó más frecuente el género femenino en un 75% mientras que el género masculino con 25%; en la bulimia atípica se presentó con más frecuencia el género femenino con un 60%, y el masculino con 40%, en el trastorno alimentario no especificado se presentó más frecuente el género femenino con un 75% mientras que el masculino con un 25%.

TABLA N° 4

CLASIFICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DISTRIBUIDOS POR EDAD DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

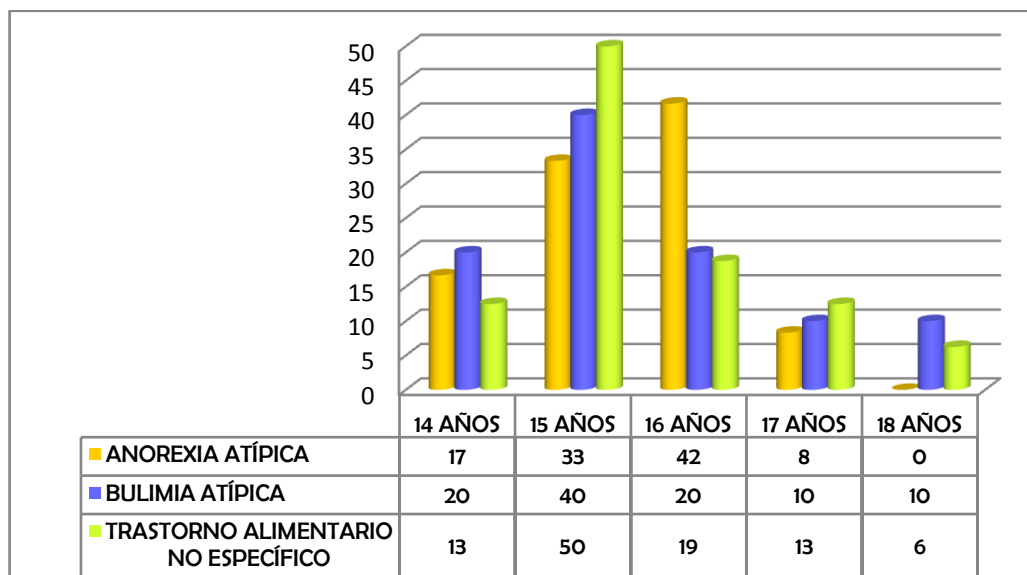
EDAD	ANOREXIA ATÍPICA		BULIMIA ATÍPICA		TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECÍFICO	
	F	%	F	%	F	%
14 AÑOS	2	17	2	20	2	13
15 AÑOS	4	33	4	40	8	50
16 AÑOS	5	42	2	20	3	19
17 AÑOS	1	8	1	10	2	13
18 AÑOS	0	0	1	10	1	6
TOTAL	12	100	10	100	16	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 4

CLASIFICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DISTRIBUIDOS POR EDAD DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

En la anorexia atípica se presentó más frecuente en la edad de 16 años con un 42%, le sigue en frecuencia la edad de 15 y 14 años con 33 y 17% respectivamente, en las demás edades se presentó en un mínimo porcentaje. La bulimia se presentó más frecuente en la edad de 15 años con un 40%, les

sigue en frecuencia las edades entre los 16 y 14 años con 20% cada una, en los 17 y 18 años se presenta en un menor porcentaje. El trastorno no especificado de la conducta alimentaria se presenta con más frecuencia en la edad de 15 años, siendo la mitad de los casos que padecen de este trastorno (50%), le sigue en frecuencia la edad de 16 años con un 19%.

TABLA Nº 5
ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN EL RIESGO DE PADECER
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) DEL INSTITUTO DANIEL
ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

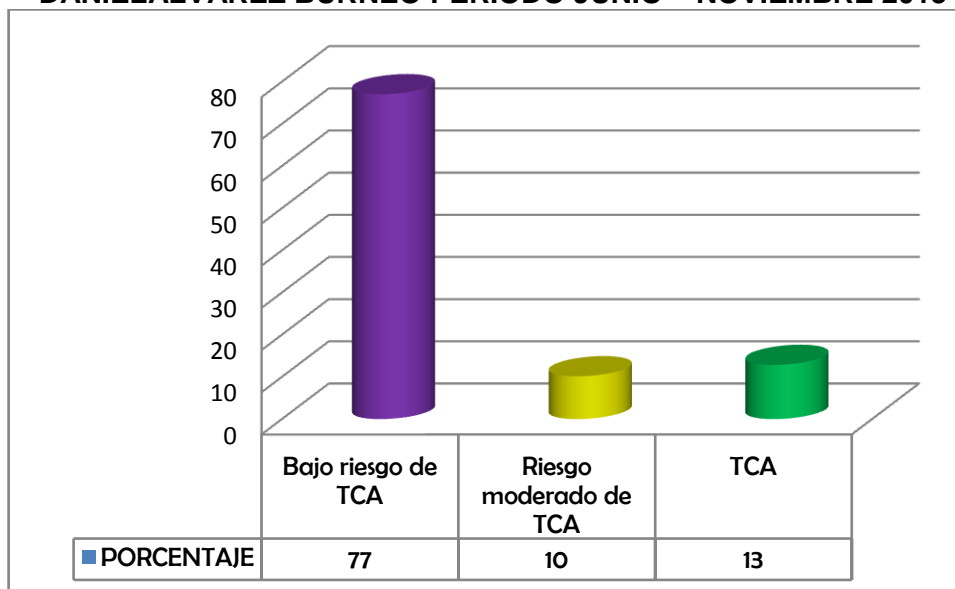
RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo riesgo de TCA	228	77
Riesgo moderado de TCA	30	10
TCA	38	13
TOTAL	296	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO Nº 5

ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN EL RIESGO DE PADECER
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) DEL INSTITUTO
DANIELÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

De los 296 adolescentes, se clasificaron según el riesgo de padecer trastornos alimentarios, el 77% poseen un bajo riesgo, existió un riesgo moderado de tener algún trastorno de la conducta alimentaria en un 10% de la población, mientras que los que presentaron algún trastorno de la conducta alimentaria fueron el 13%.

TABLA N° 6

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES SEGÚN
EL RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
(TCA) DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO –
NOVIEMBRE 2013**

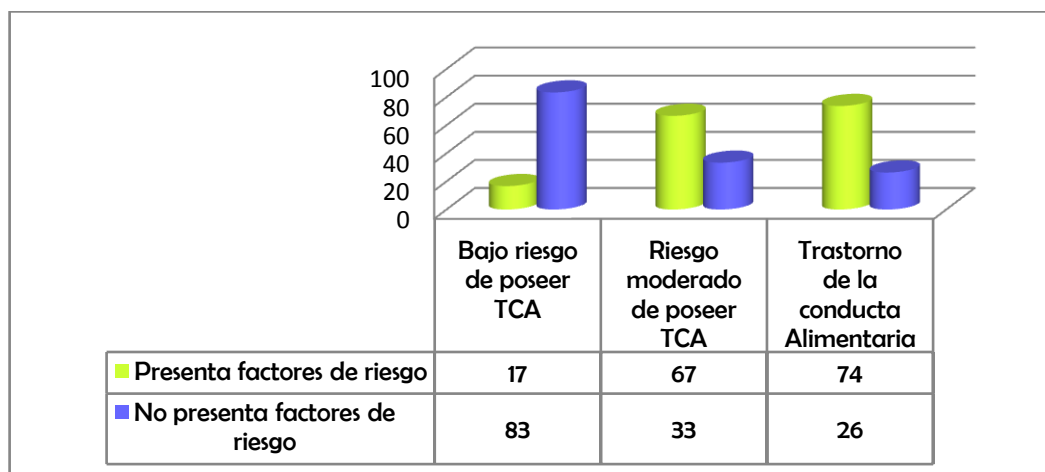
FACTORES	Bajo riesgo de poseer TCA		Riesgo moderado de poseer TCA		TCA	
	F	%	F	%	F	%
Presenta factores de riesgo	38	17	20	67	28	74
No presenta factores de riesgo	190	83	10	33	10	26
TOTAL	228	100	30	100	38	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 6

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES SEGÚN
EL RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
(TCA) DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO –
NOVIEMBRE 2013**



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

El grupo de adolescentes con <<bajo riesgo de padecer trastornos alimentarios>> el 17% presenta factores socioculturales y el 83% no presenta factores influyentes. El grupo con un <<riesgo moderado de padecer trastornos alimentarios>> presentó el 67% factores socioculturales, mientras que el 33% sin factores socioculturales. El grupo de adolescentes con <<trastornos de la conducta alimentaria>> el 74% presentó factores socioculturales influyentes.

TABLA N° 7

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON
BAJO RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE
2013**

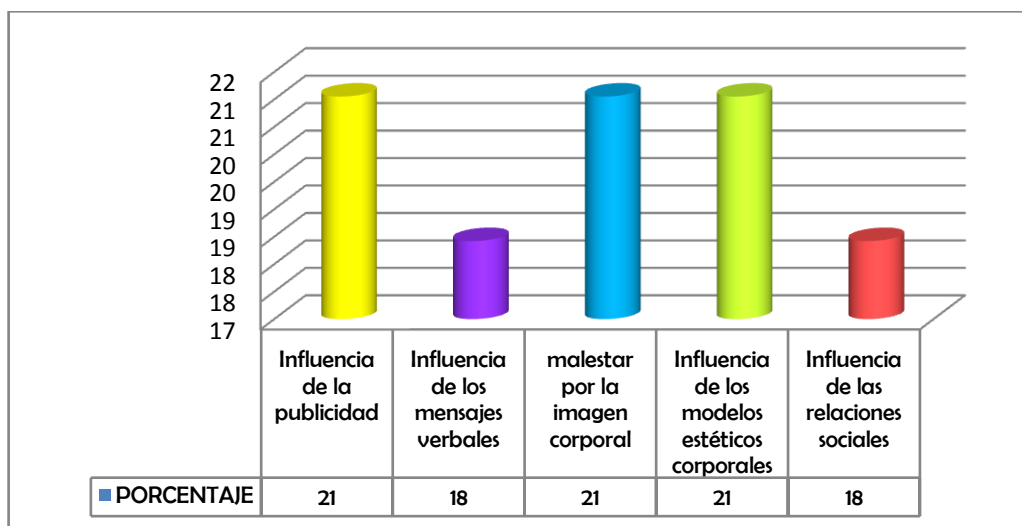
FACTORES SOCIOCULTURALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Influencia de la publicidad	8	21
Influencia de los mensajes verbales	7	18
malestar por la imagen corporal	8	21
Influencia de los modelos estéticos corporales	8	21
Influencia de las relaciones sociales	7	18
TOTAL	38	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 7

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON
BAJO RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE
2013**



Autor:Lily Díaz Banegas

Fuente:Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

De los 38 adolescentes pertenecientes al grupo de <<bajo riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria>> los factores socioculturales predominantes mediante la aplicación del cuestionario CIMEC fueron significativas en 3 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, y los modelos estéticos corporales) con un 21% cada uno.

TABLA N° 8

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON RIESGO MODERADO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

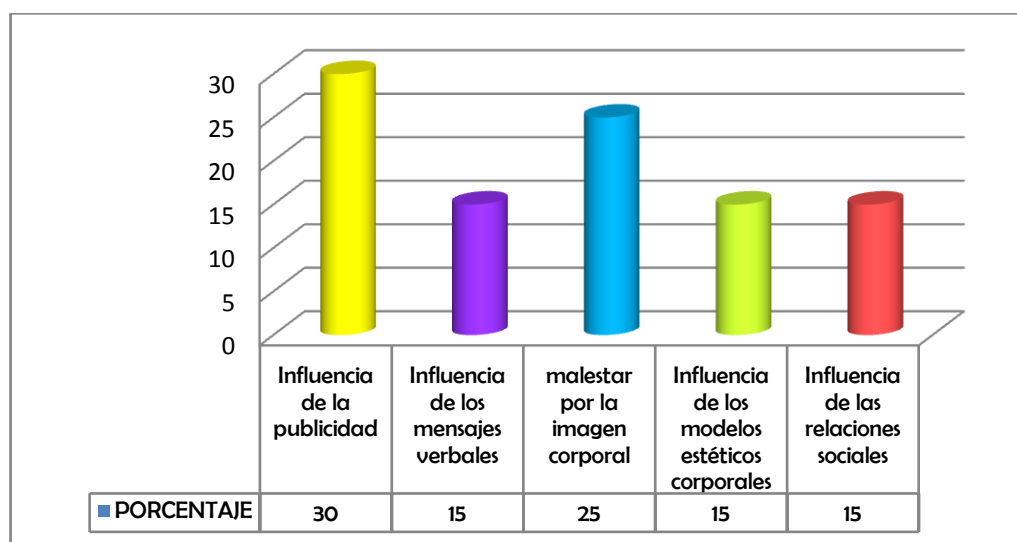
FACTORES SOCIOCULTURALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Influencia de la publicidad	6	30
Influencia de los mensajes verbales	3	15
Malestar por la imagen corporal	5	25
Influencia de los modelos estéticos corporales	3	15
Influencia de las relaciones sociales	3	15
TOTAL	20	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 8

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON RIESGO MODERADO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

De los 20 adolescentes pertenecientes al grupo de <<riesgo moderado de padecer trastornos de la conducta alimentaria>> con factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa con 2 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, con un 30%; malestar por la imagen corporal con el 25%).

TABLA N° 9

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013

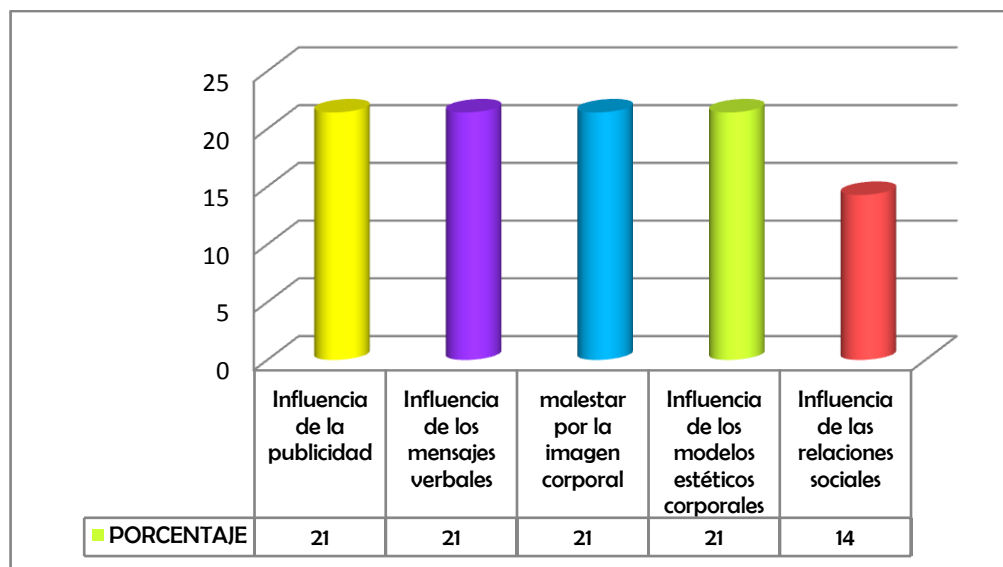
FACTORES SOCIOCULTURALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Influencia de la publicidad	6	21
Influencia de los mensajes verbales	6	21
Malestar por la imagen corporal	6	21
Influencia de los modelos estéticos corporales	6	21
Influencia de las relaciones sociales	4	14
TOTAL	28	100

Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

GRÁFICO N° 9

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO PERIODO JUNIO – NOVIEMBRE 2013



Autor: Lily Díaz Banegas

Fuente: Hoja de recolección de datos "EAT-26 Y CIMEC"

De los 28 adolescentes pertenecientes al grupo de <<trastornos de la conducta alimentaria>> con factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa en 4 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, los modelos estéticos corporales e influencia de los mensajes verbales) con un 21% cada uno.

VII. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación realizada en el Instituto Daniel Álvarez Burneo sobre trastornos de la conducta alimentaria, se determinó que fueron 296 adolescentes en total, el 56% corresponde al género femenino, y el 44% pertenecen al género masculino, entre las edades de 14 a 19 años.

Se determinó que el 13% presentó trastornos alimentarios, es decir, superaba el punto de corte de 20 puntos del Cuestionario Eating Attitudes Test-26 y el 10% de la población se encontró en riesgo moderado de padecer trastornos alimentarios. De acuerdo al estudio realizado por Camarillo y cols en el 2013 en España (4), se determinó que la población que tiene conductas alimentarias patológicas representa el 4%, y la población en riesgo se encontró el 5%, según la encuesta EAT. Según Piñeros (12) en un estudio realizado en Bogotá 2010, se encontró que el 15.1% de los jóvenes tuvo diagnóstico probable de TCA mediante el EAT-26. La cifra que se encontró en el presente estudio está dentro de las publicaciones de la literatura internacional que describen una presentación de trastornos alimentarios del 2.4% a 21.9%.

En el presente estudio 38 adolescentes presentaron algún tipo de trastorno alimentario, el más frecuente fue el Trastorno alimentario no especificado (TANE) con un 42%, la anorexia atípica se presentó con un 32%, y la bulimia atípica con un 26%.

El estudio realizado por Ángel y otros (8) aplicó el instrumento de tamizaje ECA desarrollado por los autores, para detectar conductas de riesgo de TCA en 411 jóvenes universitarios de ambos sexos, en Bogotá. Se encontró un 0,5% en riesgo de anorexia nerviosa; 2,2% en riesgo de bulimia nerviosa y un 28% para cuadros incompletos de anorexia o bulimia y trastorno por atracones. Un segundo estudio comunitario realizado por el mismo grupo de investigadores en 2770 jóvenes de ambos sexos, en 6 colegios de la universidad de Bogotá, la prevalencia de anorexia nerviosa fue de 0,28%, de 3,25% para bulimia y de 33,6% para trastornos de la alimentación no especificados. De acuerdo a un estudio realizado por Mendoza (11) en México

2011, el 8% mostro sintomatología de anorexia, el 6% síntomas de bulimia, 3% se ubicó en la categoría de mixto, el 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

En el presente estudio el porcentaje estimado en la población total sería para anorexia nerviosa 4%, bulimia nerviosa 3%, trastorno alimentario no especificado 5% y el 87% no presenta trastornos alimentarios, estas cifras se presentan superiores a las descritas en los estudios antes mencionados aplicados en población de la misma edad.

El género que con mayor frecuencia sufre algún tipo de trastorno alimentario es el femenino. La anorexia nerviosa atípica se presentó más frecuente el género femenino en un 75% en relación al masculino con 25%. La bulimia nerviosa atípica se presentó con más frecuencia el género femenino con un 60%, y el masculino con 40%. El Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) se presentó más frecuente el género femenino con un 75% mientras que el masculino con un 25%. La anorexia nerviosa atípica se presentó más frecuente en la edad de 16 años con un 42%. La bulimia nerviosa atípica se presentó más frecuente en la edad de 15 años con un 40%, El trastorno no específico de la conducta alimentaria se presenta con más frecuencia en la edad de 15 años, (50%).

Según un estudio realizado por Jáuregui Lobera I, y cols; (Madrid 2009), aproximadamente el 1% de las mujeres tienen conductas del espectro de la anorexia y el 5% de la bulimia. De los afectados, son varones entre el 3 y 10%. La bulimia también afecta más a mujeres, aunque con menor proporción respecto a los varones que en la anorexia (5:1). La edad de mayor riesgo para presentar trastornos alimentarios, parece situarse entre los 10 y 24 años; el 85% desarrollan anorexia entre los 13 y 20 años. La bulimia tiene un comienzo más tardío (entre los 15 y 20 años), que suele situarse en torno a los 17 años.

Se pudo determinar que existe concordancia en cuanto a la edad de presentación de los trastornos alimentarios, con predominio en el género femenino.

El 29% de la población total presentó factores de riesgo. El grupo de los adolescentes que presentaron un <<bajo riesgo de padecer trastornos alimentarios>> el 17% posee factores socioculturales y el 83% no presenta factores influyentes. El grupo de adolescentes con un <<riesgo moderado de padecer trastornos alimentarios>> existió el 67% con factores socioculturales, mientras que el 33% sin factores socioculturales. El grupo de adolescentes con <<trastornos de la conducta alimentaria>> el 74% presentó factores socioculturales influyentes.

De los 38 adolescentes pertenecientes al grupo de <<bajo riesgo de poseer trastornos de la conducta alimentaria>> los factores socioculturales predominantes mediante la aplicación del cuestionario CIMEC fueron significativas en 3 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, y los modelos estéticos corporales) con un 21% cada uno. De los 20 adolescentes pertenecientes al grupo de <<riesgo moderado de poseer trastornos de la conducta alimentaria>> con factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa con 2 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, con un 30%; malestar por la imagen corporal con el 25%). 28 adolescentes pertenecientes al grupo de <<trastornos de la conducta alimentaria>> con factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa en 4 de las 5 escalas (influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, los modelos estéticos corporales e influencia de los mensajes verbales) con un 21% cada uno.

Según el estudio realizado por Chávez (5) y cols, en México 2007, se encontró que el 23.6% de los estudiantes mostró influencia del Cuestionario CIMEC que evalúa los modelos estéticos corporales. Al analizar la influencia sociocultural del modelo de delgadez, se encontró mayor insatisfacción de la imagen corporal cuanto se incrementaba la influencia social, estableciendo

significativamente aumento en la preocupación por el peso, imagen y alimentación.

De acuerdo al siguiente estudio realizado por Esnaloa I, Rodríguez A, y Goñi A, en el 2008: Entre las mujeres, las correlaciones entre la insatisfacción corporal y la escala CIMEC fueron significativos, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Entre los hombres, se encontraron correlaciones significativas en los adolescentes entre insatisfacción corporal e la influencia de la publicidad y la influencia de las situaciones sociales.

En el presente estudio se encuentra en relación en cuanto a la influencia de insatisfacción corporal y las diferentes escalas excepto en la influencia de las situaciones sociales que afecta en menor porcentaje en la población estudiada, pero la escala de modelos estéticos corporales se encuentra más correlacionada.

VIII. CONCLUSIONES

- 1) El 13% de adolescentes presentaron trastornos alimentarios; de los cuales el trastorno alimentario más frecuente fue el Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) representando el 42%, la anorexia nerviosa atípica se presentó en un 32%, y la bulimia nerviosa atípica en el 26%.

- 2) El género femenino se presentó con más frecuencia en todos los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa atípica se presentó en un 75%, la bulimia nerviosa atípica en el 60%, en el Trastorno Alimentario no Especificado se presentó en el 75%. En cuanto a la edad de presentación, la anorexia nerviosa se presentó más frecuente en la edad de 16 años, la bulimia en la edad de 15 años y el Trastorno Alimentario no Especificado en la edad de 15 años.

- 3) El 29% de los adolescentes en total tienen factores socioculturales de riesgo y están afectados por la influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal y modelos estéticos corporales. Los adolescentes que presentaron algún trastorno alimentario, el 74% presentaron factores socioculturales influyentes y están afectados por la influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, modelos estéticos corporales y mensajes verbales.

- 4) Se realizó la entrega de información a través de trípticos para concientizar a los adolescentes y maestros sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda una educación dietética que tenga en cuenta las costumbres culturales y el tipo de vida, con el fin de desarrollar una cultura de la alimentación apoyada en los conocimientos de la propia población, no sujeta a modas.
2. Se recomienda incluir a la población masculina en programas de salud concernientes con los trastornos alimentarios y crear grupos de apoyo psicológico en el instituto puesto que actualmente los trastornos alimentarios se presentan más frecuentemente en adolescentes.
3. Los adolescentes deberían ser informados sobre los riesgos de la exposición a medios de comunicación no recomendables, principalmente programas de televisión e información a través del internet.
4. Continuar con otros estudios similares que ayuden a crear programas de intervención para disminuir el riesgo de estos trastornos, en el instituto se recomienda impartir materias que profundicen el tema de trastornos alimentarios.

X. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo amplio de problemas clínicos en los que se entrelazan aspectos psicopatológicos, médicos y relacionales. Se debe llevar a cabo programas de intervención que modifiquen los factores que se consideren que puedan ejercer una acción etiológica en los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo aquellos que son comunes y que afectan a un gran porcentaje de la población, como son los factores socioculturales. Es importante que desde esta etapa de la vida, se detecte a los jóvenes preocupados por su ingestión alimentaria y su imagen corporal, para evitar que adopten conductas alimentarias restrictivas incorrectas que pongan en riesgo su vida.

1. Dentro de la “prevención primaria” encaminada a reducir el trastorno alimentario se propone a los departamentos de salud y educación emprender el diseño, elaboración, programación y ejecución de campañas informativo-educativas sobre la forma de ejercer una alimentación correcta y saludable que se refleje en un peso óptimo, y que destaque hábitos del bien comer, bien beber y la adopción del ejercicio físico. Estas campañas deben ofrecer a la juventud la oportunidad de un pleno desarrollo de sus aptitudes, para convertirse en adultos sanos y productivos; también proveer información dirigida en primer lugar a los adolescentes de riesgo y sus familias, a la población general, es útil aumentar la información para defenderla de la publicidad; en aspectos como suplementos de dieta, alimentación básica, peligros de las restricciones dietéticas y demanda de medidas no realistas para lograr una estética inalcanzable; para que disminuya la presión social y se genere cánones estéticos más realistas.
2. Siendo los adolescentes un grupo de riesgo que suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso y tamaño, se plantea a la institución la educación temprana en aspectos como alimentos, ejercicio, dietas, además de enseñar actividades físico-recreativas, que le permitan afianzar y aceptar la imagen corporal de los adolescentes, ya que pueden reducir la futura aparición de estas enfermedades.
3. Los profesionales de la salud se plantea:

- a. La identificación de los grupos de riesgo, mediante la aplicación continua de cuestionarios encaminados a la detección oportuna de los trastornos alimentarios
 - b. Vigilar el normopeso del adolescente, para proponerle un consumo de alimentos adecuados en cantidad y calidad, debido a que muchos Trastornos de la Conducta Alimentaria comienzan tras la sensación (objetiva o subjetiva) de obesidad por parte del adolescente.
 - c. Identificar signos de alarma en adolescentes como alteraciones en la dieta, alteraciones conductuales, o psicopatológicas, delgadez, pérdida o grandes oscilaciones de peso, amenorrea, erosiones dentales, hipertrofia de glándulas salivares, callosidades en la mano: signo de Russell.
4. Dentro de la “prevención secundaria” se propone al personal de salud, principalmente al médico familiar, pediatra, odontólogo y ginecólogo la preparación necesario para la detección y orientación al paciente y familiares con trastornos alimentarios para iniciar un tratamiento.

10.1. TRÍPTICO

POSIBILIDADES

FACTORES I

- Ansiedad
- Pensamientos
- sentimientos
- compulsivos

FACTORES PSI

Expectativas; no l de las demás; per todos se sienten in tuos.

FACTOR

- Sobre prot
- Disfunción
- Inseguridad

FACTORES

- Los medios
- bueno con la
- Se relaciona
- gentes con un
- Las personas
- tivas la asoci
- fracaso.

Trastornos alimentarios

CONSEJOS PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Una buena alimentación es fundamental para tu correcto desarrollo. Es necesario seguir un orden en la dieta.
- Es importante el entorno en el que realices las comidas, come despacio y tranquilo y que comas en familia.
- No te dejes engañar, no existen dietas milagrosas ni productos dietéticos mágicos para adelgazar.
- Si decides ponerte a dieta, hazlo bajo la supervisión de un especialista.
- Si crees que te falta información sobre lo que debes comer, pídesela a tus padres, profesores o a tu médico de familia. Es fundamental que resuelvas tus dudas.
- Como tú te valores influye cómo te valoran los demás, quíete y te quemán.
- No existe un cuerpo ideal, la diversidad es una característica de la humanidad.
- Desarrolla una actitud crítica de la publicidad y modelos físicos imperantes.

¿DÓNDE PODEMOS ACUDIR PARA BUSCAR AYUDA PROFESIONAL?

Si crees que puedes sufrir algún trastorno alimentario, es fundamental que pidas ayuda, habla con tus padres y personas de confianza, el proceso de atención para este tipo de enfermedades se inicia en tu centro de atención primaria de salud, donde el médico general o el pediatra te asesorarán y valorarán tu caso. También existen unidades de hospitalización (de referencia) para atender a aquellas personas afectadas que, por la gravedad de su situación requieren hospitalización.

No te preocupes por la confidencialidad. Todos los detalles que compartas con los profesionales de la salud son una información personal y privada.

TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN

Fuentes
Guía de Salud. Trastornos alimentarios. Disponible en: http://www.guiasalud.es/CPC/PC_440_71_Conduc_Alim_pacientes.pdf
Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia. Disponible en: http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Área de la Salud Humana
 Carrera: Medicina Humana

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por adoptar conductas de alimentación anormales como respuesta a su insatisfacción con su imagen corporal.

Realizado por:
 Lily Gianella Díaz B.
Docente coordinador:
 Dr. Edwin Jaramillo

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez G, Franco K, López X, Mancilla J, Vázquez R. **IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.** Rev. Salud publica 11. México, México. 2009 pg. 568-578
2. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina M. **EPIDEMIOLOGÍA DE LOSTRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE ADOLESCENTES.** Rev. Salud Mental. [Internet]. 2012. [Citado 28 nov 2013]; 35: 483-490. Disponible en:
http://www.esalud.gob.mx/c/document_library/get_file?uuid=73349730-833f-4267-97af-f12ac5a0a92c&groupId=117267
3. Black W Donald, Andreasen C. Nancy. **INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA.** 5ª. Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2012. Pág. 287-298.
4. Camarillo Ochoa N, Cabada Ramos E, Gómez Méndez A, Munguía Alamilla E. **PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES.** Rev. Esp. Med. [Internet]. 2013. [Citado 30 nov 2013]; 18: 51-55. Disponible en:
<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades/mq/2013/Enero-Marzo/EMQ%201.10%20Prevalencia.pdf>
5. Chávez Rosales E, Camacho Ruíz J, Maya Martínez M, Marquez Molina O. **CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN.** Rev. Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2012. [Citado 30 nov 2013] 3: 29-37. Disponible en:
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/192/227>
6. **CIE-10.** Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana. 2000.

7. **DSM-IV-TR.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson. Barcelona 2002.
8. Gómez R Carlos, Hernández B Guillermo, Rojas U Alejandro, Santacruz O Hernán, Uribe R Miguel. **PSIQUIATRÍA CLÍNICA:** Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ª edición. Bogotá-Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2008. Pág. 466-472
9. Kaplan I Harold, Sadock J Benjamin. **SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA.** 8a edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 2004. Pág. 816-828.
10. Lobo S Antonio. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA GENERAL.** 1ª edición. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. 2013. Pág. 461-478.
11. Mendoza S, Guadarrama R. **FACTORES DE RIESGO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA.** Enseñanza e investigación en psicología. [Internet]]. 2011 [citado 15 nov 2013]; 16 (2). 125-136 Disponible en:
http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Guadarrama.pdf
12. Piñeros Ortiz S, Molano Caro J, Lopez de Mesa C. **FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN JOVENES ESCOLARIZADOS DE CUNDINAMARCA (COLOMBIA).** Rev, colombiana de Psiquiatría. [Internet]]. 2010 [citado 15 nov 2013]; 39 (2). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502010000200007&script=sci_arttext
13. Portela de Santana M.L, Mora Giral M, Raich R. M, Ribeiro Junior H. da Costa. **LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS**

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA; UNA REVISIÓN. Nutr Hosp. [Internet]. 2012 [citado 12 agos 2013]; 27 (2): pág. 391-401. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5573.pdf>

14. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES.

Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador, 2009. Pg. 138-143

15. Ramírez Al, Moreno M, Yepes M, Posada A, Pérez G, Roldan P.

PREVALENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN Y EL ÁREA METROPOLITANA. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.

16. Ruiz PJ. ANOREXIA Y BULIMIA EN LA INFANCIA Y

ADOLESCENCIA: CUESTIONES ÉTICAS Y MÉDICO-LEGALES IMPLICADAS EN SU ATENCIÓN. En: Plan de Formación continuada 2003 para médicos forenses. Madrid: ministerio de Justicia. CEJAJ; 2004. P. 541-64

17. Salas F, Hodgson I, Figueroa D, Urrejola P. CARACTERÍSTICAS

CLÍNICAS DE ADOLESCENTES DE SEXO MASCULINO CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ESTUDIO DE CASOS CLINICOS. Rev. Med. Chile. [Internet]. 2011 [citado 12 agos 2013]; 139 (2): pág. 182-188. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000200007

18. Sánchez P Felipe. LECCIONES DE PSIQUIATRÍA. 1ª edición. Madrid-España. 2010.

19. TRASTORNOS ALIMENTARIOS: GUÍA MÉDICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Criterios Diagnósticos-Clínica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latín Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 1999. Pg. 50-51.

XII. ANEXOS

12.1. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN

Loja, 17 de julio del 2013

Hno.

Mariano Morante Montes

**RECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL
ÁLVAREZ BURNEO”**

Ciudad.

De mi consideración.

Lily Gianella Díaz Banegas, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, mediante la presente me dirijo a usted, con el objetivo de solicitar se conceda el permiso correspondiente para la aplicación de 2 cuestionarios dirigidos a los alumnos de bachillerato aproximadamente 8 paralelos, en vista de que estoy realizando mi tesis de investigación titulada “**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL ITSDAB EN LA CIUDAD DE LOJA**” para obtener el Grado de Médico General, para lo cual adjunto la hoja de recolección de datos para la respectiva autorización.

Por la atención y respuesta favorable que sea expresada ante la presente, le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente.



Lily Gianella Díaz Banegas

12.2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA



ENCUESTAS DIRIGIDAS PARA ESTUDIANTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO”

La presente investigación es realizada por Lily Díaz Banegas, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Esta investigación pretende evaluar las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Si decides participar en este estudio, se te pedirá completar dos encuestas. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de tu tiempo.

La participación es estrictamente voluntaria. Además, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los previstos para esta investigación. Una vez que se hayan vaciado los datos, las pruebas se destruirán.

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él. Igualmente, puedes retirarte cuando lo desees, sin que eso te perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista te parecen incómodas, tienes el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya agradezco tu participación.

Por favor, complete los siguientes datos:

EDAD: años

GÉNERO: Hombre
 Mujer

En caso de ser mujer conteste lo siguiente:

- Fecha de su primera menstruación

 A los años

 No he tenido todavía la primera menstruación

- Fecha de su última menstruación:

- Ha presentado irregularidades o ausencia de menstruación durante 3 o más periodos menstruales seguidos.

 Si

 No

CUESTIONARIO N° 1

A cada ítem contesta con una escala de 6 puntos:

1. Siempre	2. Muy amenudo	3. A menudo	4. Algunasveces	5. Raramente	6. Nunca
------------	----------------	-------------	-----------------	--------------	----------

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6
1 Me da mucho miedo pesar demasiado						
2 Procuo no comer aunque tenga hambre						
3 Me preocupo mucho por la comida						
4 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer ¿Cuántas veces a la semana? 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces o más _____ Durante el siguiente periodo último de tiempo 1 mes _____ 2 meses _____ 3 meses _____						
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9 Vomito después de haber comido						
10 Me siento muy culpable después de comer						
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15 Tardo en comer más que las otras personas						
16 Procuo no comer alimentos con azúcar						
17 Como alimentos de dieta.						
18 Siento que los alimentos controlan mi vida						
19 Me controlo en las comidas						
20 Noto que los demás me presionan para que coma						
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23 Me comprometo a hacer régimen						
24 Me gusta sentir el estómago vacío						
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

CUESTIONARIO N° 2

A cada ítem se contesta con una escala de tres puntos:

2. Si, siempre	1. Si, a veces	0. No, nunca
----------------	----------------	--------------

INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD	2	1	0
1.- ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?			
2.- ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?			
3.- ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?			
4.- ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos?			
5.- ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes anuncios dedicados a esos productos?			
6.- ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?			
7.- ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?			
8.- ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?			
9.- ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?			
10.- Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ves un anuncio dedicado a ellas?			

INFLUENCIA DE LOS MENSAJES VERBALES	2	1	0
11.- ¿Hablas con tus amig@s y compañer@s acerca de productos o actividades adelgazantes?			
12 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta.etc?			
13 ¿Comentan tus amig@s y compañer@s los anuncios y productos destinados a adelgazar?			
14 ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?			

MALESTAR POR LA IMAGEN CORPORAL	2	1	0
15 ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gordit@ el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador etcétera)?			
16 -¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?			
17 ¿ Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?			

18 ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?			
19 ¿ Te angustia que te digan que estas "llenit@", "gordit@" , "redondit@" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?.			
20 ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?			
21 ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?			
22 ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?			

INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES	2	1	0
23 Cuando estás viendo una película, ¿miras a l@s actores/actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?			
24. MUJER: ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o de las muchachas que practican gimnasia rítmica? HOMBRE: ¿Envidias el cuerpo de los muchachos que practican deporte?			
25 ¿Cuándo vas por la calle te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?			
26 ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?			
27 MUJER: ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas en trajes de baño o ropa interior? HOMBRE: ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachos en trajes de baño o ropa interior?			
28 ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas?			

INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES	2	1	0
29 ¿Tienes alguna amig@ o compañer@ angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?			
30 ¿Tienes alguna amig@ o compañer@ que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?			

XIII. ÍNDICE

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
I. TÍTULO	1
II. RESUMEN	3
SUMARY	5
III. INTRODUCCIÓN	7
IV. REVISIÓN LITERARIA	11
4. 1. ADOLESCENCIA	12
4.1.1 DEFINICIÓN	12
4.1.2. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	12
4.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	13
4.2.1. DEFINICIÓN	13
4.2.2 CLASIFICACIÓN	14
4.2.3. EPIDEMIOLOGÍA	14
4.2.4. ANOREXIA NERVIOSA	17
4.2.4.1. ETIOPATOGENIA.	17
4.2.4.2 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.	20
4.2.4.3. SUBTIPOS	24
4.2.4.4. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS	24
4.2.4.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27
4.2.5. BULIMIA NERVIOSA	29
4.2.5.1. ETIOPATOGENIA	29
4.2.5.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS	31
4.2.5.3. SUBTIPOS	35
4.2.5.4. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS	35
4.2.5.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	37
4.2.6. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	38
4.2.7. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	39
4.2.7.1. ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA	39
4.2.7.2. BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA	39
4.2.7.2. HIPERFAGIA NO ORGÁNICA EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	40
4.2.7.3. VÓMITOS EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	40
4.2.7.4. PICA O ALITROFAGIA	40
4.2.7.5. TRASTORNO POR ATRACONES	40
V. MATERIALES Y MÉTODOS	41
5.1. TIPO DE ESTUDIO	42
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	42
5.3. UNIVERSO Y MUESTRA	42
5.4. METODOS E INSTRUMENTOS	43
5.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
5.6. PLAN DE TABULACIÓN	46
	82

VI. RESULTADOS	47
TABLA Y GRÁFICO N° 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	48
TABLA Y GRÁFICO N° 2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	49
TABLA Y GRÁFICO N° 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DISTRIBUIDOS POR GÉNERO	50
TABLA Y GRÁFICO N° 4. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DISTRIBUIDOS POR EDAD	51
TABLA Y GRÁFICO N° 5. ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN EL RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	53
TABLA Y GRÁFICO N° 6. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES SEGÚN EL RIESGO DE POSEER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	54
TABLA Y GRÁFICO N° 7. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON BAJO RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	55
TABLA Y GRÁFICO N° 8. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON RIESGO MODERADO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	56
TABLA Y GRÁFICO N° 9. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	57
VII. DISCUSIÓN	58
VIII. CONCLUSIONES	63
IX. RECOMENDACIONES	65
X. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	67
10.1. TRÍPICO	70
XI. BIBLIOGRAFÍA	72
XII. ANEXOS	77
12.1. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN	78
12.2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	79
XIII. ÍNDICE	83