

The logo of the Universidad Nacional de Loja is a large, circular emblem. It features a central figure holding a torch, surrounded by a banner with the motto "IN THE PIS SAPIENTIE GLORIE ET IN VITA". The emblem is set against a background of a map of Ecuador. The text "UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" is written in a bold, blue, serif font across the top of the emblem.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

*CARRERA DE MEDICINA HUMANA*

**“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN  
CON LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA LA INMACULADA DE LOJA.”**

Previo a la obtención del título de  
Médico General

**Aspirante:**

Karla Vanessa Arévalo Calderón.

**Directora:**

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.Mg.Sc

1

LOJA - ECUADOR

2016

## CERTIFICACIÓN

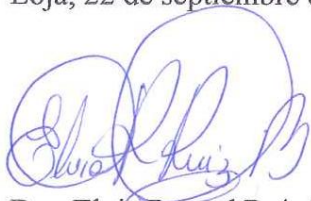
Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán Mg. Sc.

Directora de Tesis.

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación titulado: **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN CON LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LA INMACULADA” DE LOJA.**” de autoría de la Srta. Karla Vanessa Arévalo Calderón, egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, ha sido dirigida y asesorada durante el proceso de ejecución, por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para el trámite respectivo.

Loja, 22 de septiembre de 2016.



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán Mg. Sc.  
**DIRECTORA DE TESIS**

**AUTORÍA**

Yo, Karla Vanessa Arévalo Calderón, declaro ser el autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional-biblioteca virtual

AUTORA: Karla Vanessa Arévalo Calderón



FIRMA:

NRO.CEDULA: 1104114606

FECHA: 22 de septiembre de 2016.


## CARTA DE AUTORIZACION

Yo, Karla Vanessa Arévalo Calderón, declaro ser la autora de la tesis titulada **“ TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN CON LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA INMACULADA DE LOJA”**, como requisito para optar al título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y dos días del mes de septiembre de dos mil dieciséis, firma la autora.

Firma   
 Karla Vanessa Arévalo Calderón  
 1104114606

Dirección Domiciliaria: Época, calle Canadá Y Suriname esquina.

Correo Electrónico: karlochi\_v13@hotmail.com

Nro Celular: 0994477727.

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán. Mg. Sc

Directora de tesis.

Datos del tribunal.

Dr. Tito Goberth Carrión Dávila.

Presidente del tribunal.

Dra. Carmelina Esperanza Severino Correa. Mg.Sc

Miembro del tribunal.

Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna. Esp.

Miembro del tribunal.

**DEDICATORIA**

*El presente trabajo es el inicio de uno de mis más grandes sueños, sueño que solamente pudo ser completo gracias al apoyo de mi familia, en especial mis padres, los cuales me han dado la oportunidad de demostrar mi potencial y desarrollarlo.*

***Karla Vanessa Arévalo Calderón.***

## **AGRADECIMIENTO**

*Mi agradecimiento eterno siempre será para los pilares fundamentales de mi vida y mi carrera Dios y mis padres, de los cuales aprendí lo necesario para buscar mi camino y realizar mis metas, mis hermanos los cuales, cada uno me ha dejado una gran enseñanza, la cual ha marcado de forma positiva mi futuro y ha encaminado a valorar la vida.*

*A mi querida universidad, por darme la oportunidad de conseguir mi meta, y enseñarme lo más importante para mi desenvolvimiento, y a luchar por mis ideales con el arma más importante la del saber. Marlon, el cual ha sido uno de mis más fieles colaboradores en la realización de este sueño compartido. Un pilar indispensable para este trabajo ha sido la guía y tutoría de la Dra. Mg. Sc. Elvia R. Ruiz B, Directora de Tesis por haber dirigido mi trabajo de investigación con alta calidad científica paciencia y calidez humana durante todo el proceso. Además, mi más sincera gratitud al personal docente y estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, por la apertura y colaboración prestada para la realización de la presente investigación.*

Srta. Karla Arévalo Calderón

Autora

# Índice

|  |     |
|--|-----|
| Certificación.....   | ii  |
| Autoría.....   | iii |
| Carta de autorización.....   | iv  |
| Dedicatoria.....   | v   |
| Agradecimiento.....  | vi  |
| Índice.....  | vii |
| Título.....  | 1   |
| Resumen.....   | 2   |
| Abstract.....  | 3   |
| INTRODUCCIÓN.....  | 4   |
| 2. Revisión de literatura.....   | 8   |
| 2.1 Adolescencia.....  | 8   |
| 2.1.1 Definiciones.....  | 8   |
| 2.1.2 Etapas de la adolescencia.....                                   | 8   |
| 2.1.2.1 Adolescencia temprana: 10 a 14 años.....                       | 9   |
| 2.1.2.2 Adolescencia media: 14 a 18 años.....                          | 9   |
| 2.1.2.3 Adolescencia tardía: 18 a 28 o más años.....                   | 10  |
| 2.1.3 Adolescencia y familia.....                                      | 10  |
| 2.1.4 Adolescencia y trastornos alimenticios.....                      | 12  |
| 2.1.4.1 Relación.....  | 12  |
| 2.2 Trastornos de la conducta alimentaria.....                         | 13  |
| 2.2.1 Definiciones.....  | 13  |
| 2.2.2 Epidemiología de los trastornos alimenticios.....                | 14  |
| 2.2.3 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.....  | 16  |
| 2.2.4 Fisiopatología de los trastornos de la conducta alimentaria..... | 17  |
| 2.2.5 Diagnostico.....   | 19  |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| 2.2.5.1   | Criterios diagn3sticos de los trastornos de la conducta alimentaria.                          | 20 |
| 2.2.5.1.1 | Criterios actuales de la anorexia nerviosa.....   | 20 |
| 2.2.5.1.2 | Criterios diagn3sticos para bulimia nerviosa.....   | 21 |
| 2.2.6     | Complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.....                              | 23 |
| 2.2.7     | Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.                                     | 24 |
| 2.2.7.1   | Tratamiento para anorexia nerviosa.....   | 27 |
| 2.2.7.1.1 | Criterios de hospitalizaci3n para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria..... | 27 |
| 2.2.7.2   | Tratamiento para bulimia nerviosa.....  | 28 |
| 2.2.8     | Pronostico de los trastornos de la conducta alimentaria.                                      | 28 |
| 2.2.9     | Prevenci3n de los trastornos de la conducta alimentaria.....                                  | 29 |
| 2.3       | Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.....  | 29 |
| 2.3.1     | Definici3n de familia.....  | 30 |
| 2.3.2     | Definici3n de funcionalidad familiar.....   | 31 |
| 2.3.3     | Definici3n de disfuncionalidad familiar.....  | 31 |
| 2.3.4     | Funciones de la familia. ....   | 31 |
| 2.3.4.1   | Funciones generales.....  | 31 |
| 2.3.4.2   | Funciones b3sicas de la familia.....  | 32 |
| 2.3.4.3   | Clasificaci3n de la familia.....  | 33 |
| 2.3.5     | Influencia de la familia en los trastornos alimenticios. ....                                 | 35 |
| 3.        | Metodologia.....  | 37 |
| 3.1       | Variables y Operacionalizaci3n.....   | 37 |
| 3.2       | Instrumentos.....   | 38 |
| 3.3       | Procedimientos.....   | 39 |
| 4.        | Resultados.....   | 40 |
| 4.1       | Tablas generales.....   | 41 |
| 4.2       | Resultado para el primer objetivo.....  | 42 |
| 4.3       | Resultado para el segundo objetivo.....   | 43 |
| 4.4       | Resultado para el tercer objetivo.....  | 44 |



|  |    |
|--|----|
| 5. Discusión.....  | 45 |
| 6. Conclusiones.....   | 48 |
| 7. Recomendaciones.....  | 49 |
| 8. Bibliografía.....   | 51 |
| 9. Anexos.....   | 55 |
| 9.1 Anexo # 1 Aprobación del tema.....   | 56 |
| 9.2 Anexo # 2 Pertinencia del tema.....  | 57 |
| 9.3 Anexo # 3 Designación de director de tema.....                                   | 58 |
| 9.4 Anexo # 4 Autorización de la Unidad Educativa “ La Inmaculada<br>.....           | 59 |
| 9.5 Anexo # 5 Consentimiento informado.....  | 60 |
| 9.6 Anexo # 6 Test EAT-26 para trastornos de la conducta alimentaria.....            | 61 |
| 9.7 Anexo # 7 Test FF-SIL para función familiar.....                                 | 62 |
| 9.8 Anexo # 8 Tríptico de trastornos de la conducta alimentaria.....                 | 65 |
| 9.9 Anexo # 9 Planificación de charlas estudiantiles.....                            | 68 |
| 9.10 Difusión de resultados.....   | 70 |
| 9.11 Certificado de traducción de resumen por academia Canadian House<br>Center..... | 71 |

**“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD  
EDUCATIVA LA INMACULADA DE LOJA.”**

## RESUMEN

Los trastornos alimentarios son enfermedades que causan graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso, los estudios realizados consideran que el aumento considerable año a año depende de números factores, uno de los más importantes es la disfunción familiar.

El objetivo del estudio fue establecer relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción familiar, esto se realizó aplicando el test de conducta hacia la alimentación y el test FF-SIL que valora funcionalidad familiar, encontrándose que el 84% de las estudiantes participantes presentan trastornos de la conducta alimentaria y que más del tercio de las familias presentan disfunción familiar, predominando la disfunción moderada. Al establecer relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción familiar muestran una fuerte asociación estadística, demostrada con un OR de 9.25, y un intervalo de confianza de 3-47-24.62, esto además se ve reflejado en el valor de  $p$  0.000002, menor al valor establecido de 0,05 lo cual determina significancia estadística.

Se planteó un estudio descriptivo, analítico transversal, realizado en la unidad educativa fiscomisional “La Inmaculada” de un total de 600 estudiantes mujeres en edades entre 12 y 17 años, con una desviación estándar de  $\pm 2,5$  y un intervalo de confianza del 95%. La muestra se obtuvo a través de formula determinada con un resultado de 235 estudiantes, pero por motivos legales, falta de consentimiento de padres y negación expresa a participar la muestra fue de 118 estudiantes, las cuales fueron elegidas al azar, de acuerdo al número requerido para la muestra. El análisis y tabulación de datos a través del programa SPSS, para elaboración de tablas y gráficos. El Epiinfo a través de tabla de análisis de 2X2 nos permitió obtener las variables de verosimilitud Odd ratio y valor de  $P$  para significancia estadística.

### Palabras claves

**Trastornos de la conducta alimentaria- Disfunción familiar – Adolescentes.**

## ABSTRACT

Eating disorders are diseases that can cause serious disturbances in the daily diet, such as eating very small amounts or overeating. Several studies have determined that the significant annual increase in these disorders depends on many factors; one of the most important is family dysfunction.

The aim of this study was to establish the relationship between eating disorders and family dysfunction; the study applied an eating attitudes test and FF-SIL questionnaire that assesses family functioning. It was established that 84% of student participants had eating disorders and more than a third of families had family dysfunction, mainly moderate dysfunction.

When establishing the relationship between eating disorders and family dysfunction, a strong statistical association was noticed which was demonstrated using an OR of 9.25, and a confidence interval of 3-47-24.62, this was also reflected in the value of P 0.000002 that was lower than the set value of 0.05 which determined a statistical significance.

A descriptive cross-sectional study was designed and conducted at "La Inmaculada" Fiscomisional Educational Unit which included a total of 600 female students aged between 12 and 17 years old. The study also had a standard deviation of  $\pm 2.5$  and a confidence interval of 95%. A 235 student sample was obtained by applying a specific formula, but for legal reasons, lack of parental consent and expressed refusal to participate in this study, the actual study sample consisted of only 118 students, which were chosen randomly, according to the number required. The analysis and data tabulation were done using the SPSS program which allowed the development of tables and graphs. By means of a 2x2 analysis table, Epi Info software enabled us to obtain the variables of probability ODD ratio and P value for statistical significance.

### Keywords

Disorder eating behavior - Family dysfunction-adolescents.

## INTRODUCCION

En las últimas décadas la influencia de la estética y la belleza ha aumentado considerablemente en mujeres y hombres de todas las edades a nivel mundial, pero dicha influencia es mayor en un grupo de mujeres que se encuentran en una etapa de mayor vulnerabilidad a la crítica social, la adolescencia, como lo menciona la Psicóloga Carolina López C. en su estudio “Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, donde describe que los TCA (Trastornos de la conducta alimentaria) representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Se considera un trastorno más común entre las mujeres, pero los varones también se ven afectados por estos es una proporción de 1:10.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. Se consideran de las enfermedades mentales de mayor letalidad (Gayou-Esteva & Ribeiro-Toral, 2014). Siendo reconocidos a nivel mundial “como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido.

A nivel de España se considera que la población en riesgo se encuentra entre los 12 y 21 años, con una prevalencia de los trastornos alimenticios fue alrededor del 6%, específicamente 0,14- 1,38% para anorexia nerviosa, 0,41- 1,38 para bulimia nerviosa y del 2,7%-4,86% para trastornos de la conducta alimentaria no especificado. En total se considera una prevalencia de trastornos alimentarios del 4,1% - 6,41%. Además, en España varios autores como Morandé Casas, Zaragoza y Navarra, en los cuales se menciona que el grupo de edad más afectado se encuentra entre 12-20 años con una prevalencia de 4,15% - 4,69%. (Arrufat Nebot, 2006).

En América Latina se realizó un estudio en Argentina con 1.971 adolescentes. La edad media fue de 14,16. En los resultados se observó que un 80 % tenían resultados normales, mientras que un 20% tenían sospecha de un trastorno alimentario. Entre los casos positivos se encontró 81,8% con trastorno compulsivo por comer, en el 3,8% anorexia y en el 0,6 bulimia. En el 13,8% no se pudo confirmar a pesar de haber sospecha.(Carrera, 2012).

En un estudio realizado en la universidad de Estatal de Cuenca en el año 2012 se utilizó una muestra de 814 estudiantes de los cuales un 2,7% presentaba anorexia, las edades más afectadas se encontraban entre los 17 y 19 años. La prevalencia total de anorexia se ubica en un 4,4%. La prevalencia de trastornos alimenticios en este estudio es de 24%-26% en los adolescentes de 14- 16 años. (Carrera, 2012).

El funcionamiento familiar es el factor más estudiado en relación con los TCA. Los estudios muestran que las familias con TCA se caracterizan por menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes; así como mayor conflicto (Cruzat, Ramírez, Melipillán, & Marzolo, 2008).

En tanto que otros estudios abordan los diferentes tipos de TCA, al respecto Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena (2010) analizaron los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en una muestra de mujeres con TCA: 16 con AN, 24 con BN y 30 con TCANE (Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado) y 30 mujeres sin TCA (grupo de comparación) y encontrando como factores de riesgo y protección comunes a todos los TCA: la baja expresión y el fomento de actividades intelectuales-culturales respectivamente; y otros factores que sólo son aplicables a los trastornos específicos Anorexia y Bulimia.

En cuanto a los TCANE, a pesar de ser los TCA con mayor prevalencia, se cuenta con menor información sobre sus características familiares. Al respecto, Vidovic et al. (2005) encontraron que las familias TCANE, presentaban menor cohesión y comunicación, pero no encontraron diferencias en la adaptación familiar.

El aumento significativo en los últimos años como muestran los estudios ha motivado a desarrollar la pregunta de investigación siguiente ¿Cuál es la relación entre trastornos alimenticios y la disfunción familiar en las estudiantes de la Unidad Educativa “La Inmaculada” de Loja?

Se considera importante la realización de este estudio partiendo del hecho que las mujeres adolescentes están expuestas a críticas y a prototipos que impone nuestra sociedad para poder ser aceptado, lo cual tiene consecuencias fatídicas en ellas ya que sin importar los riesgos que constituye para su salud, realizan dietas estrictas, ejercicio

intenso, uso de laxantes, inducción de vómito, todo esto para conseguir el cuerpo perfecto, requerimiento para ser aceptadas por los demás y tener la atención que como seres humanos necesitamos de vez en cuando para sentirnos importantes, cuando nuestra autoestima no se ha fortalecido, como sucede en la etapa de adolescentes.

En esta etapa de cambios y retos para ellas es muy importante el apoyo familiar y la comprensión de la misma, es muy importante indagar como se encuentra la familia y delimitar si el problema de la autoestima de la estudiante no proviene de su núcleo familiar y de cierta forma orientar a una mejor forma de convivencia; informar a los padres y maestros de los riesgos que conlleva esta patología psiquiátrica.

Debemos resaltar el beneficio que van a obtener las estudiantes del ya mencionado colegio, ya que, al impartir charlas a padres, hijas y personal docente, estos entendieron los riesgos y la vulnerabilidad de las personas y de esta forma promover comprensión y apoyo de estos a las estudiantes.

Los resultados serán difundidos a través de trípticos con la información recolectada. Estos serán entregados en los colegios de la ciudad de Loja con el fin de prevenir en la comunidad adolescente este tipo de patologías psiquiátricas e informar sobre los riesgos para la salud que implican.

Por todo lo mencionado anteriormente se ha planteado como objetivos  
Identificar los trastornos de la conducta alimentaria en las estudiantes de la Unidad Educativa La Inmaculada de Loja en el periodo septiembre 2014- julio 2015; Determinar la presencia de disfunción familiar en las estudiantes de la Unidad Educativa La Inmaculada de Loja en el periodo septiembre 2014- julio 2015; Establecer la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción familiar en las estudiantes de la Unidad Educativa La Inmaculada de Loja en el periodo septiembre 2014- julio 2015; Diseñar un programa o propuesta para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria dirigida a la comunidad estudiantil (adolescentes, padres y madres de familia, maestros y maestras).

El presente estudio es de tipo analítico, descriptivo, transversal, el área de estudio fue la Unidad Educativa “La Inmaculada” de la ciudad de Loja, de un total de 600 estudiantes matriculadas en el periodo septiembre 2014 – julio del año 2015. Se incluyó a

las estudiantes mayores de 12 años legalmente matriculadas que deseen participar y obtengan el consentimiento informado.

Luego de obtenida la muestra, se procedió a elegir a las estudiantes participantes en el estudio al azar saltándonos un asiento hasta lograr la muestra requerida, excepto a aquellas que no desearon participar en el estudio o no obtuvieron el consentimiento informado, por lo cual solo se incluyó a 118 estudiantes.

Para la obtención de resultados se utilizó el programa spps y epiinfo para cumplimiento de nuestros objetivos, obteniendo las variables de verosimilitud y valor de  $p < 0,05$  que nos permiten determinar relación estadísticamente significativa en las variables cualitativas transversales.

Se utilizó el Test de Actitud hacia la alimentación (EAT 26) con confiabilidad de 92% global y variación según el tipo de población y cultura: 75% en jóvenes brasileñas 85% jóvenes italianas 86% en adolescentes madrileñas 87% en preadolescentes y adolescentes colombianos de ambos sexos 90% en adolescentes españolas y 94% en jóvenes españolas. (Constaín et al., 2014).

Además, se utilizó el test de Funcionalidad intrafamiliar (FF-SIL) elaborado, validado y aprobado desde 1994, a nivel específicamente de América central y Suramérica. La aplicación de este instrumento nos permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para el análisis tanto de la situación de salud e incluir el enfoque familiar.



## **2. REVISION LITERARIA.**

### **2.1 ADOLESCENCIA**

#### **2.1.1 DEFINICIONES**

La palabra adolescente viene del latín *adolescens, adolescentis* y significa ‘que está en período de crecimiento, que está creciendo’. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es ‘tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad’. (Pascualini Diana, 2010).

Según la Real Academia Española, adolescencia es la ‘edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo’.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Según Marcelo Viñar, es un tiempo transformacional de progresos y retrocesos, de logros y fracasos, cuyo tiempo de comienzo coincide con los primeros cambios puberales, y la fecha de cierre se ha estirado favorecida por el aumento de la expectativa de vida al nacer, y en los grupos cultos, por la extensión casi al infinito de estudios y diplomas de capacitación. Señala, también, que el tránsito adolescente no es madurativo, sino que es transformacional, es algo que se logra, se conquista con trabajo psíquico y cultural, o se estanca y se fracasa.

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia. Este proceso, hoy en día, se extiende más allá de los 20 años, ya que la posibilidad de independizarse económica y afectivamente de los padres se logra, en algunos ámbitos culturales, después de los 24 años. (Pascualini Diana, 2010).

## **2.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **2.1.2.1 Adolescencia temprana: 10 a 14 años**

Se desarrollan las características biológicas primarias y secundarias. Aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones. Los jóvenes presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. (Pascualini Diana, 2010)

Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de los adultos. Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal. Continúan ligados a sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo. (Pascualini Diana, 2010)

Progresa el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniéndose, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto. Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión. (Pascualini Diana, 2010)

### **2.1.2.2 Adolescencia media: 14 a 18 años.**

Aparecen nociones propias sobre proyecto de futuro. Se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares. Es de gran importancia la función del «amigo». A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos adolescentes. La pertenencia grupal facilita la transición adolescente.

Se agudiza la confrontación con los adultos. Es necesaria la confrontación generacional. La presencia del adulto sostiene el contraste generacional. El comportamiento arriesgado no implica siempre un deseo autodestructivo. A veces, expresa la búsqueda de una marca que los diferencie. Por ejemplo: piercing, tatuajes, modas y ritos adolescentes son utilizados para diferenciar la propia identidad.

Es necesario diferenciar situaciones propias del proceso adolescente de aquellas que implican comportamientos de riesgo, pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida. Ejemplo: Conducir alcoholizado o tirar una bengala en un lugar cerrado (Pascualini Diana, 2010).

### **2.1.2.3 Adolescencia tardía: 18 a 28 años.**

Paulatinamente, los jóvenes se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar. Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos. (Pascualini Diana, 2010).

Pueden aparecer sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. Esta crisis se acentuará, si al terminar la secundaria, no pueden desarrollar un proyecto viable y/o tienen que migrar y transculturalizarse, y/o ante dificultades de asumir el rol adulto. (Pascualini Diana, 2010).

Las relaciones con los padres se tornan más adultas. Se tiende a un mayor compromiso afectivo con la pareja. La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia. Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas. (Pascualini Diana, 2010).

La construcción de la identidad adolescente es diferente dependiendo: de los sistemas de valores en los que se desarrollan, del contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenecen, nivel de educación), del contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias). (Pascualini Diana, 2010).

### **2.1.3 ADOLESCENCIA Y FAMILIA.**

Los cambios fundamentales en la familia en este mundo globalizado son la disociación entre la conyugalidad (vínculos de pareja) y la filiación (vínculos entre padres e hijos). En la familia tradicional, estos dos vínculos eran indisolubles. En la actualidad, en cambio, la conyugalidad ha perdido su carácter indisoluble mientras que la filiación mantiene dicho carácter. (Pascualini Diana, 2010).

Tuñón I. manifiesta que las configuraciones familiares existentes son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos, y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad en su crianza, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza. Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. De la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán

en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. (Pascualini Diana, 2010).

Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico. (Pascualini Diana, 2010)

Según Di Segni Obiols, entre los y las adolescentes «hay quienes se sienten identificados con sus familiares, otros, son extranjeros en su propia casa». Crecen en un mundo mucho más complicado que el de sus abuelos, un mundo en el que las oportunidades de contacto, constancia y permanencia resultan poco frecuentes.

Diana Pascualini menciona en su libro salud y bienestar adolescente que entrando en la etapa de la adolescencia los hijos, constituye un fuerte desafío para las figuras parentales, una prueba de fuego más en el recorrido vital de los padres. Son clásicas las descripciones de la crisis familiar relacionándola con la crisis de la edad media de la vida de los padres y la perspectiva del nido vacío por la salida de los hijos. Sin embargo, hoy se ponen sobre el tapete otras facetas de esta travesía familiar al tener en cuenta las nuevas formas familiares, los enormes cambios del rol de la mujer y, sobre todo, la problemática de la afectación de las familias, por la desocupación laboral y ruptura de lazos sociales, instalada en nuestra sociedad en los últimos años.

La confrontación generacional es la rivalidad desplegada por el adolescente con los padres y otras figuras adultas, prevalentemente del mismo sexo. Es una de las manifestaciones fundamentales del proceso adolescente y somete a prueba las funciones de sostén y de corte de los referentes adultos implicados en la vida familiar y social del adolescente.(Pascualini Diana, 2010).

Siguiendo a Winnicott, donde haya un adolescente pujando por crecer, es necesario que haya también un adulto que ofrezca soporte para su empuje. Entre este deseo del adolescente por crecer, y la tolerancia del adulto para posibilitarlo, se teje la confrontación generacional. El adulto que se ubique en ese lugar percibe que tiene que dar sostén y poner límite al mismo tiempo, para permitirlo.

El adulto debe estar confiado y seguro en su posición. El adolescente necesita confrontar y al mismo tiempo ser reconocido y confirmado por el adulto. Ofrecer y dar batalla es reconocer al rival sin despreciarlo ni denigrarlo.

También se da la «adolecentización» de los padres que tienden a tomar una posición de compinches con sus hijos, quedando el hijo sin referente adulto con quien confrontar. En el otro extremo están los padres autoritarios que someten al hijo inhibiendo posibilidades de confrontación.

Para los adolescentes, por su parte, las posibilidades que el medio social tiene preparadas para la joven generación, marca el camino que tomará su adolescencia. Diversos autores plantean la crisis de la adolescencia como un fenómeno social más que biológico. (Pascualini Diana, 2010)

El sociólogo francés Fize pone en duda si hay una crisis de la adolescencia o es una problemática de la sociedad, que determina el accidentado tránsito de la mayoría de los individuos en estos preciosos años de la vida, rémora obligada como consecuencia de la falta de posibilidades de inserción en la sociedad al salir de la niñez, dice este autor.

El ciclo vital familiar está definido por las diferentes fases existentes en la evolución de la familia, muy bien delimitadas en la cultura occidental. La adolescencia se sitúa en la tercera etapa vital de la familia y puede ser fuente de tensiones por la gran complejidad relacional entre padres e hijos. El adolescente busca mayor autonomía y una identidad propia, iniciando su socialización mediante el grupo de amigos. En este tránsito, la familia debe adaptar roles y normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, la familia tradicional nuclear parece ser la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas. (Pérez Milena A et, n.d.)

## **2.1.4 ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.**

### **2.1.4.1 RELACION**

Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género.

En mujeres, la ganancia de músculo es menor, pero ocurre antes, por lo que, por breve tiempo, presentan mayor promedio de masa muscular. La masa magra se incrementa desde la infancia hasta los 15. Con el brote puberal, ganan hasta el doble de masa magra, con una velocidad de ganancia de 4 kg/año en las mujeres. (Pascualini Diana, 2010)

Muchas mujeres del mundo actual, consideran que la belleza ha creado una cultura de perfección y de éxito. No importa los medios que se utilice, lo más valioso es el fin, como menciona Macchiavello “el fin justifica los medios”. Sin embargo, en épocas pasadas la apariencia estética importaba muy poco, pues en los inicios de la civilización se valoraba a una mujer con sobrepeso, que pueda cuidar a los hijos. Una prueba de ello, tenemos la estatuilla venus de willendorf que simboliza el culto a la fertilidad. (Jenny, Carlos, Jorge, & Victoria, 2007).

En la actualidad, se admira o se valora más a una mujer delgada sin tener en cuenta que esta puede presentar alguno de los síntomas de anorexia, bulimia o algún otro trastorno alimenticio pero que los oculta de todos ya que la sociedad no acepta este tipo de trastornos, pero los induce al criticar a las mujeres llamadas de forma discriminatoria “gordas”, con lo cual deja un mensaje contradictorio de aparentar delgadez saludable ante la sociedad, aunque su salud ya se encuentre en riesgo.

Todas las mujeres especialmente aquellas que se encuentran en las etapas de mayor desequilibrio y despersonalización, es decir que son más susceptibles a la presión social, la sociedad las ha idealizado en el hecho de que para su aceptación social debe lograrse el cuerpo perfecto, sin importar poner en riesgo la salud.

Esta idea de perfección ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas). Con esto se resalta que estas nuevas tendencias son las principales responsables de ciertos trastornos alimenticios que

dañan la salud y que están afectando principalmente a las adolescentes poniéndolas en riesgo grave ya que si esta enfermedad no se controla podría provocarles la muerte.

A esto se debe añadir la dura tarea de tratar de encajar en una sociedad con estereotipos y exigencias estéticas, lo cual ha influido de forma notoria en que la mujer tergiverse inclusive su auto concepto de mujer bella; desencadenando desvalorización y búsqueda por cualquiera de los medios de satisfacer las exigencias de la sociedad, como se observa reflejado en las estadísticas de trastornos alimenticios tanto a nivel nacional como mundial.

## **2.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **2.2.1 DEFINICIONES**

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV), define a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), Anorexia y Bulimia Nerviosa, como el rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo establecido por talla y peso, es decir Índice de masa corporal, IMC con la alteración de la percepción de la silueta corporal.

Bosque & Caballero (2008) precisan que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones comportamentales relacionadas al acto de comer, a la imagen corporal y al desarrollo de la identidad, siendo afecciones estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez que afectan principalmente a mujeres adolescentes, en las que el control alimentario es una fuente de identidad, proporcionando sentimientos de confianza y control.

Los TCA son patologías psiquiátricas que afectan principalmente a mujeres jóvenes (American Psychiatric Association [APA], 2002). Cruzat (2010) menciona que, en los TCA, la comida y el peso corporal se convierten en ejes del pensamiento de estas jóvenes. Este último posee un fuerte significado emocional, que provoca una desconexión con las sensaciones corporales, mientras que el cuerpo es percibido como una fuente de tensión, homologando la delgadez a seguridad, perfección y felicidad, en tanto el sobrepeso es vivido con incomodidad, asco e infelicidad.

Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Thompson-Brenner y Herzog (2008), en un seguimiento de 7 años, encontraron que las anorécticas transitan entre los distintos subtipos de anorexia nerviosa (AN) y otras hacia la bulimia nerviosa (BN), con gran probabilidad de recaer con sintomatología anoréctica, frente a las bulímicas que muestran escasa posibilidad de presentar AN, concluyendo que los subtipos de AN corresponderían sólo a fases de la patología, siendo ésta un trastorno completo independiente de la BN; aunque, por su parte, Coelho, Wilson, Winslade, Thaler, Israel y Steiger (2013) verificaron que pacientes con AN purgativa presentan más distorsiones cognitivas que mantienen e intensifican el TCA, en contraste con las restrictivas y bulímicas, lo que fundamentaría la existencia de los diferentes subtipos de TCA. (Granero, Penelo, Wagner, Karwautz, & Riesco, 2011)

### **2.2.2 EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

La prevalencia de TCA en estudiantes de secundaria de Bucaramanga y en jóvenes de la Universidad Nacional de Bogotá fue del 30%, distribuida de la siguiente forma: AN: 1,7% y 0,48%; BN: 6% y 1,2%; y TCA NOS: 22,3% y 28%, respectivamente.

Afecta entre el 0,5% y el 1% de las mujeres en edades entre los 12 y los 23 años, y aunque es más frecuente en mujeres, también se presenta en hombres, en una proporción de 10:1.(Franco1 et al., n.d.)

Pereira en el año 2014 menciona que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados: en torno al 1-3 % en la población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5 % en mujeres jóvenes y adolescentes.

El entorno familiar del joven estudiante es de mucha importancia. Si se fragmenta la familia al menos provoca una precariedad de los vínculos intrafamiliares. Como resultado surgen familias disfuncionales, cuyos integrantes no sólo viven un traslocamiento de valores, sino tienen dificultad de asumir la autocrítica. Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es el segmento de la vida donde seguramente se ha de formar la personalidad de un individuo.(Nelly, Hernández-castillo, Cargill-foster, & Gutiérrez-hernández, 2012).



La AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION reveló en un estudio realizado que la prevalencia entre adolescentes mujeres que poseen trastornos de comportamiento alimentario, actualmente anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se han convertido en la segunda causa de muerte de adolescentes en el mundo.

En cuanto a la edad, por lo general se acepta que el inicio más frecuente de la AN se sitúa entre los 13 y los 18 años (Sánchez-Planell, 2008; Gómez Del Barrio et al., 2009), aunque el intervalo se va ampliando progresivamente a edades más tempranas y también más avanzadas (Sierra, Buela-Casal y Ambrosio, 2004).

En la población femenina adolescente se aceptan como cifras aproximadas porcentajes de 0.5-1% de AN, del 1-3% de BN y del 3% de TCANE (Gómez del Barrio et al., 2009). Basándonos en estudios realizados en España con la población de mayor riesgo (mujeres entre 12 y 21 años), estaríamos considerando una prevalencia total de TCA del 4.1% al 6.41%.(Tornero, Bustamante, & Del Arco, 2014)

A nivel internacional, la prevalencia reportada de TA en jóvenes oscilaba entre 0,5 y 1% para Anorexia Nerviosa (AN) y entre 1-2 y 4% para Bulimia Nerviosa (BN), llegando hasta un 14% en el caso de los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), una categoría residual. La publicación de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), menciona una reducción de la frecuencia de esta última categoría, debido a la disminución del umbral para el diagnóstico de AN y BN; y a la adición del Trastorno por Atracón como un diagnóstico específico.(López, Raimann, & Gaete P., 2015)

### **2.2.3 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

#### **ANOREXIA NERVIOSA**

Se Clasifica en dos subtipos:

***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.

## BULIMIA NERVIOSA

Se clasifica en dos subtipos:

***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.

## 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:

En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

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.

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.

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). Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

#### **2.2.4 FISIOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Las conductas alimentarias son reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central, la sensación de hambre es un estímulo proveniente de receptores situados a lo largo del tubo digestivo y de estímulos metabólicos.

El centro regulador del apetito es el hipotálamo, su núcleo ventromedial es el centro de la saciedad y el núcleo lateral del hipotálamo es el centro del apetito. Si se estimula el núcleo ventromedial, se inhibe la alimentación y ocurren respuestas catabólicas (activación de la glicogenólisis, disminución de secreción gástrica, aumento de ácidos grasos libres y glucagón) y, por el contrario, una lesión en este centro llevaría a hiperfagia y obesidad.

En contraste, si se estimula eléctricamente el núcleo lateral del hipotálamo o centro del apetito, se producen reacciones anabólicas (aumento de liberación de insulina, síntesis hepática de glucógeno y secreción gástrica de ácido). El centro de la saciedad se asocia con dos vías mayores: la serotoninérgica, originada en el núcleo del rafe, y el haz adrenérgico ventral, que pasa por el área preforaminal cerca al hipotálamo ventral y tiene proyecciones al hipotálamo lateral.

Entre otras funciones, la corteza se encarga de la consecución de alimentos, la coordinación e integración de percepciones sensoriales relacionadas con los alimentos, el almacenamiento de recuerdos de experiencias anteriores y la vinculación de esta conducta con el mundo externo del sujeto. Las Proyecciones hipotálamo corticales e hipotálamo límbicas contribuyen a la percepción del hambre y a la modificación del apetito, los cuales se pueden ver afectados en situaciones de depresión o estrés.

Adicionalmente, por medio de estímulos producidos por monoaminas y neuropéptidos se estimula o se inhibe la ingesta, pues la serotonina es un inhibidor de esta, por su efecto en el centro de la saciedad, y la noradrenalina y la dopamina son

estimuladores de la ingesta, por sus proyecciones al centro del apetito. En las personas con trastornos de la conducta alimentaria está alterada la integración de los procesos de hambre y saciedad, además de que se les dificulta la distinción de estas sensaciones. Así, los pacientes con anorexia presentan menos hambre y mayores índices de saciedad.(Vallbona, 2012)

En la anorexia se han visto concentraciones anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina. La alteración de la serotonina es característica de esta enfermedad y contribuye a una vulnerabilidad biológica y psicológica, así como a la perpetuación de los síntomas. Las pacientes anoréxicas tienen centros serotoninérgicos hiperreactivos, y las cantidades de serotonina elevadas se asocian a estados de ansiedad, por lo cual se sospecha que buscan reducir la serotonina disminuyendo la ingesta de comida, en parte para deshacerse de esta sensación. Así mismo, excesos simultáneos de orexígenos y anorexígenos evocan señales mixtas que llevan a una falla en las vías regulatorias del hipotálamo.

La anorexia nerviosa, al igual que los demás trastornos de la alimentación, se caracteriza por una alteración en la transmisión sináptica en regiones del cerebro, como el hipotálamo, el sistema límbico y los centros corticales. Se ha visto anormalidad o desbalance en el sistema límbico y es común en varios experimentos con estudios funcionales la alteración en la perfusión de áreas del cerebro correspondientes al sistema límbico.(Vallbona, 2012)

Los estudios de imagen por resonancia magnética revelan una activación anormal de la amígdala cerebral asociada al centro del miedo y a la distorsión de la imagen corporal. La ínsula también controla la experiencia subjetiva emocional y su representación en el cuerpo. En las pruebas neuropsicológicas de las pacientes anoréxicas se ha visto una alteración de la memoria visuoespacial con un débil procesamiento global de las imágenes. Esto explica la tendencia a fijarse en los detalles finos, en vez de la imagen en su totalidad, y centrarse en detalles de su cuerpo que no le gustan, lo cual se asocia a una compulsividad en el chequeo de su cuerpo. Esta alteración persiste después de la recuperación nutricional. (Vallbona, 2012).

## 2.2.5 DIAGNOSTICO

Este incluye los siguientes parámetros además de los signos y síntomas clínicos reflejados en los criterios diagnósticos.

Mediciones de peso, altura, cálculo del percentil peso/talla e índice de masa corporal (IMC), Fuerza muscular. Examen de los sistemas cardiovasculares, respiratorio, abdominal y sistema nervioso central, piel, dientes y garganta. (C. Lopez. j, 2011a).

Electrolitos y minerales en suero: bicarbonato, calcio, sodio, potasio, fósforo y zinc, hemograma, Ácido fólico, B 12, ferritina, fosfatasa alcalina, aspartato transaminasa (AST), creatinfosfokinasa, (CPK), creatinina, TSH. (C. Lopez. j, 2011a).

Electrocardiograma, densitometría ósea, TAC cerebral, composición corporal por bioimpedancia eléctrica. En el caso particular de las adolescentes, es central examinar el grado de desarrollo alcanzado y cualquier desviación de la curva de desarrollo normal del adolescente. (C. Lopez. j, 2011a).

Herramientas tales como el IMC o los percentiles peso/talla y los gráficos de peso, pueden utilizarse colaborativamente con los pacientes y sus familias para mantener el foco en las conductas clave para ser abordadas en el tratamiento. (C. Lopez. j, 2011a).

### 2.2.5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

#### 2.2.5.1.1 CRITERIOS ACTUALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

---

##### **Criterios actuales de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR y los cambios propuestos para el DSM-V**

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del 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).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del

---

peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

### **Criterios propuestos según el DSM-V**

A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual

D. Se elimina el criterio de amenorrea

Modificada de: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev. Med. Clin. Condes 2011; 22 (1): 85-97.

### **2.2.5.1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVIOSA**

#### **Criterios actuales de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR y las propuestas para el DSM-5\***

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de

comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses

D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales

#### **Criterios propuestos según el DSM-V**

A. Se mantiene igual

B. Se mantiene igual

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses

D. Se mantiene igual

\*Modificada de: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011; 22 (1): 85-97.

#### **2.2.5.1.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO POR ATRACÓN**

##### **Criterios diagnósticos para trastorno por atracón propuestos para el DSM-5\***

Sobre ingesta frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes: Ingesta más rápida de lo normal

- Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno
- Ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentirse físicamente hambriento
- Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida
- Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la

ingesta

Modificada de: Jáuregui I. Trastornos de la conducta alimentaria 2012; 16: 1744-1751.

## **2.2.6 COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Algunas de las posibles consecuencias originadas por los TCA son las siguientes (Chinchilla Moreno, 2003; Lechuga y Gámiz, 2005): alteraciones emocionales y sociales (depresión, ansiedad, obsesiones, baja autoestima, distorsiones cognitivas, falta de autocontrol, apatía, labilidad emocional, irritabilidad y tendencia a enojarse, aislamiento social, etc.), alteraciones cognitivas (disminución de la concentración), alteraciones físicas (alteraciones del sueño, debilidad gastrointestinal, aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz, edema, hipotermia, parestesias, etc.), y alteraciones metabólicas y neuroendocrinas (alteración de la función tiroidea, alteraciones del metabolismo de la glucosa, alteración de la hormona liberadora de la corticotropina).(Tornero et al., 2014).

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte. Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epífisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea predisponiendo a osteopenia u osteoporosis. (C. Lopez. j, 2011a).

## **COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Metabólicas</b>            | Hipoglicemia    |
| <b>Medula ósea</b>            | Anemia          |
|                               | Leucopenia      |
|                               | Trombocitopenia |
| <b>Fluidos y Electrolitos</b> | Potasio         |
|                               | Sodio           |
|                               | Fosfato         |
|                               | Calcio          |



|   |   |
|---|---|
|   | Hipotensión   |
| <b>Cardiovascular</b>                         | Arritmias y taquicardia<br>Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)   |
| <b>Pulmonar</b>                               | Neumotórax (rara)   |
| <b>Gastrointestinal</b>                       | Hematemesis.<br>Úlcera gástrica<br>Motilidad intestinal (constipación)  |
| <b>Renal</b>                                  | Urea y creatinina<br>Oliguria<br>Anuria   |
| <b>Neurológicas o de la función cognitiva</b> | Convulsiones metabólicas<br>Encefalopatías metabólicas<br>Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.)<br>Disminución del volumen cerebral   |
| <b>Músculo esqueléticas</b>                   | Disminución de la masa ósea<br>Pérdida de fuerza muscular<br>Miopatía proximal  |
| <b>Endócrinas</b>                             | Amenorrea<br>Ovario poliquístico<br>Hipotiroidismo<br>Secreción inapropiada de hormona antidiurética  |
| <b>Otras secundarias a purgas.</b>            | Esofagitis<br>Erosiones del esmalte dental<br>Síndrome de Mallory-Weiss<br>Ruptura esofágica o gástrica<br>Neumonía aspirativa<br>Acidosis metabólica<br>Deshidratación crónica<br>Aumento nitrógeno ureico sanguíneo |

## Predisposición a nefrolitiasis.

(C. Lopez. j, 2011b).

### **2.2.7 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Medidas médicas: soporte nutricional oral, soporte nutricional con nutrición artificial (enteral oral y parenteral intravenosa) y consejo nutricional (CN). El CN incluye el consejo dietético, el consejo nutricional y/o la terapia nutricional. En general el tratamiento se sintetiza en:

**Terapias psicológicas:** terapia cognitivo-conductual (TCC), autoayuda (AA), autoayuda guiada (AAG), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar (sistémica [TFS] o no especificada [TF]), terapia psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC). (N. Lambruschini, R, n.d.)

**Tratamientos farmacológicos:** antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes del apetito, antagonistas opiáceos y otros psicofármacos (topiramato, litio y atomoxetina).

Combinación de intervenciones (psicológicas y farmacológicas o más de una psicológica). (N. Lambruschini, R, n.d.)

Las variables de resultado de los tratamientos clínicamente importantes según el grupo de trabajo son: IMC, menstruación, desarrollo puberal, reducción/desaparición de atracones y purgas, restablecimiento de la dieta saludable, ausencia de depresión, funcionamiento psicosocial e interpersonal. Se valoró también la adherencia al tratamiento y la presencia de efectos adversos. (N. Lambruschini, R, n.d.)

El tratamiento óptimo implica, la acción de un equipo interdisciplinario que esté capacitado para abordar las múltiples facetas de estos trastornos. Este equipo idealmente debiese estar comprendido por un médico hebeatra, especialista en nutrición (ya sea

nutricionista o nutriólogo), especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA. (Granero et al., 2011)

Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas en estos trastornos, el tratamiento tiene que poder ofrecer varios niveles de cuidado (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, hospitalización completa). (Granero et al., 2011)

Aunque las opciones de tratamiento para adolescentes con TCA son diversas, la meta del mismo es una sola: ayudar al adolescente a lograr alcanzar y mantener su salud física y psicológica. Desafortunadamente, la evidencia científica en relación al éxito del tratamiento para la población adolescente es escasa. (C. Lopez. j, 2011a).

Los tratamientos para TCA son generalmente largos, recomendándose el seguimiento hasta 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes. (C. Lopez. j, 2011a).

La efectividad de los tratamientos tanto para AN como para BN es, hasta el momento, poco satisfactoria. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está a la base de estos pobres resultados es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado. (Granero et al., 2011)

La motivación es el principal motor para la recuperación de cualquier trastorno y se ha demostrado que las terapias convención. (Granero et al., 2011)

Entrevista Motivacional (EM) ha sido utilizado en forma creciente en el campo de los TCA. Este modelo de entrevista tiene por objetivo lograr incrementar la motivación intrínseca del paciente. Esta es fundamental para ayudar al paciente a reconocer su problema y sus consecuencias y, así, motivarse a cambiar. (Granero et al., 2011)

Sin embargo, se requieren de algunas modificaciones para aplicación, Por ejemplo, muchas adolescentes con AN presentan interferida su capacidad para tomar decisiones autónomas. Se ha visto que el uso de estrategias motivacionales en el tratamiento de los TCA mejora en general la adherencia al mismo y tiene un efecto

positivo en la reducción de conductas purgativas en adolescentes con BN y TANE. (Granero et al., 2011)

### **2.2.7.1 TRATAMIENTO PARA ANOREXIA NERVIOSA**

Las guías internacionales recomiendan, en el caso de la AN, que el tratamiento se realice en forma ambulatoria en primera instancia, usando la alternativa de hospitalización para aquellos casos que no respondan ambulatoriamente, presenten alto riesgo vital y escasos recursos psicosociales. La hospitalización en estos casos debe combinar la realimentación con las intervenciones psicológicas. (C. Lopez. j, 2011a).

La recomendación que cuenta con mayor acuerdo entre los especialistas e investigadores, es que se utilicen intervenciones familiares que aborden directamente el trastorno alimentario. La evidencia apoya los tratamientos con base familiar particularmente a las terapias derivadas del Modelo Maudsley de Tratamiento donde la familia es vista como el principal recurso para ayudar a la adolescente a recuperarse. (C. Lopez. j, 2011a).

Este modelo ha sido examinado en varios estudios controlados logrando una efectividad de un 50 a 70%. La efectividad mejora notablemente en el caso de adolescentes con TCA de corta duración y donde el nivel de conflicto familiar no es muy alto. (C. Lopez. j, 2011a).

La terapia individual focalizada en la adolescencia ha mostrado similar efectividad al final del tratamiento que la terapia basada en la familia. Otras terapias a ser consideradas incluyen la terapia cognitivo analítica, la terapia interpersonal y la terapia focal psicodinámica. (C. Lopez. j, 2011a).

No existe evidencia suficiente que apoye el rol de psicofármacos en el tratamiento de la AN, ya sea en la fase aguda o de mantención.

Sin embargo, se ha encontrado que la fluoxetina puede ser útil en disminuir el riesgo de recaídas en pacientes adolescentes tardíos. Algunas drogas antipsicóticas han demostrado beneficio en el tratamiento de síntomas obsesivo-compulsivos y en el aumento de la tasa de incremento de peso.(C. Lopez. j, 2011a).

### 2.2.7.1.1 CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

#### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

Uno o más de los siguientes criterios justificarían la hospitalización

1. Desnutrición severa (peso igual o bajo el 75% del peso ideal para la edad, sexo y estatura)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipocalcemia, hiponatremia, hiposfosfatemia)
4. Arritmias cardíacas
5. Inestabilidad fisiológica
  - Bradicardia severa (<50 latidos por minuto en el día y <45 en la noche)
  - Hipotensión (<80/50 mm Hg)
  - Hipotermia (temperatura corporal <35.5°)
  - Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg)
6. Detención en el crecimiento o desarrollo
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a alimentación
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. síncope, mareos, fallas cardíacas, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (ej. depresión severa, trastorno obsesivo compulsivo, disfunción familiar severa)

(C. Lopez. j, 2011a)

#### 2.2.7.2 TRATAMIENTO PARA BULIMIA NERVIOSA

El tratamiento de la BN ha sido mucho más extensamente abordado en estudios científicos que en el caso de la AN. De acuerdo a la evidencia, el tratamiento más efectivo para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno. Esta terapia tiene por duración entre 16 y 20 sesiones a lo largo de 4 -5 meses como mínimo. (C. Lopez. j, 2011a).

La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la terapia cognitivo-conductual. La terapia basada en la familia no ha tenido resultados tan promisorios en BN como para el tratamiento de AN. (C. Lopez. j, 2011a).

La terapia conductual dialéctica también ha demostrado cierta efectividad en adolescentes tardíos con BN. Finalmente, la evidencia es insuficiente para postular que cualquiera de las psicoterapias para BN tiene algún efecto en la reducción del peso corporal. (C. Lopez. j, 2011a).

Los antidepresivos, como la fluoxetina, han demostrado tener un efecto positivo en la disminución de los atracones y purgas llevando a una disminución sintomática que varía entre un 50 y 70% dentro de las primeras semanas de tratamiento. Además, mejora notablemente la sintomatología de patologías psiquiátricas comórbidas tales como depresión o síntomas obsesivo-compulsivos. Sin embargo, la evidencia en relación a los efectos a largo plazo de esta medicación es aún limitada. (C. Lopez. j, 2011a).

En el caso de los TANE la evidencia es extremadamente escasa. Las guías de tratamiento sugieren utilizar las recomendaciones adecuadas para el trastorno al que más se asemeje el TANE que presente la adolescente.(C. Lopez. j, 2011a).

## **2.2.8 PRONOSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

El pronóstico del trastorno, puede ser muy variable. Según Gómez del Barrio et al. (2009), en el caso de la AN aproximadamente el 50% consigue una remisión completa, un 20-30% una remisión parcial, y un 10-20% evolucionan a la cronicidad. En el caso de la bulimia, el 60% de los pacientes se consideran de buen pronóstico, el 30% tienen una recuperación parcial, y el 10% tiene un pronóstico malo. (Chinchilla-Moreno, 2003).

Tanto en la AN como en la BN se considera la importancia de la detección y el tratamiento precoz para conseguir que el pronóstico sea lo mejor posible. Los TCANE pueden ser síntoma del inicio de un trastorno de mayor importancia, por ello no deben pasar desapercibidos, y deben ser objeto de tratamiento, puesto que se puede prevenir la

aparición de un trastorno de mayor gravedad o la cronificación del mismo (Chinchilla-Moreno, 2003).

### **2.2.9 PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Persuadir a los medios de comunicación, en especial los destinados a la mujer y moda, para incluir otros modelos corporales entre sus contenidos. El mensaje crucial a transmitir no es que la delgadez es mala, sino que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad. (López Bayas, 2014).

El mensaje asociado es enfrentar a la conformidad con el “ideal de delgadez”, los valores, individualidad y autoaceptación. Otra posibilidad es el uso de la educación de la salud, que ayuda a ampliar el juicio crítico frente a los medios de comunicación, y reconocer lo bueno de lo malo. (López Bayas, 2014).

Se trataría de actuar en la población adolescente: Favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación. Actuar sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación. La detección temprana de personas pre-anoréxicas se asocia con buenos resultados evolutivos. Cuanto mayor tiempo pasa entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico. (López Bayas, 2014).

## **2.3 FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **2.3.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA**

Ackerman define a la familia como «la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud».

Minuchin la define como «el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares».

David Olson y Jhon Defrain, describen la familia como «dos o más personas que están comprometidas entre sí y que comparten intimidad, los recursos, las responsabilidades de la toma de decisiones y los valores».

Nosotros damos una definición amplia, la cual creemos que es válida para todo tipo de familias. La familia es un sistema que se compone de una parte estructural (individuos, límites, reglas, reservas materiales y afectivas, etc.) y otra parte funcional (la comunicación comprensión y manifestación de los sentimientos y necesidades físico-emocionales y las relaciones de afecto, intimidad, confianza, autonomía, los aspectos emocionales entre los individuos que conviven juntos, etc.). (Cibanal Juan, 2014).

Sin embargo, como menciona Diana Pascualini, las familias son diferentes y siempre difieren en algunos aspectos. El nivel cultural, referido a la red de significaciones o formas de entender la realidad que le sirve para organizar y actuar en su vida diaria. En el nivel educativo, en relación con el manejo de los conocimientos y con sus reglas de conducta.

En el nivel económico, su funcionamiento: grado de cohesión (vínculo emocional entre los miembros de la familia); adaptabilidad (capacidad de la familia para cambiar sus reglas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés; capacidad para solucionar problemas; comunicación, tanto afectiva como instrumental). (Pascualini Diana, 2010).

### **2.3.2 DEFINICIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**Funcionalidad familiar** es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo.(Nelly et al., 2012)

**Funcionamiento familiar** se define como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las categorías de armonía, cohesión, rol comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad.(Moreno Marín, 2010).



### **2.3.3 DEFINICIÓN DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**Disfunción familiar** según la Lic. Amparo Sánchez (2000), menciona que de la Disfunción Familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizaremos a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.(López Bayas, 2014).

### **2.3.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

#### **2.3.4.1 FUNCIONES GENERALES**

1. Mantenimiento físico o función económica.
2. Distribución de los recursos físicos y emotivos.
3. División del trabajo.
4. Socialización de los miembros de la familia o función socializadora:
5. Transfiere creencias, valores, conocimientos y habilidades.

Define estilos de vida de acuerdo con su contexto social:

Sexual: Evolución desde la satisfacción socialmente ordenada de un instinto biológico a la visión relacionada con la estabilidad emocional y reciprocidad personal.

Reproducción, recogimiento y partida de los miembros.

Ligada a la responsabilidad paterna y a la función socializadora.

Mantenimiento del orden. Integración de los miembros en una sociedad más amplia.

Mantenimiento de la motivación y de la moral. (Cibanal, Ramón, Riera, Desarrollo, & Familia, 2014).

#### **2.3.4.2 FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA**

Comunicación: Es la función básica. Su congruencia y calidad es primordial para el desarrollo y el equilibrio emocional de sus miembros. Atención: Proporciona refugio,

alimento, protección y cuidados. Afectividad: Expresión del amor, cariño y protección. Socialización: Desarrollo de habilidades de relación interpersonal y social, en el mismo grupo de edad y con otras generaciones. (Cibanal et al., 2014)

Autonomía: Para la adquisición del sentido de identidad y equilibrio emocional de sus miembros se precisa un cierto grado de autonomía que favorezca el crecimiento y la maduración de cada uno de ellos. (Cibanal et al., 2014)

Adaptabilidad: Smilkstein la entiende como la capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extra familiares en situaciones de crisis. También define la participación como la implicación de los componentes de la familia en la toma de decisiones y en las responsabilidades para el mantenimiento familiar. (Cibanal et al., 2014)

Reglas y normas: Son pautas de conducta, no escritas, pero que todos sus miembros conocen y que les permiten mantener el orden y la armonía en el funcionamiento familiar. (Cibanal et al., 2014)

Estas normas permiten identificar los papeles y funciones de cada uno de los componentes de la familia. (Cibanal et al., 2014)

Para Olson, la familia funcional destaca por su capacidad para afrontar los cambios derivados de su propio desarrollo y las diversas circunstancias que puedan favorecer el estrés; las características que contribuyen en mayor medida a esta adaptación son las siguientes:

Comunicación directa, consistente y con connotaciones positivas tendentes a reforzar la autoestima de cada uno de sus miembros. Separación neta entre generaciones que permita a los padres satisfacer sus mutuas necesidades emocionales y resolver sus conflictos.

Flexibilidad en los roles, de modo que sus modificaciones produzcan escasa repercusión. Tolerancia hacia la autonomía individual, aceptando los cambios en sus miembros producto de su crecimiento y desarrollo.

### **2.3.4.3 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA**

Por su composición:

- Familia Nuclear: Es la que está formada por padre, la madre y los hijos.
- Familia Monoparental: formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos. Puede tener diversos orígenes: padres separados o divorciados donde los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por un embarazo precoz donde se constituye la familia de madre soltera y por último el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- Familia Extensa: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extendida puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines.
- Familia Homoparental: formada por una pareja homosexual (hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados.
- Familia Compuesta: Familia formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes.
- Familia de tres generaciones: Formada por abuelos, padres e hijos.
- Familia con segundo Trabajo: Es aquello en que la mujer representa una fuente importante de ingreso económico al hogar.
- Familia de Adulto Mayor: Está formada por un anciano o una pareja de ancianos.
- Padre (soltero) o Madre (soltera): Padre o madre solteros con hijos en los que el matrimonio no se ha realizado.
- Familia Rural: Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1500 habitantes.
- Familia Urbana: Es aquella familia que vive en un lugar de más de 1500 habitantes.
- Familia Acordeón: Uno de los progenitores permanece alejado por periodos prolongados: Ejemplo las familias de migrantes.
- Familia Cambiantes: Cambian constantemente de domicilio.
- Familia Reconstituidas: Familias con padrastro o madrastra. Cuando una persona con hijos se casa de nuevo.

- Familia con un Fantasma: La familia que ha sufrido muerte o separación y presenta problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.
- Familia con Adolescentes: con miembros entre los 10 y los 19 años de edad.

Según integración

- Integrada: Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- Semi integrada: Familia en la cual los padres viven y no cumplen a cabalidad sus funciones.
- Desintegrada: Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. (López Bayas, 2014)

El modelo circular propuesto por Olson incluye tres dimensiones:

Cohesión (intensidad del vínculo emocional entre los componentes de la familia). Adaptabilidad (capacidad del sistema de cambiar su estructura de poder, sus asignaciones de rol y sus reglas, en respuesta a requerimientos externos o internos). (Moreno Marín, 2010)

Comunicación cuyo papel facilitador de la evolución de la familia permite que sus miembros compartan necesidades y preferencias. Es la clave para permitir a la familia modificar su adaptabilidad y cohesión para responder a estrés específico y a las transformaciones que el propio desarrollo familiar demanda.(Moreno Marín, 2010)

Las familias no funcionan permanentemente con un grado de cohesión y/o adaptabilidad determinado. De hecho, las diversas etapas del ciclo vital familiar se caracterizan por poseer diferente cohesión, con períodos de mayor acercamiento como a la llegada del primer hijo o de mayor alejamiento como en la adolescencia.(Moreno Marín, 2010).

La capacidad de adaptación a los cambios continuos de la realidad, derivados tanto de su propio desarrollo como de las diversas circunstancias capaces de generar tensión, sin perder su estabilidad durante las fluctuaciones, es la señal de que una familia funciona realmente.(Moreno Marín, 2010).

Precisamente, la capacidad para evolucionar sin perder su estabilidad, de cambiar su cohesión y adaptabilidad en respuesta a diferentes situaciones, y especialmente a las que producen estrés, es el mayor determinante del funcionamiento adecuado de una familia.(Moreno Marín, 2010).

De la Revilla, define como función familiar a las tareas y actividades que realizan los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar, y que les permiten alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que la caracterizan.

### **2.3.5 INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.**

La familia es el único medio confortable para dar estabilidad al adolescente apoyándolo o no dando importancia al problema, cualquiera de las dos actitudes que llegue a tomar la familia, tendrá influencia en la enfermedad.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.(Pedreira Massa, Blanco Rubio, Pérez-Chacón, & Quirós, 2014)

Para Clavijo una familia es saludable cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente. Según este enfoque la salud de la familia es una categoría sumativa que no supera la tradicional división entre lo físico y lo mental del nivel individual.(Pedreira Massa et al., 2014).

El estudio del funcionamiento familiar es el factor familiar que se ha estudiado más ampliamente y cuyo estado se encuentra más avanzado. En este sentido, se aprecia que las personas con TCA presentan ambientes familiares desfavorecidos, y la subdivisión de las muestras de acuerdo al tipo de TCA que padecen permite tener una visión más detallada. (Pedreira Massa et al., 2014).

Las personas con BN son quienes refieren un funcionamiento familiar más deteriorado caracterizado por bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad; así como alto conflicto. Por su parte, las personas con AN identifican a su familia como rígida y con problemas de comunicación, particularmente en quienes presentan AN-

purgativa. Ahora bien, en la presente revisión se encontraron pocos estudios sobre los TCANE, a pesar de ser los TCA más frecuentes, indicando que existe un vacío importante en cuanto a su estudio; consideramos que la falta de estudios puede deberse a su reciente definición, además de que debido a sus características atenuadas pueden presentarse mayores dificultades para su detección. (Pedreira Massa et al., 2014).

Los estudios encontrados señalan que las personas con TCANE presentan menores puntuaciones en adaptabilidad (Vidovic et al., 2005) y expresión emocional (Vázquez et al., 2010), pero los resultados aún son incipientes. Estas investigaciones invitan a reflexionar sobre la manera en que se han descuidado algunas de las funciones psicológicas propiciando mayor vulnerabilidad; así mismo, las diferencias entre subgrupos de TCA son relevantes porque permiten comprender el ambiente familiar en que se desenvuelven las personas afectadas por diferentes TCA lo cual podrían ser útil en la prevención y la elección de las estrategias de intervención. (Granero et al., 2011)

El entorno familiar del joven estudiante es de mucha importancia. Si se fragmenta la familia al menos provoca una precariedad de los vínculos intrafamiliares. Como resultado surgen familias disfuncionales, cuyos integrantes no sólo viven un traslocamiento de valores, sino tienen dificultad de asumir la autocrítica. Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es el segmento de la vida donde seguramente se ha de formar la personalidad de un individuo. (Nelly et al., 2012).

El principal motivo de trastornos de conducta en el adolescente es la crisis familiar, Zevallos (1996) considera que la inadaptación social del adolescente como el resultado del fracaso en el proceso de socialización entendiéndose que el aprendizaje da las pautas que permiten una adecuada y gratificante adaptación al medio. (Santoncini & Romo, 2010).

Es mayor el número de estudios que relacionan la disfunción familiar con problemas psiquiátricos y/o psicosociales; por ejemplo: la depresión y el suicidio (Medalie, Minuchin), la anorexia y la bulimia (Stuart), la neurosis, las alteraciones de la conducta, los problemas psiquiátricos en adolescentes (Sheeber) y los fracasos escolares (Jiang).

### 3. METODOLOGÍA

**Tipo de diseño:** Estudio descriptivo, analítico, transversal.

**Área de estudio:** Unidad Educativa “La Inmaculada” de la ciudad de Loja.

**Periodo de Duración:** Periodo septiembre 2014 – julio 2015

**Unidad de Análisis:** Estudiantes matriculadas en la Unidad educativa “La inmaculada” en el Año lectivo 2014 – 2015.

**Criterios de Inclusión:**

Estudiantes mayores de 12 años matriculadas en la Unidad educativa “La inmaculada”, en el Año lectivo 2014 – 2015.

Estudiantes que desearon participar y obtuvieron el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

Estudiantes mayores de 12 años que se retiraron de la Unidad educativa “La inmaculada”.

Estudiantes que no obtuvieron el consentimiento informado.

Estudiantes que no desearon participar en el estudio.

**Universo:** 600 estudiantes matriculadas en la Unidad educativa “La inmaculada”, en el Año lectivo 2014 – 2015.

**Muestra:**

De un total de 600 estudiantes matriculadas en el mencionado colegio se obtuvo la muestra, que fue elegida al azar, de acuerdo al número requerido.

La muestra estuvo conformada por 235 estudiantes obtenidas a través de la formula siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

$$n = \frac{600 (0.5)^2 (1.96)^2}{(600 - 1)(0.05)^2 + [(0.5)^2 (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{576}{2.45}$$

$n = 235$  Estudiantes

### **INSTRUMENTOS:**

**Test de Actitud hacia la alimentación (EAT 26).** Este es un test ampliamente utilizado y validado en muchos lugares del mundo, este test fue desarrollado como una propuesta de medida autoinformada para la detección precoz de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo. (de Irala et al., 2008).

El EAT-26 mostró excelente confiabilidad (92%). En otros estudios similares la confiabilidad ha variado según tipo de población y cultura: 75% en jóvenes brasileñas 85% jóvenes italianas 86% en adolescentes madrileñas 9, 87% en preadolescentes y adolescentes colombianos de ambos sexos 90% en adolescentes españolas y 94% en jóvenes españolas.(Constaín et al., 2014).

En función de estos resultados, parece coherente asumir que el EAT-26 es un instrumento adecuado para evaluar la tendencia de las personas a la anorexia nerviosa de modo general, y también a sus subtipos restrictivo y bulímico.(Gouveia et al., 2010).

**Test de funcionalidad familiar FF- SI.** El test de Funcionalidad intrafamiliar (FF-SIL) fue elaborado, validado y aprobado desde 1994. La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.(Salvador, Celina, & Escalante, 2012). La aplicación de este instrumento nos permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para el análisis de la situación de salud e incluir el enfoque familiar en la investigación en salud.

### **PROCEDIMIENTOS.**

1. Para iniciar con el proceso de valoración, se inició con la solicitud al colegio la Inmaculada para que de paso al estudio. (Anexo #4)



2. Posteriormente se envió el consentimiento informado, documento legal importante en este estudio, a los padres de familia para el permiso a las estudiantes. (Anexo#5).
3. Se aplicó el test EAT-26 modificado a la muestra. (Anexo #6). Para responder a este instrumento el participante debió leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos.
4. Como cuarto paso se aplicó el test FF-SIL (Anexo #4), a todas las estudiantes participantes.
5. Posteriormente se procedió a la tabulación de datos a través del programa SPSS, La relación entre las dos variables se estableció de forma sencilla a través del programa epiinfo mediante tablas de análisis de dos por dos, obteniéndose las variables de verosimilitud OR, y el valor de P, que determina la significancia estadística.
6. La difusión de resultados se la realizó basada en tres puntos:  
Charlas con las estudiantes participantes, en compañía de la psicóloga educativa, durante la cual se indicó, los parámetros básicos para detectar si alguna compañera está padeciendo este tipo de trastorno, lo nocivo que es para la salud, como afecta este trastorno y las complicaciones que conlleva.

Además, se les indico que en sus hogares también influye los sobrenombres que tengan ya que en un adolescente que está cursando por una etapa de cambios su psicología es inestable y esto puede afectar. Se les realizo seguimiento grupal ya que el primer requisito de la rectora de la unidad educativa fue que sea anónimo, lo cual no permitió que se realice seguimiento individual. (Anexo 7).

Presentación del proyecto en la Universidad Nacional de Loja.

Publicación de proyecto en revista de Universidad nacional de Loja.

# RESULTADOS

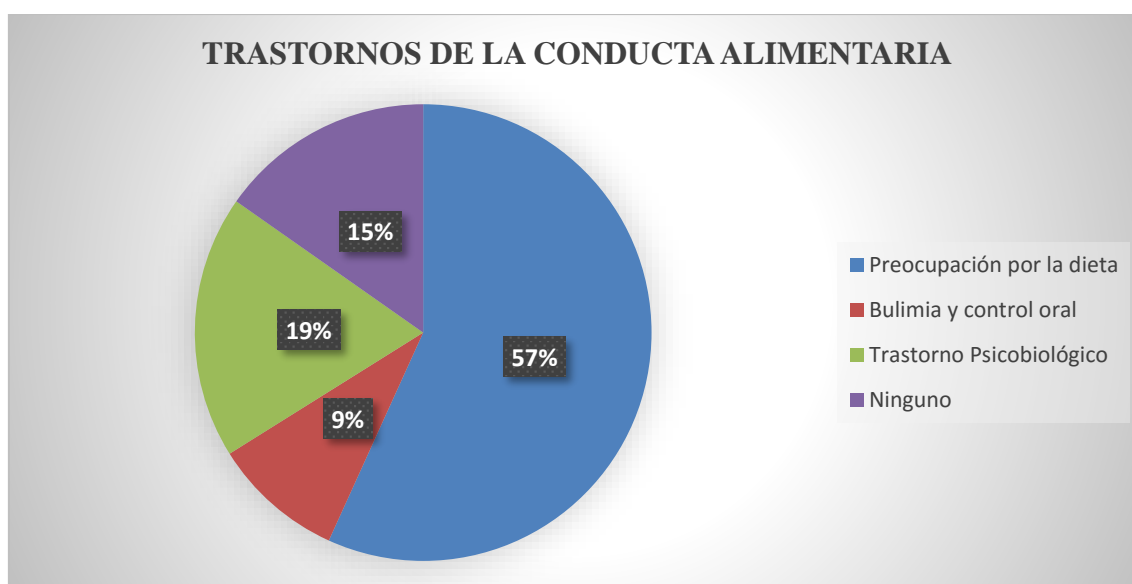
**Tabla N.1 Distribución de los trastornos de la conducta alimentaria en las estudiantes del colegio la Inmaculada periodo septiembre 2014- julio 2015**

| Tipo de trastorno         | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Preocupación por la dieta | 67         | 57%        |
| Bulimia y control oral    | 11         | 9%         |
| Trastorno Psicobiológico  | 22         | 18%        |
| Ninguno                   | 18         | 15%        |
| Total                     | 118        | 100%       |

Fuente: Estudiantes de la Unidad educativa la Inmaculada periodo septiembre 2014 - julio 2015

Autora: Arévalo Karla.

**Grafico N. 1 Distribución de los trastornos de la conducta alimentaria en las estudiantes del colegio la Inmaculada periodo septiembre 2014- julio 2015**



Fuente: Estudiantes de la Unidad educativa la Inmaculada periodo septiembre 2014 - julio 2015

Autora: Arévalo Karla.

La preocupación por la dieta, es el trastorno predominante en los resultados, con un 56%, esto en contraste de un 15 % que presentan resultados negativos para este tipo de trastornos. El tercio restante presenta ya un trastorno psicobiológico.

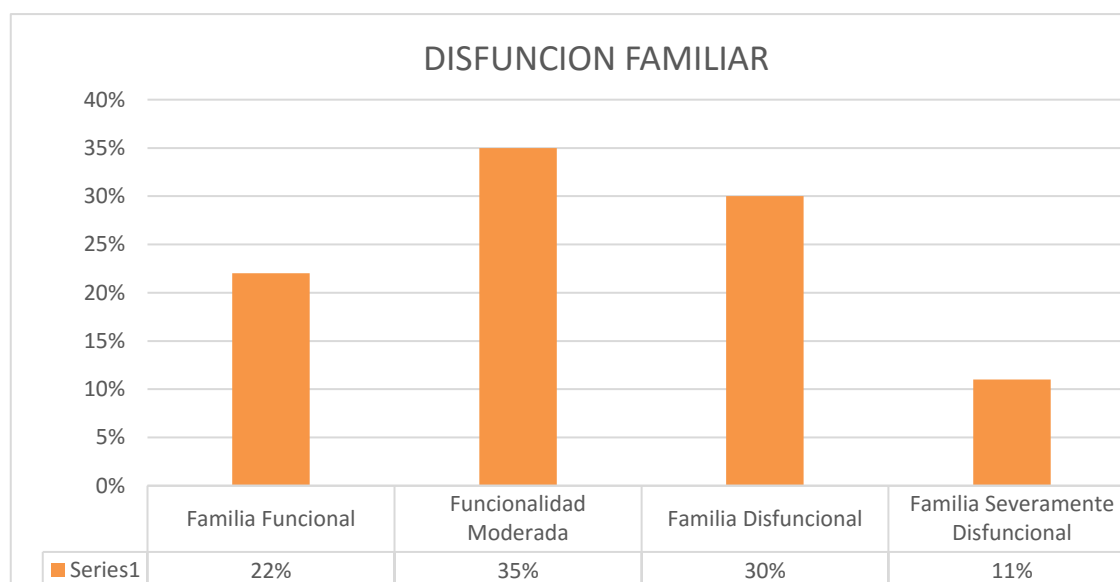
**Tabla N. 2 Distribución de la disfuncionalidad Familiar en las estudiantes del colegio la Inmaculada periodo septiembre 2014- julio 2015.**

| Grado de disfunción familiar     | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|------------|
| Familia Funcional                | 26         | 22%        |
| Funcionalidad Moderada           | 42         | 35%        |
| Familia Disfuncional             | 36         | 30%        |
| Familia Severamente Disfuncional | 14         | 11%        |
| Total                            | 118        | 100%       |

Fuente: Estudiantes de la Unidad educativa la Inmaculada periodo septiembre 2014-julio 2015

Autora: Arévalo Karla.

**Grafico N. 2 Distribución de la disfuncionalidad Familiar en las estudiantes del colegio la Inmaculada periodo septiembre 2014- julio 2015.**



Fuente: Estudiantes de la Unidad educativa la Inmaculada periodo septiembre 2014-julio 2015

Autora: Arévalo Karla.

En el cuadro podemos observar que solamente 26 estudiantes, que representan el 22% presentan familias funcionales, es decir un tercio, los tres tercios restantes corresponden a familias disfuncionales en diferentes grados, dos tercios presentan disfuncionalidad familiar de leve a moderada y el menor porcentaje presenta disfunción severa con el 11%

**Tabla N. 3 Distribución de la Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción familiar en las estudiantes del colegio la Inmaculada periodo septiembre 2014- julio 2015.**

|                            | <b>Trastorno de la conducta alimentaria</b> | <b>No Trastorno de la conducta alimentaria</b> |
|----------------------------|---|--|
| <b>Disfunción familiar</b> | 74  | 18   |
| <b>familia funcional</b>   | 8   | 18   |

Fuente: Estudiantes de la Unidad educativa la Inmaculada periodo Septiembre 2014-julio 2015

Autora: Arévalo Karla.

La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria se realizó a través de tabla de análisis de 2X2 lo cual no permite determinar relación estadísticamente significativa fuerte, con un Odd Ratio de 9.25, con un intervalo de confianza de 3-47-24.62. Esto se ve reflejado además en el valor de p 0.000002 menor que el valor de establecido de 0.05, lo cual establece la relación estadística.

## DISCUSION

La importancia de la familia en el entorno y desarrollo del adolescente es un componente muy importante en la aceptación del mismo como lo menciona Dina Krauskopf, “Es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio, partiendo de este punto de vista que indica que esta etapa define el desarrollo y éxito del individuo”

Una de las contribuciones de este trabajo radica en identificar el riesgo de la población estudiantil de padecer algún trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta el aumento en la frecuencia del mismo como menciona “La AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION en el año 2006 reveló que la prevalencia entre adolescentes mujeres que padecen trastornos de comportamiento alimentario, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa actualmente se han convertido en la segunda causa de muerte de adolescentes en el mundo.

En américa latina se realizó un estudio en Argentina con 1.971 adolescentes. La edad media fue de 14,16. En los resultados se observó que un 80 % no presentaban trastornos, mientras que un 20% tenían sospecha de trastorno alimentario. Entre los casos positivos se encontró 81,8% con trastorno compulsivo por comer, en el 3,8% anorexia y en el 0,6 bulimia. En el 13,8% no se pudo confirmar a pesar de haber sospecha (Carrera, 2012).

En nuestro caso es un estudio con menor población de 118, pero la edad media con mayor prevalencia coincide con este estudio latinoamericano, con un 40% de la muestra con trastornos alimentarios a los 14 años. Además, que en nuestro estudio el 33% presenta resultados alterados, el 11% bulimia y control oral y el 22% un trastorno psicobiológico que engloba anorexia nerviosa y trastorno por atracón, un porcentaje mayor, pero se debe tener en cuenta que la cantidad de la muestra es menor por lo que el porcentaje es proporcional al del estudio en mayor escala.

En relación a la edad con mayor prevalencia hemos tomado el estudio de Sánchez-Planell, 2008; Gómez Del Barrio et al., en el año 2009, el cual se centró en estudiantes adolescentes ya que el inicio más frecuente de la AN se sitúa entre los 13 y los 18 años. Esto se relaciona con los resultados de nuestro estudio, en donde la mayor prevalencia se encontró en edades comprendidas entre los 13 y 15 años con un pico de prevalencia máximo a los 14 años.

El efecto de la familia en el desarrollo y autoestima de las personas es muy importante por ello se ha descrito en muchos estudios el evidente efecto que tiene la función familiar en los trastornos de la conducta alimentaria ya que se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico como lo comenta en su estudio Parrales en el año 2011.

Esto se relaciona con el estudio presentado en donde se logró establecer relación significativa con la disfunción familiar con un Odds ratio de 9.25 lo cual indica que es 9 veces más frecuente que las adolescentes con disfunción familiar padezcan de trastornos de la conducta alimentaria que las que no se encuentran expuestas a este factor.

Esto además concuerda con lo que menciona Pedreira que el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.(Pedreira Massa, Blanco Rubio, Pérez-Chacón, & Quirós, 2014).

En un estudio realizado en la universidad de Estatal de Cuenca en el año 2012 se utilizó una muestra de 814 estudiantes de los cuales un 2,7% presentaba anorexia, las edades más afectadas se encontraban entre los 17 y 19 años. La prevalencia total de anorexia se ubica en un 4,4%. La prevalencia de trastornos alimenticios en este estudio es de 24%-26% en los adolescentes de 14- 16años. (Carrera, 2012).

Este estudio es el único referente bibliográfico en nuestro país, del año 2012 en el cual la edad de mayor prevalencia no coincide con la de nuestro estudio, pero los valores de prevalencia son similares, con trastornos psicobiológicos en un 22% pero con una

menor muestra. La prevalencia a los 14 años fue la máxima con un 40% del total de la muestra, no mucho menor a la del estudio mencionado. (Carrera, 2012).

Aquí es pertinente confirmar de alguna manera que el ambiente familiar en el que se desenvuelve el adolescente, influye sobre las conductas alimentarias y la resolución de conflictos, esto se ve reflejado en múltiples estudios en donde se observa que un hogar funcional brinda un mejor ambiente para enfrentar y resolver problemas.

Así tenemos que, un ambiente familiar donde se percibe hostilidad, rechazo y demasiado control, el adolescente no se desenvuelve adecuadamente y no hay adecuada comunicación con sus padres. El ajuste social y emocional es mejor cuando la relación familiar es cohesiva, expresiva, organizada y fomentan la independencia de sus miembros.(Pérez Milena A et, n.d.)

Es importante resaltar que pese a lo anterior, algunos de los adolescentes participantes en el estudio a pesar de tener resultados positivos para Trastorno de la conducta alimentaria perciben que sus padres se comunican con ellos y los ayudan a la resolución de problemas, sin embargo ellos no consideran tener una muy buena confianza hacia sus padres, esto sucedió en un 26% de las estudiantes quienes presentaban familias funcionales pero tuvieron un puntaje mayor de 20 en el test para trastornos de la conducta alimentaria.



## 6. CONCLUSIONES

- ✚ El 84% del total de la muestra presenta algún grado de trastornos de la conducta alimentaria, predominando la preocupación por la dieta que afecta a un tercio de la muestra, y el tercio restante presenta ya un trastorno distribuido entre la anorexia, bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.
  
- ✚ La disfunción familiar se encuentra presente en un 78% del total de la muestra, lo cual representa tres cuartos de la muestra estudiada.
  
- ✚ La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción familiar se determinó por medio de tabla de análisis de 2X2, la cual muestran una fuerte asociación estadística entre dichas variables, con un Odd Ratio de 9.25, con un intervalo de confianza de 3-47-24.62, a esto se agrega el valor de p 0.000002, menor que 0,5 mostrando significancia estadística en el estudio.

## 7. RECOMENDACIONES.

- Intervención por parte del Ministerio de Salud, promoviendo la práctica y el cumplimiento del protocolo de salud adolescente en las unidades educativas por parte de los Psicólogos educativos y el médico de la unidad para diagnóstico precoz y tratamiento de este tipo de patologías.
- Promoción por parte del ministerio de salud pública de talleres sobre los protocolos de salud adolescente del ministerio de salud dirigidos hacia el personal docente para atención integral de los estudiantes afectados por trastornos alimentarios.
- Al Ministerio de educación a través del departamento de consejería estudiantil, la implementación de charlas, dirigida a los padres de familia y a las estudiantes sobre prácticas de alimentación saludable.
- A la Unidad Educativa la Inmaculada se recomienda la ejecución de un proyecto de prácticas alimenticias saludables, realizando cambios en los alimentos expendidos en el bar escolar.
- A la doctora Ruth Suing, se recomienda controles de peso y talla semestral para la detección de alteraciones en el desarrollo de las estudiantes que pudieran ser derivados de este tipo de trastornos.
- Al personal docente de la unidad educativa La Inmaculada, que promueva el respeto entre compañeras y reconozca aptitudes de riesgo, como insultos, sobrenombres que influyen en la autoestima de las mismas.
- A los padres de familia se recomienda crear un ambiente de confianza donde hijas puedan desarrollar confianza y autoestima, evitando las prácticas de los sobrenombres en la familia y promoviendo el respeto.

- A las estudiantes de la unidad educativa, alentándolas a enfrentar problemas alimentarios y de autoestima confiando en el personal docente y en la psicóloga educativa admitiendo sus problemas y permitiendo la ayuda de profesionales.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Arés, P., Dsc, M., & Habana, C. D. La. (2004). Escuela Nacional de Salud Pública Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria . Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud Autora Isabel Louro Bernal MSc . Tutoras Silvia Martínez C.

Arrufat Nebot, F. J. (2006). Estudio de prevalencia de transtornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42781>

C. Lopez. j, T. (2011a). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes : Descripción y manejo Eating Disorders in adolescents: Description and management. *Pdf*, 22(1), 85–97. Retrieved from [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF\\_revista\\_médica/2011/1\\_enero/10\\_PS\\_Lopez-12.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2011/1_enero/10_PS_Lopez-12.pdf)

C. Lopez. j, T. (2011b). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes : Descripción y manejo Eating Disorders in adolescents: Description and management. *PDF*, 22(1), 85–97. Retrieved from [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF\\_revista\\_médica/2011/1\\_enero/10\\_PS\\_Lopez-12.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2011/1_enero/10_PS_Lopez-12.pdf)

Carrera, C. S. V. (2012). *Universidad de cuenca. El Escorial*. Universidad de Cuenca.

Cibanal Juan, L. (2014). *Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria*. Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-84-9022-433-5.00050-9>

Cibanal, L., Ramón, J., Riera, M., Desarrollo, D. E. L., & Familia, D. E. L. A. (2014). Familia : funciones. *Elseiver*, 1–4.

Constaín, G. a., Ricardo Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M. D. L. Á., Álvarez Gómez, M., Marín Múnera, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la

conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283–289. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe (Santiago)*, 17(1), 81–90. <http://doi.org/10.4067/S0718-22282008000100008>

De Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. a., & Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130(13), 487–491. <http://doi.org/10.1157/13119489>

Franco<sup>1</sup>, I., Otero<sup>1</sup>, Ó., González<sup>2</sup>, J. C. A., Guio<sup>3</sup>, Ó. Z., Calderón<sup>4</sup>, M. B., Orduz<sup>5</sup>, R. D., & Lee<sup>5</sup>, Ó. F. (n.d.). Psicocirugía en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Retrieved May 3, 2015, from <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v54n3/PSICOCIRUGIA.pdf>

Gayou-Esteva, U., & Ribeiro-Toral, R. (2014). Eating disorders identification of risk cases among students from Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 115–123. [http://doi.org/10.1016/S2007-1523\(14\)72007-5](http://doi.org/10.1016/S2007-1523(14)72007-5)

Gouveia, V. V., Pronk, S. D. L., Santos, W. S., Gouveia, R. S. V, & Jane, P. N. (2010). Test de Actitudes Alimentarias : Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida.

Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., & Riesco, N. (2011). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 53–61. Retrieved from <http://journals.iztacala.unam.mx>

Hortoba, G. N., Bese, N. S., Richard, R., Vikram, B., & Kurkure, A. (2007). ¿n de los Recursos, 13.

Jenny, P., Carlos, J., Jorge, G., & Victoria, J. (2007). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix., 18(4), 1–25. Retrieved from <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

López Bayas, H. M. (2014). *Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de terapia física*. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO. Retrieved from <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7994/1/López Bayas, Hipatia Marisela.pdf>

López, C. C., Raimann, T. X., & Gaete P., M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 24–33. <http://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.003>

Masson. (1995). Manual dde dignostico y estadistico de los trastoronos mentales. *Pdf*, 1, 1–13. Retrieved from <10.\tcatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf>

Moreno Marín, J. (2010). Función y disfunción familiar. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 14, 89–99. [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74022-7](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74022-7)

N. Lambruschini, R, L. (n.d.). Trastornos de la conducta alimentaria. *Pdf*, 361–374. Retrieved from <8.\thttp://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>

Nelly, R., Hernández-castillo, L., Cargill-foster, N. R., & Gutiérrez-hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta , Tabasco 2011, 18, 14–24.

Pascualini Diana, Ll. A. (2010). *Salud Y Bienestar De Adolescentes Y Jovenes: Una Mirada Integral* (Vol. 1ra edicio). Buenos Aires Argentina: 8- 2010.

Pedreira Massa, J. L., Blanco Rubio, V., Pérez-Chacón, M. M., & Quirós, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine - Programa de Formación Médica*

*Continuada Acreditado*, 11(61), 3612–3621. [http://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70821-2](http://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70821-2)

Pérez Milena A et. (n.d.). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Retrieved May 3, 2015, from [http://ac.els-cdn.com/S0212656707708405/1-s2.0-S0212656707708405-main.pdf?\\_tid=8459b990-f12d-11e4-95d2-00000aab0f6b&acdnat=1430614032\\_75fa2b0d0f2f846d1cacc345ad02fb09](http://ac.els-cdn.com/S0212656707708405/1-s2.0-S0212656707708405-main.pdf?_tid=8459b990-f12d-11e4-95d2-00000aab0f6b&acdnat=1430614032_75fa2b0d0f2f846d1cacc345ad02fb09)

Salvador, U. D. E. E. L., Celina, D. C., & Escalante, E. (2012). *No Title*.

Santoncini, C. U., & Romo, A. C. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Guías Clínicas Para La Atención De Trastornos Mentales*. Retrieved from [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf)

Tornero, M. J., Bustamante, R., & Del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 1(1), 7–16. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694794&orden=1&info=link>  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4694794>

Vallbona, D. V. (2012). *Fisiopatología general de la nutrición*. Universidad de Salamanca.

# **10. ANEXOS**



**ANEXO # 1**

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



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

**MEMORÁNDUM Nro. 0065- CCM-ASH-UNL**

PARA: Srta. Karla Vanessa Arevalo Calderón  
 ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de febrero 2015

ASUNTO: Aprobar tema de tesis.

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que, luego del análisis respectivo se aprueba su tema de **“TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA INMACULADA DE LOJA”**, por lo que puede realizar el Perfil del Proyecto.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,  
 EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
 ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

G.Rey  
 C.c.- Archivo



**ANEXO # 2**

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



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

---

**MEMORÁNDUM NRO. 0682 CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Karla Vanessa Arévalo C.  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 24 de abril de 2014.

**ASUNTO:** Informe de pertinencia

---

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **“TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LA INMACULADA DE LOJA”**, que su tema es pertinente según informe de la Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo  
Sip

## ANEXO # 3

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



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

**MEMORÁNDUM Nro. 0812- CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Dra. Elvia Ruiz Bustán  
**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA**  
 Srta. Karla Vanessa Arévalo Calderón,  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 30 de abril de 2015


**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; en base a la sumilla de la Directora del Área de la Salud Humana, esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema titulado es: "**TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA INMACULADA DE LOJA**", de autoría de la Srta. Karla Vanessa Arévalo Calderón, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
 ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

  
 Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
 DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA – UNL**

C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo  
 Sip.



**ANEXO # 4**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA.**



**UNIDAD EDUCATIVA**  
**"LA INMACULADA"**  
 Hijas de la Caridad Loja

**Nº 0008640**



Loja 12 de Marzo del 2015

De mis consideraciones


Sor.

Nila Gómez

Rectora de la unidad Educativa la Inmaculada



Por medio de la presente me dirijo a Ud. para solicitarle de la manera más comedida, se digna en otorgar el permiso respectivo para realizar el estudio "TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR", en las estudiantes de esta prestigiosa institución, adjunto el perfil del proyecto a realizar y el documento de aprobación del tema otorgado por la universidad nacional de Loja, entidad donde actualmente curso el X módulo de la carrera de medicina.

Por la atención que dé a la presente, dejo constancia de mi más sincero agradecimiento.

  
 Karla Arévalo Calderón

1104114606

*Amoroso por el cumplimiento de lo solicitado*



**ANEXO # 5**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACION CON LA  
 DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD  
 EDUCATIVA FISCOMICIONAL “LA INMACULADA” DE LOJA.**

Con el presente trabajo de investigación se pretende lograr establecer la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfunción en las adolescentes de la Unidad Educativa fiscomisional “La Inmaculada” de Loja.

El tiempo estimado para realizar la encuesta será de 25 minutos. El estudio no conlleva ningún riesgo y no se pagará ni a la estudiante, ni al encuestador ninguna compensación económica por participar.

El proceso será estrictamente confidencial. En los test aplicados no constará el nombre de la estudiante, será anónimo. La participación es estrictamente voluntaria. El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No Habrá ningún tipo de sanción o represarías.

**A quién contactar en caso de preguntas:**

**Investigadores:** Arévalo Calderón Karla Vanessa.

**Teléfonos:** 0986695174.

Yo,..... Con CI N°.....Representante legal de la estudiante..... Autorizo la participación de mi representada en el presente estudio de investigación.

**Firma del representante** \_\_\_\_\_

Los resultados serán utilizados con fines investigativos y serán entregados al departamento de la Universidad Nacional de Loja.



## ANEXO # 6

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, nos encontramos realizando la siguiente encuesta para la realización del tema. “Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar en las adolescentes de la Unidad Educativa “La Inmaculada” de Loja.

Edad ()

Marque con una x, la respuesta que expresa lo que usted siente con respecto a la comida, de acuerdo a la frecuencia.

| Pregunta  | NUNCA | RARAMENTE | A MENUDO | MUY A MENUDO | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|-----------|----------|--------------|---------------|---------|
| Me da mucho miedo pesar demasiado   |       |           |          |              |               |         |
| Procura no comer, aunque tenga hambre   |       |           |          |              |               |         |
| Me preocupa mucho por la comida   |       |           |          |              |               |         |
| A veces me he “atracado” de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer |       |           |          |              |               |         |
| Corto mis   |       |           |          |              |               |         |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| alimentos en trozos pequeños   |  |  |  |  |  |  |
| Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como                                 |  |  |  |  |  |  |
| Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.) |  |  |  |  |  |  |
| Noto que los demás preferirían que yo comiese más.   |  |  |  |  |  |  |
| Vomito después de haber comido.  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento muy culpable después de comer.   |  |  |  |  |  |  |
| Me preocupa el deseo de estar más delgada.   |  |  |  |  |  |  |
| Hago mucho ejercicio para quemar calorías.   |  |  |  |  |  |  |
| Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.   |  |  |  |  |  |  |
| Tardo en comer más que las otras personas.   |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Procuro no comer alimentos con azúcar                     |  |  |  |  |  |  |
| Como alimentos de régimen (dieta).                        |  |  |  |  |  |  |
| Siento que los alimentos controlan mi vida.               |  |  |  |  |  |  |
| Me controlo en las comidas.                               |  |  |  |  |  |  |
| Noto que los demás me presionan para que coma.            |  |  |  |  |  |  |
| Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. |  |  |  |  |  |  |
| Me siento incómoda después de comer dulces.               |  |  |  |  |  |  |
| Me comprometo a hacer régimen (dietas).                   |  |  |  |  |  |  |
| Me gusta sentir el estómago vacío.                        |  |  |  |  |  |  |
| Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.              |  |  |  |  |  |  |
| Tengo ganas de vomitar después de las comidas             |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL   |  |  |  |  |  |  |

a Dieta y preocupación por la comida

b Presión social percibida y malestar con la alimentación

c Trastornos psicobiológicos.



## ANEXO # 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, nos encontramos realizando la siguiente encuesta para la realización del tema. “Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar en las adolescentes de la Unidad Educativa “La Inmaculada” de Loja.

Edad ()

Marque con una x, la respuesta que expresa lo que usted siente con respecto a su familia, de acuerdo a la frecuencia.

| PREGUNTAS   | CASI NUNCA | POCAS VECES | A VECES | MUCHAS VECES | CASI SIEMPRE |
|---|------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| Se toman decisiones para cosas importantes de la familia                                |            |             |         |              |              |
| En mi casa predomina la armonía   |            |             |         |              |              |
| En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades                                     |            |             |         |              |              |
| Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana                    |            |             |         |              |              |
| Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa                              |            |             |         |              |              |
| Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos                              |            |             |         |              |              |
| Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes |            |             |         |              |              |
| Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan                         |            |             |         |              |              |
| Se distribuyen las tareas de forma  |            |             |         |              |              |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| que nadie esté<br>Sobrecargado  |  |  |  |  |  |
| Las costumbres familiares pueden<br>modificarse ante determinadas<br>situaciones          |  |  |  |  |  |
| Podemos conversar diversos<br>temas sin temor   |  |  |  |  |  |
| Ante una situación familiar difícil<br>somos capaces de buscar ayuda en<br>otras personas |  |  |  |  |  |
| Los intereses y necesidades de<br>cada cual son respetados por el<br>núcleo familiar      |  |  |  |  |  |
| Nos demostramos el cariño que<br>nos tenemos  |  |  |  |  |  |
| TOTAL   |  |  |  |  |  |

De 57 a 70 pts. Familia funcional

De 43 a 56 pts. Familia moderadamente funcional

De 27 a 42 pts. Familia disfuncional

De 14 a 27 pts. Familia severamente disfuncional

## Anexo N # 8

Los trastornos alimenticios no son cosa simple y para tratarlos adecuadamente se requiere de atención médica, psicológica y nutricional. La psicoterapia, individual o grupal es útil porque facilita que la persona enferma reconozca y acepte su trastorno y comience a buscar soluciones. Cuando una persona ha bajado tanto de peso que su vida está en riesgo y la familia no la apoya, la hospitalización es necesaria, aunque no es suficiente.

La atención psicológica es indispensable. Los trastornos alimenticios ponen en riesgo no sólo la vida social, laboral o familiar, sino la vida misma.

### Acude por ayuda a:

- ✚ Al centro de salud de tu localidad, en donde analizarán el problema y solicitarán ayuda del especialista.
- ✚ A tu psicóloga educativa, la cual puede ayudarte a entender las causas del problema y poco a poco superarlo.



¿CUÁLES SON LAS SEÑALES PARA DETECTAR QUE UNA PERSONA PUEDE ESTAR SUFRIENDO ANOREXIA Y/O BULIMIA?

- Manifiestan una preocupación excesiva por la figura y el peso.
- Cambios en la conducta alimentaria: Inician dietas de adelgazamiento extremas y la mantienen incluso cuando alcanzan a un peso inferior al ideal.
- Se provocan el vómito. Esto es muy frecuente en la bulimia, tras haberse dado un atracón de comida.
- Controlan el contenido calórico de los alimentos.
- Procuran no coincidir con la familia a la hora de comer, prefieren comer solos.
- Los pacientes con anorexia suelen fraccionar la comida, juegan con ella con el fin de aparentar que han comido suficiente.
- Aumentan de forma exagerada la práctica de ejercicio físico.
- Muestran un cambio de carácter llamativo, siendo extremadamente sensibles ante cualquier tipo de crítica.
- Manifiestan actitudes de aislamiento, de soledad, de tristeza y empiezan a aumentar las horas de estudio y/o de otras actividades “útiles”.



COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.



Alguien con anorexia, después de un tiempo, ya no tiene fuerzas para hacer las actividades de un día normal como:

- Ir a la escuela, a trabajar o salir con sus amistades
- Una persona bulímica que se induce vómito diez o quince veces al día somete su cuerpo a desequilibrios muy peligrosos.
- Los trastornos alimenticios afectan de manera importante la salud, como se puede ver en el siguiente cuadro:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Corazón</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial.</li> <li>• Mala circulación sanguínea.</li> <li>• Disminución del tamaño de las cavidades del corazón.</li> <li>• Paro cardíaco.</li> </ul> |
| <b>Riñones</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción en sangre de sustancias básicas potasio, fósforo, etcetera.</li> <li>• Hinchazón por retención de líquidos.</li> <li>• Calculos renales.</li> </ul>   |
| <b>Sangre</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia y reducción de plaquetas (que sirven para la coagulación).</li> <li>• Reducción de los glóbulos blancos o de los rojos.</li> </ul>   |
| <b>Aparato digestivo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipación, diarrea, dolor estomacal.</li> <li>• Úlceras (agujeros) gástricas y cáncer en el esófago.</li> </ul>  |
| <b>Huesos</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancamiento del crecimiento y de la maduración de los huesos.</li> <li>• Aumento del riesgo de fracturas.</li> </ul>  |
| <b>Hormonas</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupción o irregularidades de la menstruación.</li> <li>• Pérdida de interés en la sexualidad y anomalías en los testículos.</li> </ul>   |

La imagen que tiene de sí misma, de su cuerpo, está distorsionada y no corresponde a la realidad porque por más delgada que esté, cuando se mira en el espejo no puede evitar pensar: “¡qué horror! ¡Estoy gordísima!”.

CAUSAS



Los trastornos alimenticios son provocados por:

- La combinación de factores psicológicos, familiares y personales, fuertemente influidos por el contexto social.
- Por problemas familiares y personales
- Conflictos afectivos, malas relaciones con los demás, violencia, temor a crecer, sensación de falta de desarrollo personal.



DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La Anorexia y la Bulimia son padecimientos que, aunque cada vez se mencionan más, no se conocen bien sus características y el peligro que representan para la salud.



Cuando alguien tiene Anorexia deja de comer lo que necesita, pero no por falta de apetito sino porque está muy preocupada por estar delgada.

Todo el tiempo piensa en:

- Cuánto y cómo come:
- “¿Cuánto me va a subir de peso?” o “¡qué horror!... estoy gordísima
- Se la pasan viéndose en el espejo, midiéndose su ropa para comprobar que no han subido de peso y se comparan con otras personas.

Alguien con Bulimia se da un atracón de comida sin disfrutarla y luego se siente tan mal, tan culpable por haber comido tanto que hace algo para compensarlo:

- Se provoca el vómito
- Se pone a hacer ejercicio hasta no poder moverse más
  - Se toma esas pastillas que ha oído que a otros les ayuda a ir al baño
  - Deja de comer algunos días

**ANEXO # 9**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA.**

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISSIONAL “LA INMACULADA” DE LOJA.**

**Objetivos**

- Informar a las estudiantes de la unidad educativa “La Inmaculada” sobre los síntomas, riesgos y complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Difundir los resultados del estudio con las estudiantes participantes.
- Prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente

| <b>Tema</b>   | <b>Paralelos</b>      | <b>Objetivo</b>  | <b>Técnica</b>   | <b>Fecha y hora.</b> | <b>Responsable</b>   |
|---|-----------------------|--|--|----------------------|----------------------|
| <b>Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar.</b> | 9no A, 9no B y 9no C. | Informar a las estudiantes sobre los síntomas, riesgos y complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.<br><br>Difundir los resultados del estudio con | Charla estudiantil, intercambio de ideas con el público participante<br><br>Entrega de trípticos | 08/08/15<br>08:30    | Srta. Karla Arévalo. |

|   |                               |   |   |                       |  |
|---|-------------------------------|---|---|-----------------------|--|
|   |                               | las estudiantes participantes.  |   |                       |  |
| <b>Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar.</b> | 10mo A,<br>10mo B,<br>10mo C. | Informar a las estudiantes sobre los síntomas, riesgos y complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.<br><br>Difundir los resultados del estudio con las estudiantes participantes. | Charla estudiantil,<br>intercambio de ideas con el público participante<br><br>Entrega de trípticos | 08/08/15<br><br>10:30 |  |
| <b>Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar.</b> | 1ro de Bachillerato A y B.    | Informar a las estudiantes sobre los síntomas, riesgos y complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.<br><br>Difundir los resultados del estudio con las estudiantes participantes. | Charla estudiantil,<br>intercambio de ideas con el público participante<br><br>Entrega de trípticos | 09/08/15<br><br>08:30 |  |
| <b>Trastornos de la conducta alimentaria y relación con la disfunción familiar.</b> | 2do de Bachillerato A y B     | Informar a las estudiantes sobre los síntomas, riesgos y complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria.<br><br>Difundir los resultados del estudio con las estudiantes participantes. | Charla estudiantil,<br>intercambio de ideas con el público participante<br><br>Entrega de trípticos | 09/08/15<br><br>10:30 |  |

ANEXO N.10

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



## ANEXO N.11

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



**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

**CERTIFICA.-**

Que el resumen de tesis titulada **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELACIÓN CON LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA INMACULADA DE LOJA ”** realizado por **KARLA VANESSA ARÉVALO CALDERÓN** con cédula de identidad 1104114606 estudiante de la **CARRERA DE MEDICINA HUMANA** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 22 de Septiembre de 2016



**Lic. Ross Sampayo**  
**COORDINADOR GENERAL**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

www.thecanadianhousecenter.com  
 Loja Matriz: Venezuela 19-77 Entre José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado • Loja-Ecuador • Teléfonos: 2584334/2584450  
 Loja Centro: Miguel Riofrío 14-35 Entre Bolívar y Sucre • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800

 /CHCLoja  
 @CHCLoja