

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA.

TÍTULO:

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS
ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN
SEBASTIÁN DE LA CIUDAD DE LOJA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

AUTORA:

Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

DIRECTORA:

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR

2016

1859

Certificación

Loja, 29 de Septiembre de 2016

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado “**Trastornos de Conducta Alimentaria y su relación con los Estados de Ansiedad y Depresión en las Estudiantes de Bachillerato de los Colegios Fiscales de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja**”, realizado por la estudiante Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca, ha sido supervisado y revisado, el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

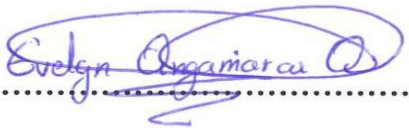
Atentamente,

**Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.****DIRECTORA DE TESIS**

Autoría

Yo Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis “**Trastornos de Conducta Alimentaria y su relación con los Estados de Ansiedad y Depresión en las Estudiantes de Bachillerato de los Colegios Fiscales de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja**”, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Firma:


Autora: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

C.I. 1104908494

Fecha: Loja, 29 de Septiembre de 2016

Carta de Autorización

Yo, Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca, autora de la tesis: “**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIÁN DE LA CIUDAD DE LOJA**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de *Septiembre* de 2016, firma su autora.

Firma:

Autora: *Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca*

Cédula: 1104908494

Dirección: *Av. 8 de Diciembre entre Diego Noboa y Leónidas Plaza*

Correo Electrónico: *eveya18@hotmail.es*

Teléfono: 0991531575

Director de Tesis: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

Miembros del Tribunal: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg. Sc.

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Dr. Santos Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

Dedicatoria

Quiero dedicarle este trabajo Investigativo primeramente a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar el presente proyecto, a mis Padres por apoyarme en cada momento, instruyéndome con principios y valores, y por no escatimar esfuerzos en mi formación, a mis hermanos por la fortaleza brindada en cada etapa de mis estudios, así como en el desarrollo de mi vida, y a todos mis familiares, que con sus sabios consejos influyeron en mi día a día, en mi afán de superar cada obstáculo que se presentaba en mi carrera estudiantil.

También les dedico a mis docentes quienes me inculcaron sus conocimientos, sabiduría y orientación constante, supieron guiarme por el camino correcto para así llegar a cumplir el presente objetivo que es la culminación de este trabajo de investigación.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, a mis padres y a mis hermanos por haber estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome, aconsejándome y guiándome por el camino correcto, y por haber velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

Además mi agradecimiento eterno a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA por haberme permitido desarrollarme como persona y estudiante, constituyendo el pilar fundamental en la formación académica de la región Sur del Ecuador, a cada uno de los docentes de la carrera de Medicina Humana quienes compartieron sus conocimientos y experiencias que fueron imprescindibles para mi formación.

Índice

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. Introducción	4
2. Revisión de la literatura.....	7
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	7
2.2. Clasificación	8
2.3. Etiopatogenia	9
2.4. Fisiopatología.....	12
2.5. Anorexia nerviosa.....	13
2.5.1. Diagnóstico de la anorexia nerviosa según DSM-IV.	13
2.5.2. Subtipos.....	14
2.5.3. Características clínicas de la anorexia nerviosa.....	14
2.6. Bulimia nerviosa.....	14
2.6.1. Diagnóstico de la bulimia nerviosa según de acuerdo al manual de	

diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM-IV	15
2.6.2. Subtipos	15
2.6.3. Características clínicas de la bulimia nerviosa	15
2.7. Trastorno de conducta alimentaria no especificada	16
2.7.1. Clínica.....	16
2.7.2. Criterios para el diagnóstico de los trastorno de conducta alimentaria no especificados (DSM-IV).	16
2.8. Factores predisponentes de los trastornos de conducta alimentaria.....	16
2.9. Factores de mantenimiento.....	17
2.10. Diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta alimentaria.....	17
3. Metodología.....	19
4. Resultados.....	24
4.1. Distribución de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	24
4.2. Distribución de las estudiantes según la edad de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	25
4.3. Estado nutricional de acuerdo al IMC de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	26
4.4. Trastornos de conducta alimentaria de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	27
4.5. Trastornos de conducta alimentaria según la edad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	28

4.6. Tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	29
4.7. Estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	30
4.8. Estados de depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	31
4.9. Relación entre trastornos de conducta alimentaria, los estados de ansiedad y depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	32
5. Discusión	33
6. Conclusiones y recomendaciones.....	36
6.1. Conclusiones	36
6.2. Recomendaciones	37
7. Referencia bibliográfica	38
8. Anexos	43
8.1. Test de Actitudes alimentarias (EAT-26)	43
8.2. Escala de Hamilton para clasificación de la ansiedad.....	44
8.3. Escala de Zung para clasificación de la depresión	45
8.4. Consentimiento informado.....	46
8.5. Certificación de Traducción.....	47
8.6. Autorizaciones de las Instituciones Educativas.....	48
8.1. Fotografías	52

9. Índice de tablas	58
9.1.Tabla 9.1: Distribución de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	58
9.2.Tabla 9.2: Distribución de las estudiantes según la edad de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	58
9.3. Tabla 9.3: Estado nutricional de acuerdo al IMC de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	59
9.4.Tabla 9.4: Trastornos de conducta alimentaria de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	59
9.5.Tabla 9.5: Trastornos de conducta alimentaria según la edad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015.....	60
9.6.Tabla 9,6: Tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	60
9.7.Tabla 9.7: Estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	61
9.8.Tabla 9.8: Estados de depresión de las estudiantes de los colegios fiscales e la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015	61

**“TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS
ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN
SEBASTIÁN DE LA CIUDAD DE LOJA”**

Resumen

La adolescencia es considerada como una transición donde se generan cambios biológicos, culturales, sociales y psicológicos, durante esta transición existe mayor riesgo de desarrollar alteraciones alimentarias, ya que el miedo a engordar, las alteraciones de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conllevan una grave modificación de la conducta alimentaria, relacionándose con enfermedades crónicas y progresivas. Este estudio es de tipo cuantitativo y transversal, cuyos objetivos identificaron la frecuencia y tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de bachillerato de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja según la edad y su relación con estados de ansiedad y depresión. Se encuestaron 344 estudiantes, utilizando; el Test de actitudes Alimentarias (EAT-26), Escala de Zung y Escala de Hamilton; un 24,4% presentaron trastornos de la conducta alimentaria, correspondiendo 11% a la anorexia, 10,8% a la bulimia y 2,6% a trastornos de comportamiento alimentario no especificados, la edad más afectada fue la de 17 años. Del total de estudiantes un 84% presentaron ansiedad, y solo un 14,8% presentaron depresión, existe una alta relación entre los trastornos de conducta alimentaria, los estados de ansiedad y depresión (OR=4,88 p=0,0012) (OR=4,66 p=0). La frecuencia de trastornos de conducta alimentaria en escolares, representan una cuarta parte de estudiantes, mismos que se relacionan con la ansiedad y la depresión, factores que hacen a una persona más vulnerable para desarrollarlo. **Palabras clave:** *trastornos de conducta alimentaria, anorexia, bulimia, trastorno de conducta no especificado, ansiedad y depresión*

ABSTRACT

Adolescence is considered a transition where biological, cultural, social and psychological changes take place. During this transition, there is an increased risk of developing eating disorders for fear of gaining weight, changes in the perception of body image and weight plus obsessive thinking about food that leads to a serious change in eating behavior, which is linked to chronic and progressive diseases. This quantitative and cross-sectional study aimed to identify the frequency of eating disorders in senior high school students from public schools in the parish 'San Sebastian' in the city of Loja, and its relationship with states of anxiety and depression. An Eating Attitudes Test (EAT-26), Zung Scale and Hamilton Scale were used to survey 344 students; 24.4% had eating disorders, of which 11% presented anorexia, 10.8% bulimia and 2.6% unspecified eating disorders. Out of all students, 84% showed anxiety and only 14.8% had depression. The relationship between eating disorders, states of anxiety and depression are high (OR = 4.88 p = 0.0012) (OR = 4.66 p = 0). The frequency of eating disorders in schools represents a quarter of students, and is related to anxiety and in a lesser way, to depression. These factors make a student more vulnerable to developing eating disorders.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, unspecified behavior disorder, anxiety and depression.

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen entidades clínicas que cada vez despiertan mayor interés entre profesionales y ciudadanos, aparecen como una categoría consolidada dentro de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, en las que la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos de conducta alimentaria no especificado (TCANE), ocupan un lugar prevalente, teniendo un impacto importante en la salud pública por su interferencia en el funcionamiento cotidiano, su comorbilidad psiquiátrica, las consecuencias sumamente nocivas para la salud física y su elevado riesgo de mortalidad.

Numerosos estudios en Norteamérica revelan que la prevalencia de anorexia nerviosa oscila entre los 0,2 y 1,5% y el de bulimia nerviosa entre 1,8 y 2,8% (Hernandez, G. Mayo 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2010 (OMS) en una encuestas a estudiantes de 72 países muestra, la proporción de mujeres jóvenes que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla, es más elevada que los jóvenes, siendo uno de los principales desencadenantes de los Trastornos de Conducta Alimentaria. (Turón, J. 2010) La relación de trastornos de conducta alimentaria entre mujeres y varones es de 9-10:1, pues casi todos los estudios constatan que el 90-95% de los sujetos afectos son mujeres (Guerrero P, 2010).

Países desarrollados como EE.UU estima que la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria oscila entre 0,8 a 14 %, más del 90% son mujeres y 75% adolescentes (Romero S, 2011). Estudio realizado en Gran Canaria-España en el 2015 el 27,4% de la población estudiada se encuentran en riesgo de padecer un Trastornos de Conducta Alimentaria, el 45,2% eran hombres y el 54,8% eran mujeres (Álvarez, M. 2015). Otro estudio muestra un porcentaje de 25,33% de trastornos de conducta alimentaria, de las cuales se recoge más ansiedad ($p < 0,05$), y sintomatología depresiva ($p < 0,05$) (Jáuregi, 2010).

En América Latina datos estadísticos reflejan que en México el 17% de población tiene riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria y el 58% de tener ansiedad, lo que implica que a mayor riesgo de trastornos de conducta alimentaria mayor ansiedad y viceversa. (Radilla, C. 2015). En estudios de el Salvador revelan que el 17,1% de la población presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria, mientras que la ansiedad y la depresión son las alteraciones mentales con mayor prevalencia y son principales motivos de consulta de los trastornos mentales con un porcentaje de 43,4% y 9,9 %. (Minsal, 2012) Estudios en Chile muestran una prevalencia entre el 1% y el 2% de mujeres adolescentes que padecen anorexia nerviosa, y un 2 a 4% con bulimia nerviosa, (Urzúa A, Castro S, Lillo A, & C., 2011) otro estudio de Santiago de Chile muestra que la prevalencia de ansiedad es mayor en pacientes con trastorno alimentario (40,7% versus 3,7%) ($p < 0,001$), particularmente en las anoréxicas (66,6%) ($p < 0,001$), al igual que la depresión que fue significativamente mayor en las pacientes con trastorno alimentario (18,5% versus 0%) ($p < 0,001$). (Behar, 2010) En Colombia, el 2% de los adolescentes, entre 14 y 19 años, sufren de Anorexia o Bulimia, datos actuales indican que la prevalencia de la anorexia nerviosa es del 0,3 al 2,2%, bulimia nerviosa de 0,1 al 2% y 5,3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Portela de Santana et al., 2012).

Según datos del Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos 2010 (INEC) en el Ecuador se ha reportado 44 casos de pacientes a nivel nacional con esta enfermedad en el año 2010. (Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos INEC, 2010)

Estudios realizados en Quito a estudiantes de la Universidad Pontificia Católica Quito en el 2015 con la aplicación del test de EAT- 26 se detectó que el 8,8% de la población tiene riesgo de desarrollar trastorno de conducta alimentaria (Brito, S. 2014). Datos similares a los de la ciudad de Loja en el año 2011 donde se realizó un estudio en estudiantes de colegios fiscales,

observando que el sexo femenino es el más afectado con el 4 % (64 estudiantes), las edades más afectadas van 15 a 19 años de edad, la prevalencia de anorexia fue de 0,13%, solo un 0,81% para la bulimia y 0,75% para los trastornos de conducta no especificado. (Quevedo, A. 2011)

Los elementos clínicos centrales para la identificación de estos trastornos son la disminución de la ingesta, la consiguiente pérdida significativa de peso, la existencia de atracones y conductas compensadoras, junto a ellos aparecen factores moduladores, tales como; el temor a recuperar el peso que se ha perdido, la percepción distorsionada del propio cuerpo o la influencia intensa del aspecto corporal en la autoevaluación. (Silva, N., Mesa, M., Escudero D. 2014) La mortalidad en pacientes con anorexia nerviosa es de un 10%, lo cual se presenta por diversas situaciones graves como: infecciones, inanición, complicaciones gastrointestinales, desnutrición extrema, desequilibrio electrolítico, suicidio y una cuarta parte de los pacientes se mantienen en situación de cronicidad por lo que no se pueden recuperar totalmente, sino hasta pasados los cuatro años sin presentar síntomas. Mientras que en la bulimia la mortalidad es de 5%, donde las continuas conductas purgativas pueden producir complicaciones secundarias como esofagitis, erosiones del esmalte dental, deshidratación crónica, falla renal entre otras. (Brito, S. 2014)

Al no existir estudios epidemiológicos actuales, esta investigación nos dará a conocer la frecuencia de los trastornos de conducta alimentaria y su relación con los estados de ansiedad y depresión en las estudiantes de bachillerato de los colegios fiscales de la Parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja, para lo que se planteó los siguientes objetivos: establecer la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria y sus tipos según la edad, la presencia de los estados de ansiedad, depresión y su relación con los trastorno de conducta alimentaria, con lo que se brindó datos actuales al personal de salud, y proporcionó a los jóvenes información sobre los peligros que conlleva no tener una dieta saludable y controlada por la obsesión de ser delgada trayéndonos varias consecuencias tanto en la salud física, psicológica y social.

2. Revisión de la literatura

2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

La alimentación es una necesidad básica que está relacionada no sólo con aspectos biológicos, si no también psicológicos y socioculturales. La alimentación depende de circuitos neuronales primarios para su modulación, al mismo tiempo, el aparato psíquico ejerce mecanismos de control y regulación de la ingesta a través de circuitos emocionales, además, el acto de comer no sólo implica relacionarse con los alimentos, también implica rituales y relaciones con los otros y con la cultura propia. Cuando el acto de comer se desvía de sus funciones originales para atender a alguna necesidad emocional, el comer se vuelve un acto psíquico que podría estar dirigido a elaborar la realidad, obtener placer o relacionarse con otros en relaciones conflictivas (Parodí, C. 2015)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías de carácter biopsicosocial, asociadas a severas complicaciones físicas. Se caracterizan por el riesgo de cronificación, recaídas, angustia y se relacionan con limitaciones sociales, riesgo de desarrollar obesidad en el futuro, depresión, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y elevada comorbilidad. (Álvarez, M., Castaño, I., Majen, LI. 2015)

Un alto porcentaje de adolescentes, especialmente del sexo femenino, realizan dietas y comportamientos restrictivos, influidos por el ideal de belleza actual, basado en la delgadez. Las dietas están planificadas por los propios adolescentes, esto conlleva desequilibrios nutricionales y del patrón de ingestas, debido a la omisión de comida, atracones posteriores, insatisfacción personal, no aceptación de la imagen corporal y, en definitiva, riesgos de aparición de trastornos de conducta alimentaria. (Moreno, Rodríguez, & Bueno, 2010, pág. 268)

El pronóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria mejora significativamente si son diagnosticados y tratados en forma precoz, sin embargo, con frecuencia ello se dificulta pues las adolescentes y jóvenes que los sufren tienden a esconderlos por tener escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio, así, en vez de solicitar directamente tratamiento por su Trastorno de Conducta Alimentaria a especialistas, terminan consultando (o siendo llevadas por sus padres) por problemas secundarios (sobrepeso, alteraciones menstruales, constipación, etc.) o a profesionales no especialistas, que corren el riesgo de pasar por alto el problema de fondo, agravando involuntariamente su curso. (Gaete, V. Lopez, C. & Matamala, M. 2012)

2.2. Clasificación.

La quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), plantea diversas innovaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) reconoce básicamente dos condiciones, Anorexia nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), aunque estos estados son simplemente sólo dos presentaciones, entre muchas. Como consecuencia, al menos, la mitad de los casos vistos en la práctica clínica son relegados al diagnóstico residual de Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE). (Arcibia, M. 2014)

La **Anorexia nerviosa** se emplea, en general, para describir la inapetencia o falta de apetito, es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo que puede conducirle aun estado de inanición, es decir una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. (Garrote, A. 2011).

La **Bulimia nerviosa** es una enfermedad caracterizada por episodios de voracidad o atracones (crisis de ingesta voraz o glotonería) y por los métodos compensatorios inadecuados, para evitar el aumento de peso (Simonetti, G. 2011).

Los **Trastorno de conducta alimentaria no especificados** son habitualmente cuadros de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. (Alba, S. 2012)

2.3. Etiopatogenia

El origen preciso de los trastornos de la conducta alimentaria no se ha podido dilucidar hasta el momento. Se han propuesto diferentes teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, siendo probable que todas las teorías resulten complementarias. (Rodriguez, G. 2013)

2.3.1. Factores genéticos y biológicos. La herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastornos, se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo hipofisario y gonadal, además se ha identificado un gen en el cromosoma 1 implicado en el desarrollo de ésta patología y aunque los trastornos de la alimentación son sustancialmente heredables, la susceptibilidad genética puede deberse a efectos de interacción entre diferentes genes y es posible que se reflejen en pequeñas variantes poco frecuentes en la población general. (Alba, S. 2012)

2.3.2. Bases moleculares. La conducta alimentaria es el resultado de la interacción del estado fisiológico del organismo y de las condiciones ambientales; la capacidad para controlar la ingesta de nutrientes y equilibrar las necesidades corporales, requiere mecanismos que armonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo. Los estímulos internos radican en el hipotálamo que hace de transductor de estímulos sensoriales y metabólicos coordinando la respuesta en relación a la conducta alimentaria. El sistema de **serotonina (5-HT)** está implicada en la función del humor, la

ansiedad, la agresividad, el sueño, el deseo sexual, y el control de los impulsos, además es el neurotransmisor más importante en el control del apetito y la sensación de saciedad, los pacientes con Trastorno de Conducta Alimentaria presentan alteraciones en el sistema serotoninérgico, la disminución de la serotonina (que favorece la presencia de la depresión) se compensa durante el atracón, sobre todo con alimentos ricos en carbohidratos.

La elevación de las concentraciones de serotonina (que favorece la presencia de ansiedad) se compensa durante el periodo de restricción alimentaria, a su vez, la restricción dietética o los atracones repetitivos pueden alterar las concentraciones de serotonina, favoreciendo los trastornos de conducta alimentaria, depresivos y ansiosos.

La **leptina**, péptido producido en las células del tejido adiposo, está involucrado, en la regulación del apetito y del mantenimiento del peso, la secreción de ésta, comunica el estado de energía corporal al cerebro y cambia las concentraciones de NYP (neuropéptido con efecto estimulante de la ingesta de comida) en el hipotálamo, altas concentraciones reflejan altas concentraciones de grasa corporal, lo cual disminuye el apetito. En mujeres con trastornos de conducta alimentaria sobre todo en anoréxicas, se observa que las concentraciones plasmáticas de adiponectina son más altas al compararlas con las no anoréxicas; mientras que la leptina se encuentra disminuida. (Ortoño, E. 2010)

2.3.3. Factores psicológicos. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se producen cambios físicos y psíquicos importantes. Los cambios en la imagen corporal llevan consigo una reevaluación del propio cuerpo, en la personalidad de estos pacientes se encuentran rasgos poco específicos de inmadurez, hipersensibilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, baja autoestima, tendencias obsesivo-compulsivas.

Podemos decir que a nivel psicológico hay tres áreas afectadas:

a) Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporal (se siente normal cuando está emancipado, niega enfermedad y anormalidad).

b) Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre.

c) Una sensación paralizante de ineffectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa. (Fisher, M. 2010)

2.3.4. Factores familiares. El modelo familiar influye de forma significativa en el desarrollo de los Trastorno de Conducta Alimentaria y actúa como uno de los principales factores de riesgo. Se ha visto como diferentes modelos familiares afectan a estos problemas. Algunos de ellos serían modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva de Trastorno de Conducta Alimentaria (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres) obesidad (especialmente en madres), alcoholismo(especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.(Alba, S. 2012)

2.3.5. Factores socio-culturales. La publicidad y la rentabilidad económica de las industrias relacionadas con el moldeamiento del cuerpo (gimnasios, cirugía plástica, asesoramiento dietético, industria farmacéutica, diseños homogeneizantes de tallas, etc.) promueven una sobrevaloración de los cuerpos femeninos delgados y de los cuerpos masculinos musculosos. Para muchas mujeres, se ha consolidado la asociación de delgadez

con belleza, fuerza de voluntad, control, competitividad, autoestima y éxito social, la insatisfacción de los adolescentes con Trastorno de Conducta Alimentaria se relacionan con su imagen y el deseo de reducir peso alcanza hasta un 50%. (Maganto, C. 2010)

2.4. Fisiopatología

Entre los que tenemos el ayuno, purga, intoxicación hídrica.

2.4.1. Ayuno. Esto ocurre a un nivel metabólico y neuroendocrino. El descenso notable del metabolismo puede verse como un intento de mantener la homeostasia de la glucosa (fase inicial) y conservar las proteínas (fase final). Inicialmente hay aceleración de la gluconeogénesis hepática. Cuando el ayuno se prolonga, el organismo responde a la depleción proteica con un desplazamiento metabólico a quemar grasas y producir cuerpos cetónicos, con lo que se prioriza la conservación proteica. Gradualmente la acetona reemplaza a la glucosa como combustible cerebral. Son habituales en este estado la cetonemia, cetonuria y el aliento cetónico. Si se agrava la desnutrición, el estado hipometabólico progresa a la bradicardia severa, hipotensión marcada, acrocianosis y ortostatismo. Finalmente, si no se interrumpe el ayuno se atraviesa la última barrera a la supervivencia, con el desencadenamiento de un síndrome cerebral orgánico que progresa desde la lentitud y confusión a la obnubilación, letargo, estupor, coma y muerte. La muerte por estado de inanición es consecuencia del deterioro neurológico que ya no permite la alimentación. (Mendoza, A. et al., 2013)

2.4.2. Purga. Las pacientes que se auto-inducen el vómito desarrollan anomalías metabólicas graves debido a la pérdida de ácido clorhídrico. La pérdida de hidrogeniones lleva a la alcalosis. La pérdida de cloro interfiere con el mantenimiento de un volumen arterial efectivo, que depende en parte de las propiedades osmóticas del cloruro de sodio.

La hipovolemia conduce al hiperaldosteronismo secundario compensatorio, que induce la reabsorción tubular de sodio (como bicarbonato) y excreción de potasio. Esto provoca alcalosis hipoclorémica, hipocalémica. Las pacientes que abusan de laxantes suelen manifestar deshidratación crónica y acidosis. (Mendoza, A. et al., 2013)

2.4.3. Intoxicación hídrica. Ocasionalmente, las pacientes anoréxicas, ante el temor de ser “castigadas” u hospitalizadas debido a la pérdida de peso, descubren que pueden “aparentar ganancia de peso”, mediante el proceso de “carga de agua”: toman inmensas cantidades de agua antes de ser pesadas. Esto puede provocar hiponatremia dilucional, con la consecuente; debilidad, irritabilidad y confusión. Cuando la natremia desciende por debajo de 120 mEq/l, esta hiposmolaridad puede producir edema cerebral, convulsiones, estado epiléptico e incluso la muerte. (Mendoza, A. et al., 2013)

2.5. Anorexia nerviosa

2.5.1. Diagnóstico de la anorexia nerviosa según DSM-IV. El diagnóstico es fácil en los casos evolucionados; actualmente los criterios que se siguen son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) siguen vigentes en la actualidad los mismos que son:

A. Rechazo a mantener el peso normal por igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. Por ejemplo., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del que corresponde. O fracaso para conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, resultando un peso corporal inferior al 85% del peso.

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

C. Alteración en 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 (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

2.5.2. Subtipos

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a los atracones o las purgas (Vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a los atracones y las purgas (Vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).

2.5.3. Características clínicas de la anorexia nerviosa. Algunas de las alteraciones más frecuentes que se producen en el organismo por efecto de la inanición son las siguientes:

- ✓ Pérdida excesiva de peso. El índice de masa corporal es menor a 17,5 en los adultos, o el 85% del peso esperado para los niños.
- ✓ Aspecto pálido y ojos hundidos; hinchazón de ojos y tobillos.
- ✓ Piel seca, labios secos y quebradizos.
- ✓ Retraso del crecimiento (deficiencia de hormona de crecimiento).
- ✓ Alteraciones hormonales que provocan la interrupción del ciclo menstrual amenorrea reducción de la libido e impotencia en los hombres.
- ✓ Alteraciones del metabolismo, arritmia y bradicardia, hipotensión, hipotermia, anemia, disminución del número de plaquetas (plageterapia), pérdida de cabello (alopecia), aparición de lanugo y uñas frágiles. (Sánchez, B. 2013)

2.6. Bulimia Nerviosa

2.6.1. Diagnóstico de la bulimia nerviosa de acuerdo al manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM-IV.

A. Presencia de episodios recurrentes de atracones, caracterizados por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de gente podría ingerir, en un periodo breve de tiempo, generalmente menos de 2 horas.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio.

B. Conductas compensadoras inapropiadas de forma recurrente, con el fin de no ganar peso, como provocación de vómito, o empleo excesivos de laxantes, diuréticos o enemas.

C. Los atracones o conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos de dos veces por semana durante un periodo superior a tres meses.

D. La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la figura corporal.

2.6.2. Subtipos.

Tipo purgativo: Durante el episodio de la bulimia recurren a conductas purgativas

Tipo no purgativo: durante el periodo de bulimia nerviosa, utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, como periodos de ayuno o ejercicio físico excesivo, pero no conductas purgativas.

2.6.3. Características clínicas de la bulimia nerviosa. Las consecuencias de las conductas bulímicas son amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes vómitos por atracones pérdida de cabello, arritmias que pueden desenfocar en infartos, perforación esofágica, pancreatitis, Desequilibrio

electrolítico que puede conducir a un ataque cardíaco (niveles muy bajos o muy altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales). (Rojas, D. & Ríz, A. 2011)

2.7. Trastorno de conducta alimentaria no especificada (por atracón)

Un grupo de estos trastornos que ha sido objeto de especial atención recientemente, incluye los casos con episodios regulares de atracones en ausencia de conductas extremas para el control del peso o figura que se requerirían para el diagnóstico de bulimia nerviosa.

2.7.1. Clínica. Puede ser difícil identificar los trastornos alimenticios ya que los secretos, la vergüenza, y la negación sean característicos de los trastornos. Como resultado, se puede pasar mucho tiempo sin detectarlos. En la mayoría de los casos, se descubre cuando una persona busca ayuda profesional para perder peso, o cuando buscan tratamiento para un problema médico relacionado con la obesidad. En los casos sospechosos, el médico empezará la evaluación haciendo un historial completo y un examen físico. (Arancibia, M. 2014)

2.7.2. Criterios para el diagnóstico de los trastorno de conducta alimentaria no especificados (DSM-IV).

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares
2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa pero a pesar de existir una pérdida de peso éste dentro de los límites normales

2.8. Factores predisponentes de los trastornos de conducta alimentaria

2.8.1. Personalidad. Una personalidad estructurada, implica aceptar que la psiquis llega a tener un alto grado de organización, con estabilidad y coherencia, producto de la interacción entre lo genético y los factores ambientales que producen un moldeamiento a través del tiempo. (Maganto, C. 2010)

2.8.2. Vulnerabilidad personal. El enfermo no se acepta como persona, y por tanto tiene una baja autoestima, falta de seguridad, deseo de ser demasiado perfeccionista, de tener auto-exigencias desmedidas, de preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, de percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, de ser poco habilidoso en las relaciones sociales, este perfil psicológico conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías. (Garrote, A. 2011).

2.9. Factores de mantenimiento

La propia malnutrición, las alteraciones en los neurotransmisores que controlan la ingesta, el retraso en el vaciamiento gástrico, las alteraciones de la dinámica familiar, el aislamiento social, la actividad física y las cogniciones anoréxicas pueden ser capaces de perpetuar el cuadro clínico y generar una gran resistencia al tratamiento.

2.10. Diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta alimentaria

Con trastornos psiquiátricos

- Tratamiento por ansiedad, que puede cursar tanto con incremento del apetito como con anorexia.
- Fobias hacia algunos alimentos o bien a tragar o a atragantarse.
- Trastorno obsesivo-compulsivo, cuando los rituales se centran en los alimentos.
- Histeria de conversión, con espasmo esofágico y dificultad para tragar.
- Trastornos paranoides, que no comen por desconfianza o temor a que la comida pueda estar envenenada.
- Melancolía, con pérdida de apetito.
- Depresión atípica, que se acompaña de aumento del apetito y del sueño (trastorno afectivo estacional).

- Dismorfofobia, pero ésta se centra sólo en su aspecto físico, y generalmente en una parte del mismo.
- Trastorno digestivo somatomorfo: náuseas y vómitos en situaciones de tensión y/o estrés.
- Psicosis monosintomática.
- Trastorno del control de los impulsos, fundamentalmente en la bulimia nerviosa.

Con trastornos orgánicos

- Tumor cerebral.
- Hipopituitarismo.
- Problemas gastrointestinales
- Enfermedades inflamatorias intestinales crónicas (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)
- Acalasia
- Enfermedad celíaca
- Patología endocrina
- Diabetes mellitus
- Hipertiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Cualquier neoplasia
- Lupus eritematoso sistémico
- Abuso de drogas (Rojas & Ruiz, 2011)

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Cuantitativo y transversal

3.2. Universo

Las estudiantes de Bachillerato de los Colegios Fiscales de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja.

Tabla 3.1: Representación estudiantil por colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja 2014-2015

COLEGIO	NÚMERO DE LAS ESTUDIANTES
Colegio 27 de Febrero	228
Colegio Bernardo Valdivieso	280
Colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano	86
Colegio Pio Jaramillo Alvarado	340
Total	934

Fuente: Base de datos de cada institución

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

3.3. Muestra

Se seleccionó los planteles educativos fiscales con bachillerato completo de la Parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja.

Los colegios de estudio fueron: colegio Bernardo Valdivieso, colegio Pío Jaramillo Alvarado, colegio 27 de Febrero y colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano.

3.4. Ecuación de la muestra:

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

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza, (1,96)

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

Q = probabilidad de fracaso (85%)

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

$$n = \frac{934 \times 1,96^2 \times 0,15 \times 0,85}{0,03^2 \times 934 - 1 + (1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85}$$

$$n = \frac{457,47}{1,329}$$

n = 344,22

n = 344

Para la selección del número de las estudiantes de cada Unidad educativa se utilizó el muestreo aleatorio simple:

3.5. Criterios de Inclusión

- ▶ Estudiantes del sexo femenino que se encuentran cursando el bachillerato en los colegios de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja
- ▶ Estudiantes que firmen el consentimiento informado

3.6. Criterios de Exclusión

- ▶ Estudiantes femeninos que no asiste regularmente a clases.
- ▶ Estudiantes femeninas diagnosticadas de alteraciones mentales graves.

3.7. Procedimiento

El presente trabajo de investigación se realizó en un periodo de 6 meses, desde su planificación hasta el informe de resultados. Se solicitó el permiso respectivo para poder acceder a las listas de los diferentes cursos de Bachillerato del Colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano,

Bernardo Valdivieso, 27 de Febrero y Pio Jaramillo Alvarado en el año lectivo 2014-2015, con el permiso respectivo se asignó un número a cada estudiante, se escogió al azar un número determinado, mismo que sirvió de muestra para el presente estudio, se solicitó la autorización de cada una de las estudiantes, por medio del consentimiento informado para recoger los datos por medio de unas encuestas que ayuden al diagnóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria, estados de ansiedad y depresión.

Para establecer la frecuencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria y sus tipos según la edad, se utilizó el *Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test ETA-26* (ANEXO I), cuestionario compuesto por 26 preguntas las cuales están agrupadas en tres dominios o sub-escalas: [A] dieta. [B] bulimia. [C] preocupación por comer y control oral. Se evaluó cada pregunta con la escala, de siempre a nunca y el rango de la puntuación va desde 0 a 78, la puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems, que se califican 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3), únicamente el ítem 25 se puntúa, de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3). Para identificar a adolescentes o adultos en riesgo para trastorno de conducta alimentaria, una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado), se designó a los resultados en una escala de SI o NO según el grado de puntuación > 20 o < 20 respectivamente. Se clasificó los resultados según la institución, la edad, hábitos alimentarios, además se tomó las medidas antropométricas (peso y talla, utilizando una báscula que consiste en una plataforma horizontal sobre la que se colocó a la estudiante lo cual desplazó un pilón a lo largo de una barra graduada, donde se lee el peso de la masa, con una capacidad de 200 Kg y un tallimetro con un alcance de 350 centímetros insertado

en un perfil de material de plástico que se montó en la pared a la altura deseada) de las estudiantes participantes, para medir el estado nutricional en base al IMC. (Turón, J. 2010)

Para investigar la presencia de los Estados de Ansiedad y Depresión, se utilizó la, *Escala de Hamilton para la clasificación de la ansiedad* (ANEXO II), que consistió en 14 preguntas que se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando la frecuencia del mismo, la puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, el rango va de 0 a 56, se designó a los resultados en una escala de SI o NO según el grado de puntuación; de 0 a 5 No Ansiedad y > 6 Ansiedad respectivamente (Álvarez, D. 2015) y *Escala de depresión de Zung (EAD)* (ANEXO III) que consistió en diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa, cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo), el rango de calificación es de 20-80, se designó a los resultados en una escala de SI o NO según el grado de puntuación; de 0 a 49 No Depresión y > a 50 Depresión respectivamente.

Se realizó cruce de variables entre los resultados obtenidos en las tres encuestas realizadas determinando la relación de los estados de ansiedad y depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja.

La tabulación y análisis de datos fue manual y realizada por la investigadora.

2.11. Plan de tabulación y análisis

2.11.1. Tabulación.

Luego de la recolección de datos se realizó su procesamiento y codificación y se almacenó en una base de datos utilizando los programas estadísticos Excel/2010. Se utilizaron medidas estadísticas descriptivas como: promedio aritmético, distribución de frecuencias y pruebas de significancia de las diferencias encontradas tales como el análisis de varianza, correlación y regresión logística y lineal. Las variables se categorizaron en los siguientes grupos:

- Institución Educativa de la población estudiantil
- Características de la población en relación a la edad, medidas antropométricas peso, talla e IMC
- Clasificación de los Trastornos de Conducta Alimentaria en tres variantes; Anorexia, Bulimia y Trastornos de Conducta Alimentaria no Especificados.
- Relación entre la ansiedad, depresión y los Trastornos de Conducta Alimentaria.

2.11.2. Análisis.

El análisis es de tipo cuantitativo y transversal, se utilizó la distribución de frecuencia, porcentaje, para la determinación de la magnitud y características de la problemática estudiada, además se realizó las medidas de asociación y significancia de los trastornos de conducta alimentaria con los estados de ansiedad y depresión mediante el cálculo de; Odd Ration (OR), Índice de Confianza (IC), Chi Cuadrado (X^2) y valor de p (p).

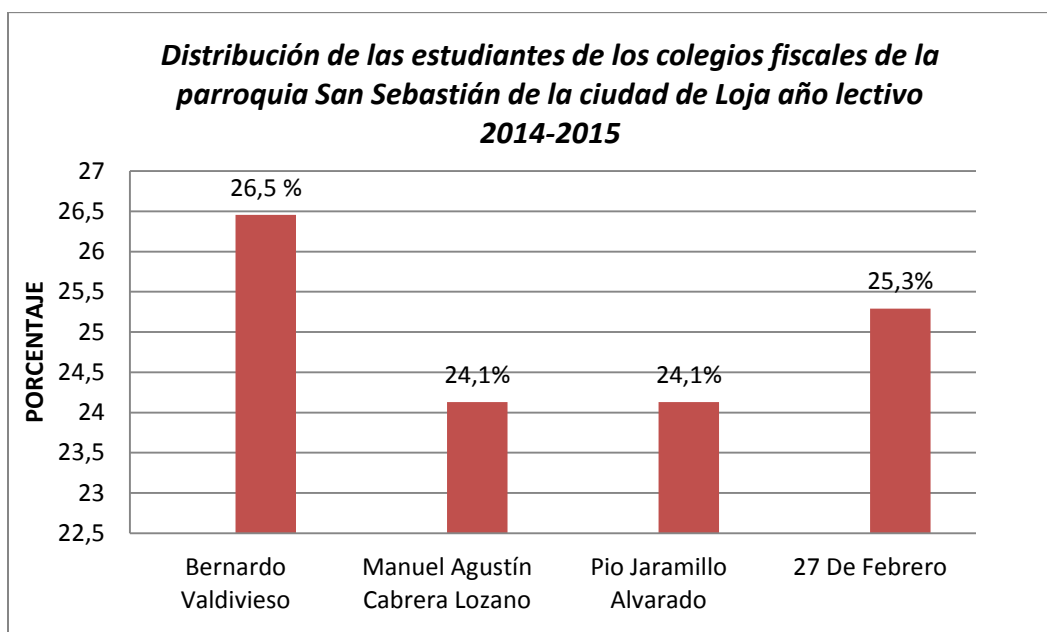
2.12. Consideraciones Éticas

Se explicó los objetivos del estudio en forma verbal y se entregó un formato explicando de los riesgos y el compromiso del investigador, el cual se firmó en caso de dar su consentimiento, antes del inicio del estudio.

El proyecto de investigación se basa en los principios universales de la ética en investigación con seres humanos, y es una investigación de riesgo mínimo.

4. Resultados

Figura 4.1: *Distribución de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015*

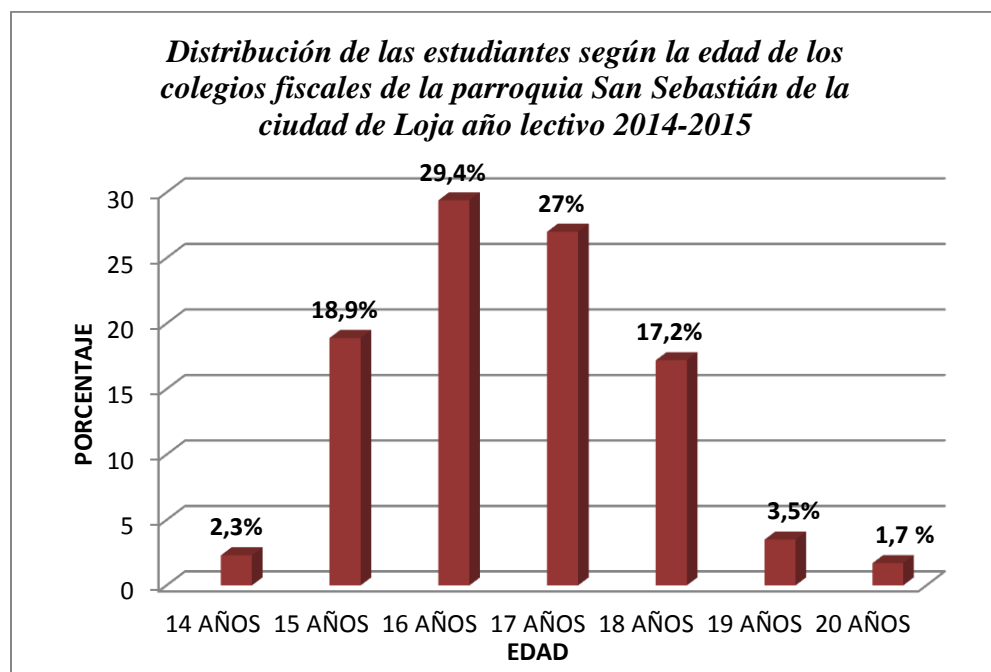


Fuente: Encuesta, test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Se puede observar que no existe mayor diferencia en el porcentaje de las estudiantes seleccionadas de cada institución educativa para la investigación, los resultados fluctúan entre el 24,1% al 26,5%.

Figura 4.2: Distribución de las estudiantes según la edad de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

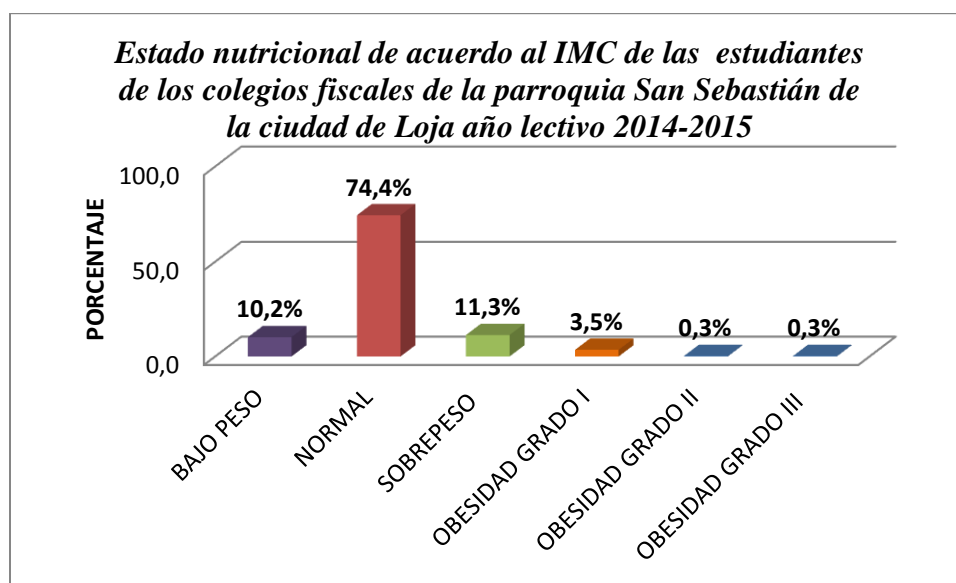


Fuente: Test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Las estudiantes puestas a investigación se encuentran en mayor porcentaje entre las edades de 16 años seguida de la de 17 años.

Figura 4.3: Estado nutricional de acuerdo al IMC de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015



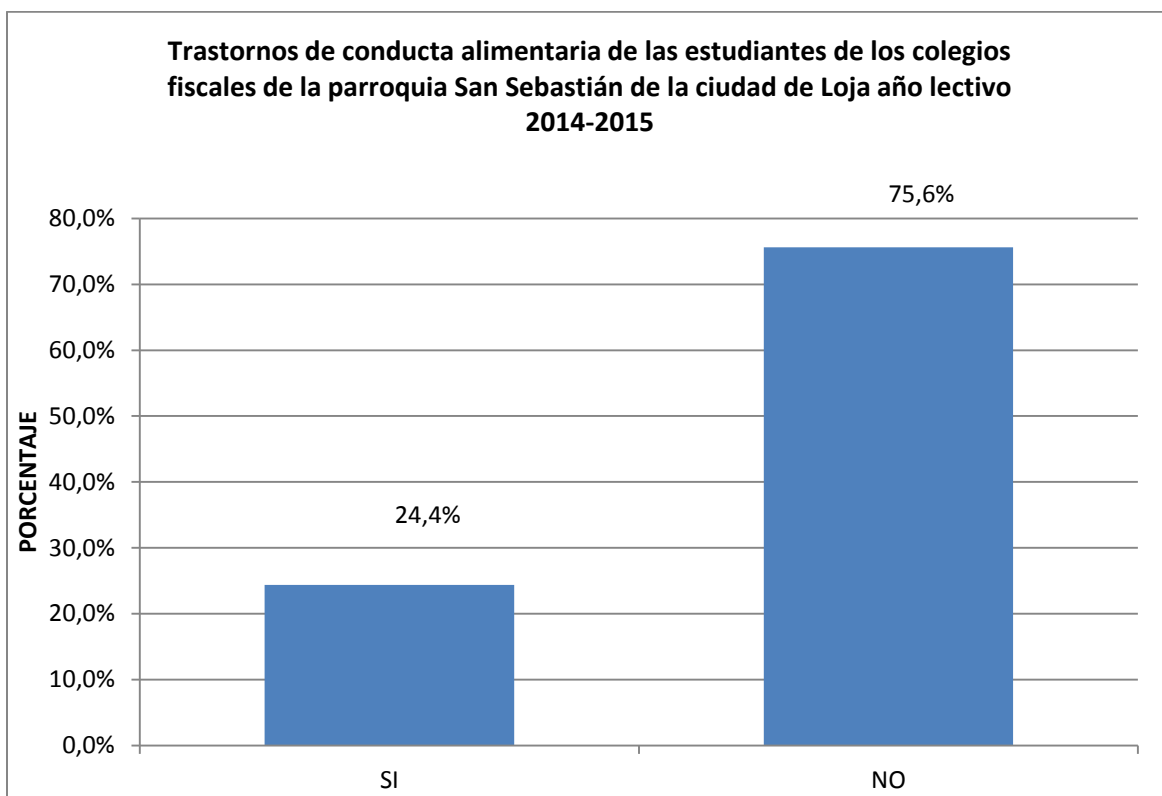
Fuente: Encuesta, test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Se observa que un pequeño porcentaje de estudiantes se encuentran con IMC de riesgo ya sea bajo peso, sobrepeso u obesidad, con valores que oscilan entre 0,3% a 10,2%.

Resultados para el primer objetivo

Figura 4.4: Trastornos de conducta alimentaria de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

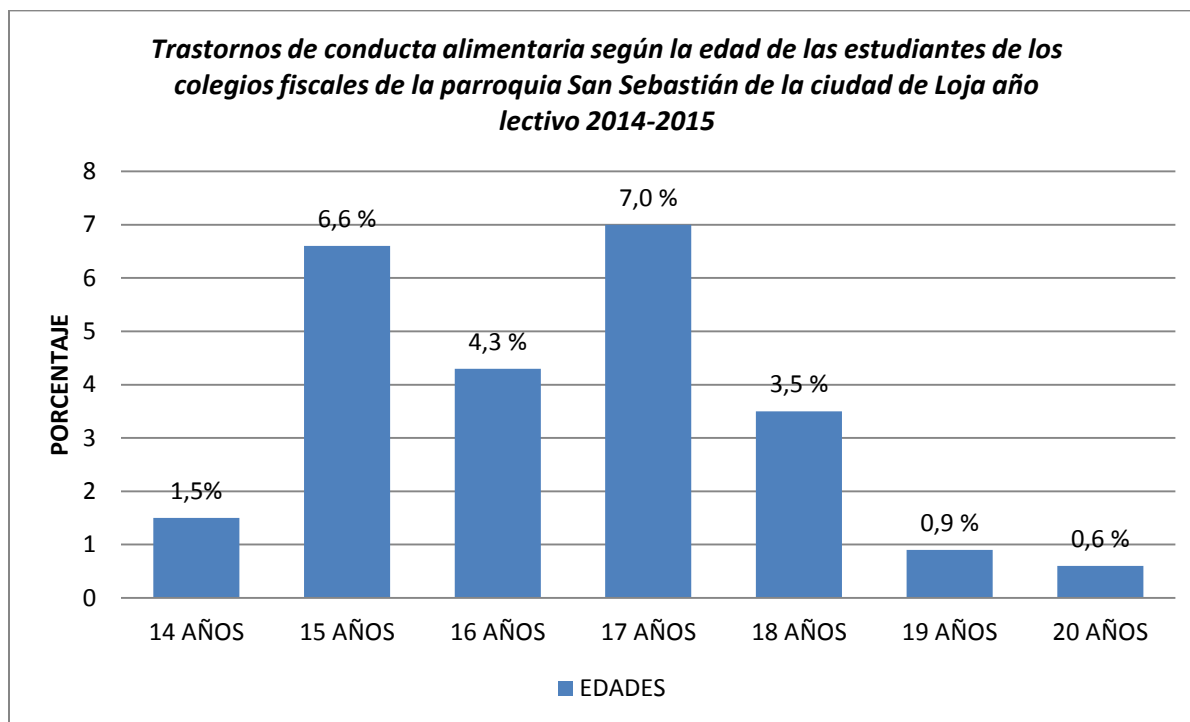


Fuente: Encuesta, test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. De la muestra estudiada se observa que una cuarta parte de las estudiantes se encuentran con riesgo a desarrollar trastornos de conducta alimentaria (24,4%).

Figura 4.5: Trastornos de conducta alimentaria según la edad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

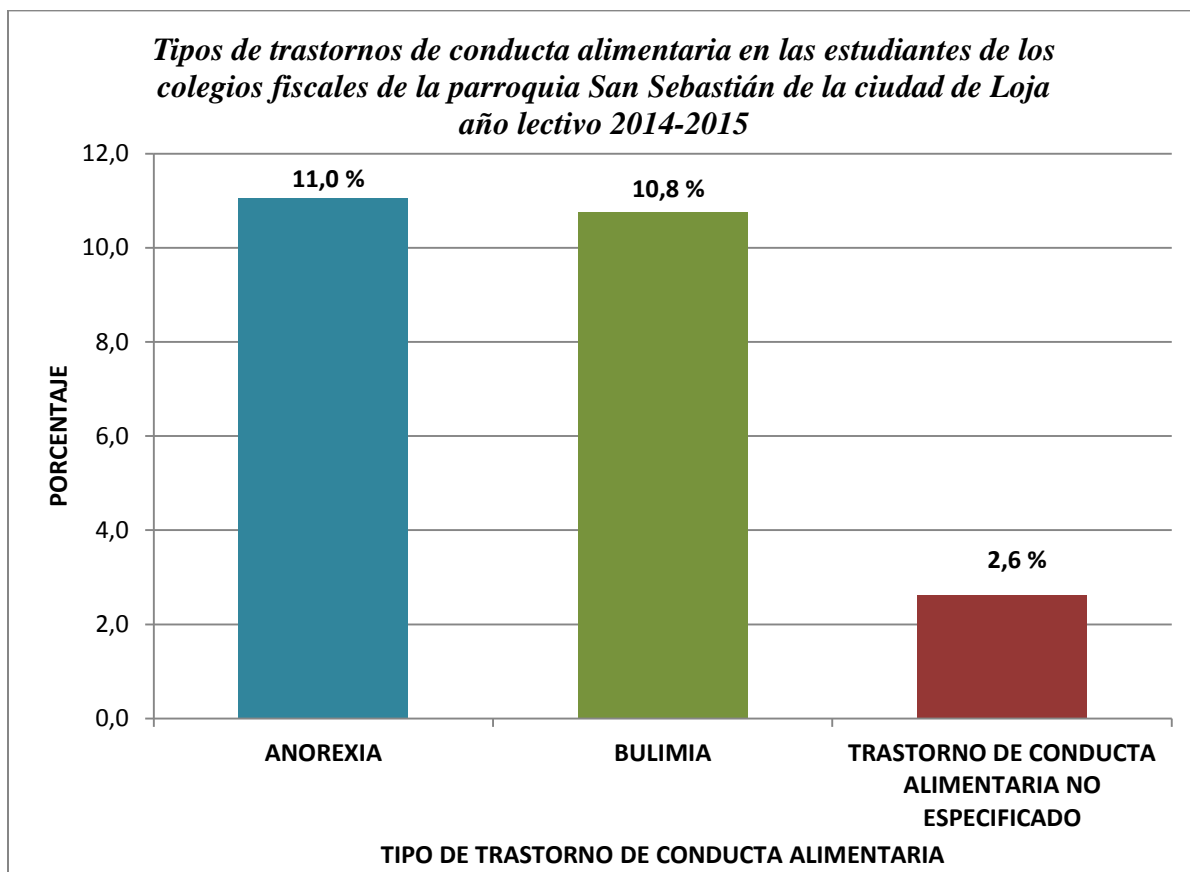


Fuente: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Las edades de las estudiantes que se encuentran mayormente afectadas con trastornos de conducta alimentaria son las de 17 años seguidas de las estudiantes de 15 años.

Figura 4.6: Tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015



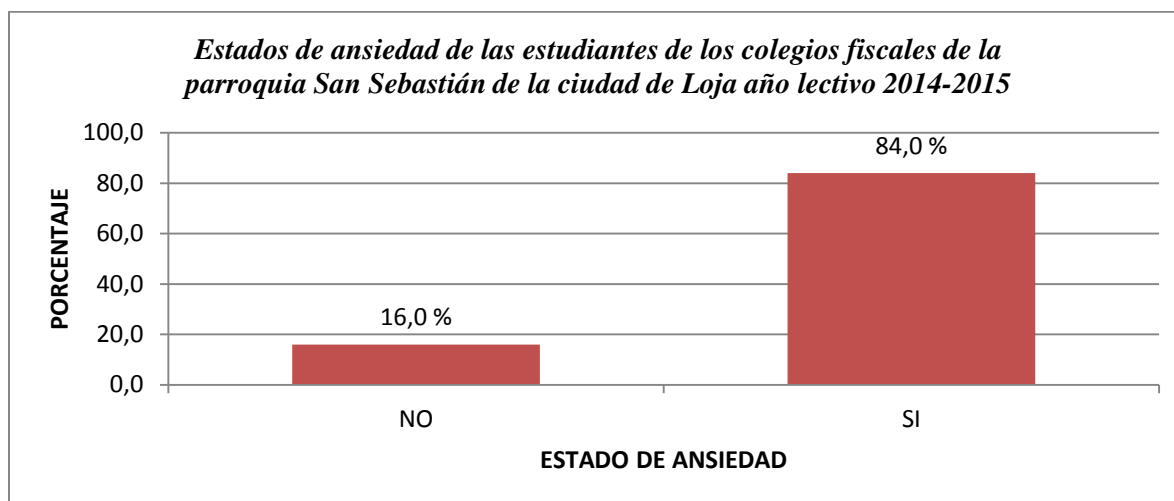
Fuente: Test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Según el tipo de trastorno de la conducta alimentaria, el trastorno que se presentó en menor frecuencia es de trastornos de conducta alimentaria no especificados (2,6%).

Resultados para el segundo objetivo

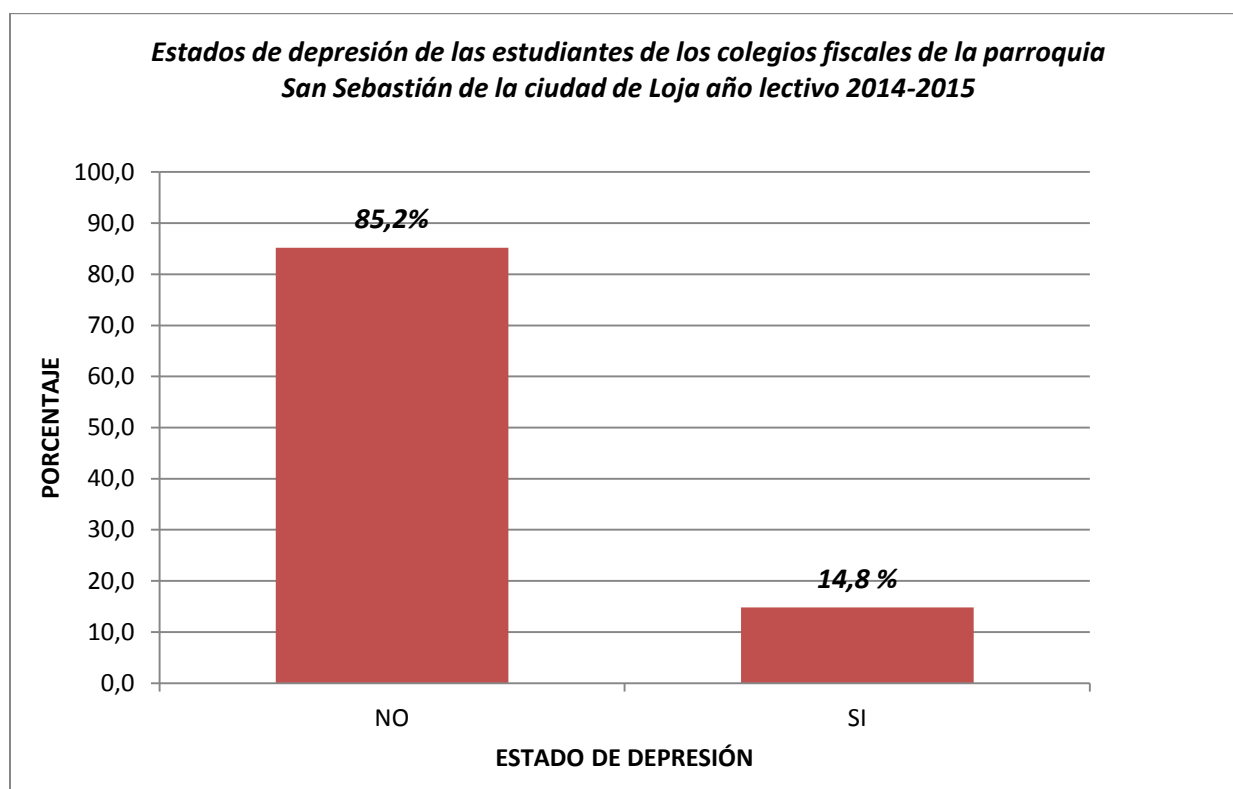
Figura 4.7: Estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015



Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. La mayor parte de las estudiantes seleccionadas en el estudio presentan algún estado de ansiedad (84%).

Figura 4.8: Estados de depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015



Fuente: Escala de Zung para Clasificación de la depresión
Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. Se observa que solo un pequeño porcentaje de la población estudiantil (14,8%) presenta algún estado de depresión.

Resultados para el tercer objetivo

Tabla 4.1: Relación entre trastornos de conducta alimentaria, los estados de ansiedad y depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Relación entre trastornos de conducta alimentaria y los estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

TRASTORNOS PSICOSOCIALES	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
	OR	IC	X ²	p
ANSIEDAD	4,88	1,70 – 13,94	10,43	0,0012
DEPRESIÓN	4,66	2,50 – 8,67	26,39	0

Fuente: Escala de Hamilton para la ansiedad y test de actitudes Alimentarias

Elaboración: Evelyn Y. Angamarca A.

Interpretación. El grado de asociación de los trastornos de conducta alimentaria con los estados de ansiedad y depresión es fuerte y con un alto nivel de significancia.

5. Discusión

Uno de los principales aspectos que se pretenden destacar de acuerdo a los resultados del presente trabajo es aportar datos que complementen el panorama que existe respecto a los trastornos de conducta alimentaria en la población estudiantil de la ciudad de Loja, tomando en cuenta que en la actualidad son pocos estudios y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas en la ciudad de Loja.

Es necesario contemplar que la frecuencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en la población estudiada son altos 24,4% de los cuales el 11% son para la anorexia nerviosa, seguida de la Bulimia nerviosa 10,8% y los trastornos de conducta alimentaria no especificado 2,6%, datos que demuestran el gran incremento de este trastornos en comparación con estudios realizados en países como los de Norteamérica, donde la anorexia oscila entre el 0,2 y 1,5% y la bulimia 1,8 y 2,8% según Hernandez, G. (2010), datos que son inferiores a los obtenidos en éste estudio, mientras que en España 2012, en un estudio con 1342 participantes seleccionados por muestreo aleatorio y teniendo un rango de edad de 12 a 20 años, existe una prevalencia de 27,4%, de los cuales el 0,19 - 15% son para la Anorexia, 0,57 – 14,7% para la Bulimia y sólo el 0,19 - 2,2% para los trastornos de conducta no especificado, que se asemejan a los resultados de éste estudio. En países Latinoamericanos como Chile en el 2015 Álvarez, M., realizo un estudio con 1429 participantes entre 15 a 29 años, donde muestra un porcentaje menor de estos trastornos, 7,4% ($p < 0,001$), al igual que Colombia en el año 2012 en un estudio trasversal y analítico con 236 estudiantes de secundarias se encontró una prevalencia del 16,5% (IC= 11,9 - 21,9) (Barrera, 2012). En Ecuador según el INEC 2010 sólo se han reportados 44 casos de pacientes con esta enfermedad y en la Ciudad de Loja 2011 la prevalencia es baja siendo el 0,13 de Anorexia, 0,81% para la bulimia y 0,75% para los trastornos de conducta alimentaria no

especificado. Los datos obtenidos en la presente investigación permiten observar que el IMC tiende más a la normalidad (74,4%) mientras que el sobrepeso conjuntamente con el bajo peso nos da un 21,5%, lo cual discrepa de los estudios realizados en México (2010) donde se menciona que 52,5% de las mujeres fueron clasificadas con sobrepeso u obesidad (30,8% con sobrepeso y 21,7% con obesidad), mientras que en Chile se observan que el IMC existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que se encuentra entre 18 y 32%, actuando en estos países como factor predisponente para desarrollar alteraciones alimentarias. Con los datos epidemiológicos se evidencia que el riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria es mayor que a las observadas en estudios de otros países, además el IMC no se relaciona como factor predisponente para el desarrollo de los mismos, en cuanto a la edad, no existe discrepancia entre los resultados de éste estudio en comparación con el resto de países, siendo en Chile y México el punto de corte de 14 a 20 años de edad, con una prevalencia del 24,7 al 92% resultados que son semejantes a los obtenidos en la investigación (92,5%). (Dúran. A, 2013) (Carmiña, I. & Coortez, L. 2010)

La ansiedad en la población estudiada se presenta en el 84% de las estudiantes, y solo 14,8% estudiantes tienen algún grado de depresión, datos que son semejantes que el restos de países como se observó en México donde el diagnóstico de ansiedad es de 58%, mientras que los síntomas depresivos son de 17,2% mientras que en Chile el 53,3% de las mujeres presentaron sintomatología ansiosa, 65% presentaron depresión, en Colombia la ansiedad y depresión se presentan en un porcentaje inferior de 19,34% y 15,71%, respectivamente. (Godoy. F, 2014) (Agudelo. D, 2010)

Se observó una fuerte asociación entre los trastornos de conducta alimentaria y estados de ansiedad y depresión (OR 4,88 – OR 4,66) (p 0 – p 0,0012), datos que son inferiores a los

obtenidos en España donde existe un porcentaje de 25,33% de trastornos de conducta alimentaria, de las cuales se recoge más ansiedad ($p < 0,05$), y sintomatología depresiva ($p < 0,05$), a los de México con una muestra de 108 personas , donde los adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria que presentan estados de ansiedad es del 40% y de depresión 15,2 a 19,5%, datos superiores a los obtenidos en éste estudio lo muestra Chile donde la prevalencia de ansiedad es mayor en pacientes con trastorno alimentario (40,7% versus 3,7%) ($p < 0,001$), al igual que la depresión (18,5% versus 0%) ($p < 0,001$). (Behar, 2010).

La ansiedad y la patología alimentaria están estrechamente entrelazados, puede ser tal la susceptibilidad de la persona con trastorno de conducta alimentaria, que el mismo estrés cotidiano desencadene las conductas propias de este trastorno, mientras que la depresión tiene un porcentaje significativo pero en menor medida que la ansiedad, lo que hace suponer que los síntomas depresivos suelen ser secundarios, los mismos que pueden ser ocasionados por la pérdida ponderal y la situación de estrés constante en que viven estas pacientes lo que les conllevan a sentimientos de fracaso, inutilidad e infravaloración . (Radilla. C, 2010) (Behar. R, 2010)

Entre las fortalezas de esta investigación, debemos mencionar la selección de un marco multi-institucional relativamente estable, enfocándose en resultado de estudios realizados para la elección de la muestra a diferencia de otros estudios.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

- La prevalencia de los Trastorno de la Conducta Alimentaria en las estudiantes de Bachillerato de los Colegios Fiscales de la Parroquia San Sebastián de la Ciudad de Loja, es significativo (24,4%), siendo la edad de mayor prevalencia la de 17 años, el tipo de trastorno que se presentó en mayor porcentaje es la Anorexia Nerviosa.
- Se evidenció que la mayoría de las estudiantes presenta un estado de ansiedad (84%), que actúa como factor de riesgo para desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria, la Depresión al contrario que la Ansiedad sólo se presenta en un pequeño porcentaje de la población (16%) por lo que la depresión no fue una de las razones para que las estudiantes desarrollen Trastorno de Conducta Alimentaria.
- La relación entre la presencia de los estados de ansiedad y las estudiantes que presentaron trastornos de conducta alimentaria es alta (OR=4,88 p=0,0012), al igual que los estados depresivos (OR=4,66 p=0).

6.2. Recomendaciones

- Programar charlas por parte del personal médico de las instituciones que brinden información sobre los hábitos saludables que deberían tener los adolescentes.
- Proponer un abordaje terapéutico integrado para adolescentes que presentan trastornos en la conducta alimentaria, y un seguimiento para aquellos jóvenes que presentan factores de riesgo, involucrando al núcleo familiar.
- Capacitar a los docentes, padres de familia y estudiantes sobre los signos y síntomas de alarma que se presentan en los pacientes con trastornos de conducta alimentaria, como; Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificado.
- Teniendo en cuenta que las estudiantes presentan ansiedad en un porcentaje alto, así como depresión, es conveniente que los directivos realicen una investigación clínica, incluyendo una relación de apoyo ofrecida por el médico de cada institución y que sea dirigida a los estudiantes y núcleo familiar, con el fin de buscar y corregir las causas que los provocan.
- Es importante transmitir la información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, la ansiedad y depresión, a los maestros, padres de familia y estudiantes; realizando talleres que tengan como objetivo las características de estos trastornos, así como las actitudes que deben tomar frente a la presencia de estas características. Enseñar habilidades específicas para ayudar a los adolescentes a aceptarse a sí mismo y tener una alta autoestima, ejercitando habilidades sociales, para fortalezcan la confianza en su toma de decisiones.

7. Referencia Bibliográfica.

Agudelo, D, C. C. (2010). Característica de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios.

International Journal of Psychological Research, 36-40.

Alvarez, D. (1 de 01 de 2015). *Acedemia . Edu*. España: EAD. Recuperado el 28 de 04 de 2015,

de Escala de ansiedad de Hamilton:

http://www.academia.edu/4316627/Escala_de_Ansiedad_de_Hamilton

Álvarez, M. C. (13 de Enero de 2015). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria*

en adolescentes. Obtenido de DOI: 10.3305/nh.2015.31.5.8583

Amay, A. C. (2011). *Trastornos del comportamiento en estudiantes comprendidos desde 12 a 18*

años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja. Loja: UTPL.

Arancibia, M. (2014). DSM-5 y los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de*

Nero-Psiquiatria, 22-23.

Barrera, L. M. (2012). Evaluacion de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá,

Colombia). *Universidad de Colombia*, 55-65.

Behar, R. B. (2010). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la

conducta alimentaria. *Scielo Revista Chilena de neuro.psiquiatria*, 215-220.

Behar, R, B. M. (2010). Trastornos depresivos, ansiedad social y su prevalencia en trastornosd en

la conducta alimentaria. *Scielo Chile*, 211-222.

Brito, S. (2014). *FRECUENCIADE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADULTOS JÓVENES*

DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, QUITO

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014. QUITO: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.

Carriña, I. C. (2010). Conductas Alimentarias de Riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Medigraphic*, 65-66.

Catillo A. (2010). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 50-55.

Díaz, J. (2015). Tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa. *TDHA Revista de Psiquiatría y Psicología Infantil*, 1-2.

Dúran, A, R. M. (2013). Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Scielo Chile*, 3-10.

Freire, W. R. (2011-2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *ENSANTE-ECU*, 114.

Godoy, F. (2014). Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Scielo Chile*, 1-10.

Guerrero P, R. B. (2010). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura*. Madrid: Cajal.

Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH). (2011). Trastornos de la Alimentación. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*, 1.

Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos INEC. (01 de 01 de 2010). *Google*. Recuperado el 11 de 02 de 2015, de Google: <http://www.inec/redactan.gob.ec>

Jáuregi, I. F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMII-II. *ELSEVIER DOYMA*, 202-210.

Maganto, C. (2010). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los Trastornos de Conducta Alimentaria. *INFOCOP*, 9-11.

Mancha, M. C. (2015). TRATAMIENTO: ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA ADECUADA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Universidad Pablo de Olavide*, 40-42.

Mendoza, A. T. (2013). Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. *ELSEVIER DOYMA*, 350-355.

Minsal, M. d. (2012). Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal. *MINSAL*, 5-10.

Moreno, L., Rodriguez, G., & Bueno, G. (2010). Nutrición en la Adolescencia. En M. d. E, & M. J, *Nutrición Humana en el Estado de Salud* (pág. 268). Madrid: Panamericana.

Parodí, C. (01 de Junio de 2015). *Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas* . Obtenido de [http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)63-073](http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)63-073)

Proaño, M. (2010). ESTUDIO DE LA RUTA CRÍTICA EN ANOREXIA Y BULIMIA. *UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*

DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS MAESTRIA EN SALUD DEL/LA ADOLESCENTE, 60-70.

Quevedo, A. (2011). TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN ESTUDIANTES COMPENDIDOS DESDE 12 A 18 AÑOS DE EDAD DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO DEL 2009. *UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA*, 65-66.

Radilla, C. V. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutrición en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 19-26.

Radilla, C. V. S. (2010). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal de México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 16-18.

Rojas, D., & Ruiz, A. (2011). Educación y Salud en la Adolescencia: Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 57.

Román, A. (27 de Abril de 2012). Juntos contra la Anorexia y Bulimia Sonríe eres Unica. *INSALUD*, 4-5.

Romero S, y. L. (17 de Septiembre de 2011). *Trastornos Alimentarios en Adolescentes del Colegio La Providencia de la Ciudad de Azogues 2010-2011*. Azogues: U.A.

Simonetti, G. (2011). “Bases biológicas de la anorexia y la bulimia nerviosa”. *UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES*, 4.

- Suaréz, M. (2014-2015). Tratamiento Farmacológico de la Bulimia Nerviosa. *Facultad de Medicina Universidad de Extremadura*, 42-43.
- Turón, J. (2010). *GUÍA PRÁCTICA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA*. Zaragoza: Versus Calidad Gráfica.
- Unikel, C. d. (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Universidad de Guanajuato*, 35-39.
- Urzúa A, Castro S, Lillo A, & C., L. (2011). *Prevalencia de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Escolarizados en el norte de Chile*. Chile: Rev Chil Nutr Vol. 38, N°2.
- Zung, W. (1965). *Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung*. España: Gen Psychiatry 12, 63. Obtenido de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.



8. Anexos
8.1. Teste de Actitudes Alimentarias (EAT-26)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Formulario N°

Tema: Trastornos de Conducta Alimentaria Y Su Relación con los Estados de Ansiedad y Depresión

en las Estudiantes de Bachillerato de los Colegios Fiscales De La Parroquia San Sebastián De La Ciudad De Loja

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT-26)

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

Nombre:

Fecha:/...../.....

Edad:años

Curso:

Peso:

Talla:.....

IMC:

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

8.2. Escala de Hamilton para Clasificación de la Ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD (HAM-D)

La HAD-D, fue creada por Hamilton en 1960 es una escala de autoevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. Sensibilidad: 94 % y especificidad: 75%

Indique la intensidad con que cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

- 0. Ausente
- 1. Intensidad leve.
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Incapacitado

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2	Tensión; sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse					
3	Temores: a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes					
4	Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	Funciones intelectuales (Cognitivas): dificultad de la concentración, mala o escasa memoria.					
6	Humor depresivo: pérdida de interés. Falta de 'placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variación anímica a lo largo del día.					
7	Sistemas somáticos musculares. Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular amentado.					
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensación de pinchazos.					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de desmayo.					
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	Síntomas gastrointestinales: dificultad de deglutir, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vomito, borborigmo, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual) menorragia.					
13	Síntomas del sistema nervioso Central: boca seca, accesos de enrojecimiento ,tendencia a la sudoración, palidez, vértigo, cefaleas (dolor de cabeza), erectismo piloso (piel de gallina)					
14	Conducta en el trascurso del test: inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, rostro preocupado, suspiros o respiraciones rápidas, palidez facial, tics.					

8.3. Escala de Zung para Clasificación de la Depresión

ESCALA DE ZUNG PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

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

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

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

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

8.4.Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colegio:

En forma libre y voluntaria,

Yo;

Manifiesto que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este proyecto de Investigación por lo tanto, doy mi consentimiento para colaborar con este estudio realizado por la estudiante Evelyn Yessenia Angamarca de la Universidad Nacional de Loja.

.....

Firma

8.5. Certificación de Traducción


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 CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIÁN DE LA CIUDAD DE LOJA”** realizado por **EVELYN YESSENIA ANGAMARCA ANGAMARCA** con cédula de identidad 1104908494 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, 28 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 • Teléfono: 2584334/2584450
 Loja Centro: Manuel Riquelme 14-38 Entre Bolívar y Buzo • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800

/CHCLoja
 @CHCLoja

8.6. Autorizaciones de las Instituciones Educativas



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

MEMORÁNDUM Nro. 01449 - CCM-ASH-UNL

PARA: Lic. Franklin Orellana
 RECTOR DEL COLEGIO "BERNARDO VALDIVIESO"

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

FECHA: 1 de junio del 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

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

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el Srta. EVELYN YESSENIA ANGAMARCA ANGAMARCA, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realice la Recolección de Datos, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado "TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DE LA CIUDAD DE LOJA", bajo la Dirección de la Sra. Dra. Verónica Montoya, Catedrática de esta institución.

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.Ray
 C.z. Archivo





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

MEMORÁNDUM Nro. 01445 - CCM-ASH-UNL

PARA: Mgs. Galo Guaycha
RECTOR DEL COLEGIO "27 DE FEBRERO"

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

FECHA: 1 de junio del 2015



ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

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

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el Srta. **EVELYN YESSENIA ANGAMARCA ANGAMARCA**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realice la Recolección de Datos, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado **"TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, bajo la Dirección de la Sra. Dra. Verónica Montoya, Catedrática de esta institución.

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

Recibido
01-06-2015


G. Rey
 C.c.- Archivo



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

MEMORÁNDUM Nro. 01450 - CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Miguel Lozano Camacho
RECTOR DEL COLEGIO "MANUEL CABRERA LOZANO"

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

FECHA: 1 de junio del 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

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

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el Srta. **EVELYN YESSENIA ANGAMARCA ANGAMARCA**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realice la Recolección de Datos, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado **"TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, bajo la Dirección de la Sra. Dra. Verónica Montoya, Catedrática de esta institución.

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



Supeditado
Loja, 04 de junio 2015
Dr. Mgsc. Miguel A. Lozano C.



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

MEMORÁNDUM Nro. 01451 - CCM-ASH-UNL

PARA: Lic. Virginia Ocampo
RECTORA DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

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

FECHA: 1 de junio del 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

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

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el Srta. **EVELYN YESSENIA ANGAMARCA ANGAMARCA**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realice la Recolección de Datos, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado **"TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, bajo la Dirección de la Sra. Dra. Verónica Montoya, Catedrática de esta institución.

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



Vto Bueno

08-02-2015



8.7.Fotografías



Fotografía 1: Estudiantes del colegio 27 de Febrero, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 2: Estudiantes del colegio 27 de Febrero, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 3: Estudiantes del colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano, realizando la encuesta
Fuente: El Autor



Fotografía 4: Estudiantes del colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano, realizando la encuesta
Fuente: El Autor



Fotografía 5: Estudiantes del colegio Pio Jaramillo Alvarado, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 6: Estudiantes del colegio Manuel Agustín Cabrera Lozano, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 7: Estudiantes del colegio Bernardo Valdivieso, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 8: Estudiantes del colegio Bernardo Valdivieso, realizando la encuesta

Fuente: El Autor



Fotografía 9: Estudiantes del colegio Bernardo Valdivieso, realizando la encuesta
Fuente: El Autor



Fotografía 10: Toma de datos personales y peso de estudiantado
Fuente: El Autor



Fotografía 11: Toma de datos personales y peso de estudiantado

Fuente: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

9. Tablas

Tabla 9.1: Distribución de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Distribución de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Colegios	Frecuencia	Porcentaje
Bernardo Valdivieso	91	26,5
Manuel Agustín Cabrera Lozano	83	24,1
Pio Jaramillo Alvarado	83	24,1
27 De Febrero	87	25,3
TOTAL	344	100

Fuente: Test de Actitudes Alimentarias-26

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.2: Distribución de las estudiantes según la edad de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Distribución de las estudiantes según la edad de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 AÑOS	8	2,3
15 AÑOS	65	18,9
16 AÑOS	101	29,4
17 AÑOS	93	27
18 AÑOS	59	17,2
19 AÑOS	12	3,5
20 AÑOS	6	1,7
TOTAL	344	100

Fuente: Test de Actitudes Alimentarias-26

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.3: Estado nutricional de acuerdo al IMC de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

<i>Estado nutricional de acuerdo al IMC de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015</i>		
IMC	Frecuencia	Porcentaje
BAJO PESO	35	10,2
NORMAL	256	74,4
SOBREPESO	39	11,3
OBESIDAD GRADO I	12	3,5
OBESIDAD GRADO II	1	0,3
OBESIDAD GRADO III	1	0,3
TOTAL	344	100

Fuente: Medidas antropométricas de los estudiantes participantes

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.5: Trastornos de conducta alimentaria de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

<i>Trastornos de conducta alimentaria de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	84	24,4
NO	260	75,6
TOTAL	344	100

Fuente: Encuesta, test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.6: Trastornos de conducta alimentaria según la edad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Trastornos de conducta alimentaria según la edad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

EDAD	NORMAL		ANOREXIA		BULIMIA		TRASTORNO NO ESPECIFICADOS		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
14 AÑOS	3	0,9	0	0,0	5	1,5	0	0	8
15 AÑOS	42	12,2	6	1,7	16	4,7	1	0,3	65
16 AÑOS	85	24,7	8	2,3	6	1,7	1	0,3	100
17 AÑOS	70	20,3	16	4,7	4	1,2	4	1,2	94
18 AÑOS	47	13,7	6	1,7	3	0,9	3	0,9	59
19 AÑOS	9	2,6	0	0,0	3	0,9	0	0	12
20 AÑOS	4	1,2	2	0,6	0	0,0	0	0	6
Total	260	75,58	38	11,05	37	10,76	9	2,62	344

Fuente: Encuesta, test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.6: Tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Tipos de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Trastornos de conducta alimentaria	Frecuencia	Porcentaje
Anorexia	38	11,0
Bulimia	37	10,8
Trastornos no especificados	9	2,6
TOTAL	84	24,4

Fuente: Encuesta, test de actitudes Alimentarias (EAT-26)

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.7: Estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Estados de ansiedad de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje
NO	55	16,0
SI	289	84,0
TOTAL	344	100

Fuente: Encuesta, escala de Hamilton para la clasificación de la ansiedad (HAM-D)

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca

Tabla 9.8: Estados de depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

Estados de depresión de las estudiantes de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja año lectivo 2014-2015

DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
NO	293	85,2
SI	51	14,8
TOTAL	344	100

Fuente: Encuesta, escala de Zung para la clasificación de la depresión

Elaboración: Evelyn Yessenia Angamarca Angamarca