



Universidad  
Nacional  
de Loja

# Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

## **Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga**

Trabajo de Titulación previo a la  
obtención del título de  
Médica General

AUTORA:

Claudia Sofía Sarmiento Sinche

DIRECTORA:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

## Certificación

Dra. María Susana González García, Mg.Sc

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes del desarrollo del trabajo de titulación titulado **“Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga”** de la autoría de la Srta. Claudia Sofía Sarmiento Sinche, estudiante de la carrera de Medicina Humana, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de forma y fondo, exigidos por la Universidad Nacional de Loja para los procesos de obtención de título de Médica General, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 21 de marzo de 2022



.....  
**Dra. María Susana González García. Mg.Sc**

**Directora de Tesis**

## **Autoría**

Yo, **Claudia Sofía Sarmiento Sinche**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca virtual.

**Firma:**

**Cédula:** 1105029464

**Fecha:** 5 de julio de 2023

**Correo electrónico:** claudia.sarmiento@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0939642062

## **Carta de autorización**

Yo, **Claudia Sofía Sarmiento Sinche**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado **Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga**, como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar este contenido de este Trabajo de Titulación en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

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

**Firma:**

**Autor:** Claudia Sofía Sarmiento Sinche

**Cédula de identidad:** 1105029464

**Dirección:** Manuel Vivanco y Pedro Falconí

**Correo electrónico:** claudia.sarmiento@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0939642062

**Datos Complementarios:**

**Directora del Trabajo de Titulación:** Dra. María Susana González García, Mg. Sc

**Tribunal de Grado:**

**Presidente:** Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna.

**Vocal:** Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez.

**Vocal:** Dr. Edwin Fabricio Nagua Carrión.

## **Dedicatoria**

A mi madre y hermanos que con su amor y apoyo incondicional han hecho posible cumplir con esta meta de mi vida. A mi familia y amigas/os por la confianza que siempre me han brindado durante estos años de estudio.

*Claudia Sofía Sarmiento Sinche*

## **Agradecimiento**

Por la elaboración correcta de este trabajo de Titulación, se agradece infinitamente la colaboración de instituciones y personas que fueron pilar fundamental en el apoyo para la realización de la misma. Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, Md. Sandra Katerine Mejía Michay, catedrática de Titulación, Dra. María Susana González García, docente de la Universidad Nacional de Loja y director de esta investigación; A mis profesores y maestros, quienes a lo largo de estos cinco años me han brindado sus mejores enseñanzas y a los adolescentes por su colaboración para la realización de la presente investigación.

*Claudia Sofía Sarmiento Sinche*

## Índice

Portada .....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización de tesis .....	iv
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	vi
Índice .....	vii
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Anexos.....	xii
1. Título.....	1
2. Resumen .....	2
2.1. Abstract .....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	7
4.1. Adolescencia.....	7
4.1.1. Definición.....	7
4.2. Autoestima .....	7
4.2.1. Definición.....	7
4.2.2. Componentes.....	7
4.2.2.2 <i>Componente cognitivo.</i> .....	7

4.2.2.3 <i>Componente afectivo.</i> .....	7
4.2.2.4 <i>Componente conductual.</i> .....	7
4.2.2.5 <i>Componente actitudinal.</i> .....	7
4.2.3. <i>Escala de autoestima de Rosenberg.</i> .....	7
<b>4.3. Desórdenes alimenticios</b> .....	<b>8</b>
4.3.1. <i>Definición.</i> .....	8
4.3.2. <i>Fisiopatogenia</i> .....	8
4.3.2.1 <i>Bases moleculares.</i> .....	8
4.3.2.2 <i>Bases psicológicas.</i> .....	8
4.3.3. <i>Etiología</i> .....	11
4.3.3.1. <i>Factores biológicos</i> .....	12
4.3.3.2. <i>Factores psicológicos</i> .....	12
4.3.3.3. <i>Factores de desarrollo</i> .....	12
4.3.3.4. <i>Factores culturales</i> .....	12
4.3.4. <i>Clasificación.</i> .....	12
4.3.4.1. <i>Anorexia nerviosa.</i> .....	12
4.3.4.2. <i>Bulimia nerviosa.</i> .....	13
4.3.4.3. <i>Atrancón.</i> .....	14
4.3.4.4. <i>Trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos.</i> .....	14
4.3.4.5. <i>Pica.</i> .....	14
4.3.4.6. <i>Rumiación</i> .....	15



4.3.5. Tratamiento y Manejo.....	15
4.3.5.1. <i>Psicoterapia</i> .....	15
4.3.5.2. <i>Farmacoterapia</i> .....	16
4.3.5.3. <i>Terapia nutricional</i> .....	16
4.3.5.4. <i>Cuidado de recuperación</i> .....	17
4.3.6. Test de Actitudes Alimentarias (EAT 26).....	17
<b>5. Metodología.....</b>	<b>19</b>
5.1. Enfoque .....	19
5.2. Diseño .....	19
5.3. Unidad de estudio .....	19
5.4. Universo.....	19
5.5. Muestra .....	19
5.6. Criterios de inclusión .....	20
5.7. Criterios de exclusión.....	20
5.8. Técnicas .....	20
5.9. Instrumentos .....	20
5.10. Procedimiento .....	21
5.11. Equipo y materiales.....	21
5.12. Análisis estadístico.....	21
<b>6. Resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>7. Discusión .....</b>	<b>27</b>

<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>29</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>30</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>31</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>34</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución por sexo y grupos de edad en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.....	22
<b>Tabla 2.</b> Nivel de autoestima en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.....	23
<b>Tabla 3.</b> Riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes que cursan el bachillerato en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.....	24
<b>Tabla 4.</b> Relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.....	25
<b>Tabla 5.</b> Chi cuadrado. Relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.....	25

## Índice de Anexos

<b>11.1. Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis.....</b>	<b>34</b>
<b>11.2. Anexo 2. Designación de director de tesis.....</b>	<b>35</b>
<b>11.3. Anexo 3. Autorización para recolección de datos.....</b>	<b>36</b>
<b>11.4. Anexo 4. Traducción certificada.....</b>	<b>37</b>
<b>11.5. Anexo 5. Certificado del tribunal de grado .....</b>	<b>38</b>
<b>11.6. Anexo 6. Consentimiento informado.....</b>	<b>39</b>
<b>11.7. Anexo 7. Escala de autoestima de Rosemberg.....</b>	<b>41</b>
<b>11.8. Anexo 8. Test para Evaluar Trastornos Alimenticios (EAT-26).....</b>	<b>43</b>
<b>11.9. Anexo 9. Matriz de datos.....</b>	<b>45</b>

## **1. Título**

Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa  
Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.

## 2. Resumen

Los trastornos de conducta alimentaria se relacionan con nivel de autoestima bajo, afecta principalmente a adolescentes, el sexo femenino es un factor de riesgo. Esta investigación tuvo como finalidad determinar el nivel de autoestima, identificar la presencia de los trastornos de conducta alimentaria según sexo y grupos de edad y evaluar la correlación entre ambas variables en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de la ciudad de Cariamanga. Esta investigación de enfoque cuantitativo, corte transversal, tuvo una muestra de 216 estudiantes a quienes se les aplicó los cuestionarios de Escala de Rossemberg y Test de Actitudes Alimentarias 26. Obteniendo que 85,65% (n=185) presentaron autoestima baja, de los cuales 46,76% (n=101) son mujeres y 38,89% (n=84) varones, predominando la edad de 15 a 19 años. En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, 16,20% (n=35) de los evaluados se ubica en una categoría de alto riesgo, de los cuales 8,80% (n=19) son mujeres y 7,41% (n=16) varones, predominando el grupo etario de 15 a 19. Al relacionar las variables mediante el cálculo de Chi cuadrado, se encontró un valor de  $p=0,022$ , concluyéndose que el nivel de autoestima influye indirectamente en el riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

**Palabras clave:** Conducta alimentaria, imagen corporal, adolescentes.

## 2.1. Abstract

Eating disorders are related to low self-esteem, affecting mainly adolescents, the female sex is a risk factor. The purpose of this research was to determine the level of self-esteem, to identify the presence of eating disorders according to sex and age groups and to evaluate the correlation between both variables in high school adolescents of Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Fernández García" of Cariamanga city. It was developed using a quantitative approach, cross-sectional, with a sample of 216 students to whom the Rosenberg Scale and Eating Attitudes Test 26 questionnaires were applied. Obtaining that 85.65% (n=185) presented low self-esteem, of which 46.76% (n=101) were female and 38.89% (n=84) male, predominantly between 15 and 19 years of age. As for eating disorders, 16.20% (n=35) of those evaluated were in a high-risk category, of which 8.80% (n=19) were female and 7.41% (n=19) were male. females and 7.41% (n=16) males, with a predominance of the 15-19 age group. When relating the variables variables by calculating Chi-square, a statistically significant relationship was found with a value of  $p=0.022$  was found, concluding that the level of self-esteem indirectly influences the risk of eating disorders.

**Key words:** Eating behavior, body image, adolescents.

### 3. Introducción

Los trastornos alimenticios son enfermedades potencialmente mortales caracterizadas por una alteración persistente de la alimentación y comportamientos de control de peso que perjudican la salud física y el funcionamiento psicosocial (Klein et al., 2021). Las actitudes irregulares hacia el peso, la forma del cuerpo y la alimentación juegan un papel clave en su origen y mantenimiento. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-5) reconoce actualmente 6 trastornos alimenticios y de la conducta alimentaria principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracón, trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos, pica y rumiación (Litmanen et al., 2019; Treasure et al., 2020).

Los trastornos alimenticios constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta. Muchas personas en el mundo tienen el riesgo de presentar trastornos alimentarios, la mayoría de ellos son adolescentes, pues es una edad muy susceptible a los estereotipos sociales.

Según datos del Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) (2017), se estima que aproximadamente 70 millones de personas alrededor del mundo padecen trastornos de la conducta alimentaria y estudios recientes demuestran que esta prevalencia ha aumentado en un 25%, pero solo cerca del 20% de las personas afectadas se presentan para recibir tratamiento (Mitchison et al., 2020). Treasure, Duarte & Schmidt (2020) afirman que aproximadamente 5 millones de estadounidenses se ven afectados por trastornos alimentarios cada año.

Aunque los trastornos alimentarios pueden afectar a personas de todas las edades y géneros, los adolescentes y mujeres jóvenes son el grupo de riesgo más alto. De acuerdo a Balasundaram & Santhanam (2021), 1 de cada 8 jóvenes puede tener al menos un trastorno alimentario a los 20 años. Según los datos de las entrevistas clínicas recogidas de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos (NCS-R, 2017), la edad media de aparición de los trastornos alimentarios es de 21 años para el trastorno por atracón y de 18 años para la bulimia y la anorexia nerviosa.

Por lo general en países de América del Norte y Europa reportan datos estadísticos sobre el riesgo que tienen los adolescentes de presentar trastornos de conducta alimentaria. Lamentablemente Ecuador no ha puesto énfasis en realizar un diagnóstico precoz y



significativo de los adolescentes que presentan estos trastornos, al no contar con un registro actual de la incidencia y prevalencia de estos casos a nivel nacional.

Aramburu y Guerra (2018) definen a la autoestima como “una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social” (p.95). De modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social; esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

Un mayor nivel de autoestima parece estar relacionado con una mayor satisfacción con la vida, actividad, perseverancia, optimismo y un mejor afrontamiento de las dificultades y la soledad. Por otro lado, un nivel más bajo se correlaciona con la experiencia frecuente de emociones negativas, tener dificultades para establecer conexiones sociales, ser más vulnerable a los incidentes del día a día, ver las dificultades como obstáculos insuperables, una actitud de evitación hacia los problemas y desafíos, así como la aparición repetida de síntomas psicósomáticos. (Kroplewski et al., 2019)

Los pacientes con baja autoestima adquieren diferentes conductas que se revelan en problemas como: anorexia y/o bulimia nerviosa; pueden presentar una carga emocional negativa que les impide salir del estado en el que se encuentran. Por esta razón se debe actuar con rapidez en la prevención de posibles trastornos alimentarios detectando a tiempo las conductas alimentarias de riesgo, pues como se puede entender, en este tipo de problemas se afectan varios aspectos.

La detección de trastornos alimentarios a través de su identificación precoz puede conducir a un tratamiento más temprana, reduciendo así las complicaciones físicas y psicológicas graves o incluso la muerte. Actualmente, diversos factores obstaculizan su prevención, pesquisa y tratamiento en el país, siendo uno importante la escasez de capacitación y conocimiento del tema de los profesionales de salud en este tema emergente.

Para contribuir el conocimiento del tema; ya que a nivel local la disponibilidad de estudios de este tipo es limitada, el siguiente estudio propuso determinar el número de estudiantes que pueden verse en riesgo de presentar trastornos de conducta alimenticios, y determinar la relación de estos casos con el nivel de autoestima, buscado generar alertas que prevengan complicaciones asociadas a este problema. De esta forma se pueden establecer medidas para mejorar las condiciones de salud de nuestra sociedad.

Para ello el estudio se planteó conocer ¿cuál es la relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimenticia en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga?

La investigación se enmarca dentro de la segunda línea de prioridades de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la línea “Salud enfermedad del niño/a y adolescente” y de igual manera, a las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública: Salud mental y trastornos del comportamiento”. En la línea trastornos de alimentación y sublínea de impacto psicosocial. Por lo que se justifica su viabilidad.

Para el propósito como ya se anticipó fue determinar el impacto del nivel de autoestima en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimenticia en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en el periodo abril 2021 – marzo 2022, así como categorizar el nivel de autoestima, identificar el riesgo de trastornos alimenticios y establecer la relación entre el nivel de autoestima y riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes que cursan el bachillerato en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Adolescencia

**4.1.1. Definición.** Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. (Güemes et al., 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

### 4.2. Autoestima

#### 4.2.1. Definición.

**4.2.2. Componente.** Los componentes o también denominados pilares de la autoestima se pueden agrupar en:

**4.2.2.1. Componente cognitivo.** Supone actuar sobre lo que pienso para modificar nuestros pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos. Es cómo se ve la persona cuando se mira a sí mismo. Son los rasgos con los que nos describimos (Cassin & Von Ranson, 2018).

**4.2.2.2. Componente afectivo.** Esta dimensión conlleva a la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y negativo, implica un sentimiento favorable o desfavorable que vemos en nosotros (Cassin & Von Ranson, 2018).

**4.2.2.3. Componente conductual.** Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y la consideración y reconocimiento por parte de los demás (Cassin & Von Ranson, 2018).

**4.2.2.4. Componente actitudinal.** Es la disposición permanente, según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos, es decir es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias de nuestro yo personal (Abdel-Khalek, 2021).

**4.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg.** Rojas Barahona, Zegers, y Förster (2019) menciona que, de los diversos instrumentos que miden la Autoestima, el más utilizado es la

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), cuyo constructo propone a la Autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación perceptiva de las propias características. El instrumento fue traducido y validado en diferentes países, presentando consistencia interna de la escala entre 0.76 y 0.87 y de confiabilidad 0.80. Se compone por diez ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (Por ejemplo: sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de cuadro alternativas que arrojan tres categorías: alta, media y baja. La puntuación obtenida oscila entre 10 como mínimo y 40 como máximo, categorizadas de la siguiente manera:

- Autoestima elevada: de 30 a 40 puntos
- Autoestima normal: de 26 a 29 puntos
- Autoestima media: de 25 a 30 puntos
- Autoestima alta: más de 30.

### **4.3. Desórdenes alimenticios**

**4.3.1. Definición.** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Estos trastornos se han constituido en una patología emergente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, configurándose como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma (Urzúa; Castro; Lillo & Leal, 2019). Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (Rikani et al., 2018).

**4.3.2. Fisiopatogenia.** 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. Se

ha postulado que los factores culturales y ambientales desempeñan un papel importante en la génesis de las alteraciones de la conducta alimentaria, debido a que éstas son por lo general más comunes en los países industrializados que en los países en desarrollo. Sin embargo, es importante reconocer la determinante contribución genética y la influencia que la misma tiene sobre el peso, especialmente en una época en la que se ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control tanto del apetito como de la saciedad, así como aquellas que intervienen en la homeostasis energética. Las alteraciones conductuales posiblemente están, al menos facilitadas, por alteraciones específicas en los neurotransmisores o neuromoduladores en el sistema nervioso central, los cuales ejercen sus acciones en una forma genéticamente predeterminada. Aún sabemos muy poco de los mecanismos moleculares de los trastornos de la alimentación, pero cada día es más claro que el sistema nervioso central, particularmente el hipotálamo, desempeña un papel relevante (Iqbal & Rehman, 2021; Klein et al., 2021).

En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Estudios de la conducta alimentaria en padres y en gemelos idénticos sugieren que una parte importante de ésta (45-60%), se debe a factores genéticos. El llevar a cabo la separación de los factores genéticos de otros no es factible, ya que los genes son parte de un sistema dinámico que está constantemente respondiendo a señales ambientales (Mitchison et al., 2020).

**4.3.2.1. Bases moleculares.** El hipotálamo, es la región que mayor importancia tiene en el control de las señales para el consumo de alimentos. Las sustancias que modulan la actividad hipotalámica (leptina, ghrelina e insulina) también se expresan en las regiones cerebrales involucradas con la recompensa, motivación, aprendizaje, emoción y estrés. El consumo de alimentos está impulsado por sus propiedades gratificantes, hecho que se ha vinculado al aumento de la actividad dopaminérgica en los circuitos cerebrales de recompensa. Los sistemas de recompensa dopaminérgicos y opioides son críticos para la supervivencia, pues condicionan impulsos amorosos, reproductivos y de ingesta alimentaria. Todo lo anterior está determinado por la acción de la dopamina en el núcleo *accumbens* y en el lóbulo frontal. Esta misma acción regula los efectos de los mecanismos de recompensa "no naturales" como los relacionados con el alcohol, las drogas y de ciertas conductas compulsivas como el sexo, el juego y las alteraciones en la alimentación. Hallazgos recientes han sido consistentes con un modelo de

deficiencia en la recompensa, en el cual las concentraciones disminuidas de dopamina en el cerebro predicen la sobrealimentación (Yager, 2020).

Se ha demostrado el involucramiento del sistema dopaminérgico en los pacientes con anorexia, observándose reducción de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo en individuos con dicha enfermedad, alteración que persiste aún después de la recuperación. Por otro lado, se ha demostrado que la actividad del sistema dopaminérgico está aumentada en la anorexia nerviosa. Otro estudio reciente concluyó que pacientes a los que se les administraba un agonista de la dopamina presentaron ingesta compulsiva de alimentos y ganancia ponderal (Gaete & López, 2020).

La literatura de la genética de la anorexia se limita a unos pocos estudios de ligamiento y un número algo mayor de estudios de asociación de genes candidato, los cuales se han centrado en los genes que influyen en la alimentación, en el apetito y en el estado de ánimo. Por ejemplo, Bergen y col. demostraron la asociación de múltiples polimorfismos del gen del receptor 2 de la dopamina, con la anorexia nerviosa. Asimismo, Nisoli y col. señalaron (2017), que el polimorfismo Taqla del gen del receptor 2 de la dopamina no está simplemente relacionado con el peso corporal, sino que podría ser un marcador de una condición genética-psicológica en personas con alto riesgo de desarrollar un comportamiento patológico en el comer. Por último, el año pasado se describió la asociación de ciertos polimorfismos del gen del receptor 4 de la dopamina con la anorexia nerviosa.

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF por sus siglas en inglés) desempeña un papel importante en el crecimiento y en el mantenimiento de diversos sistemas neuronales, además de servir como un neurotransmisor y participar en los mecanismos de plasticidad, como el aprendizaje y la memoria. El estudio del gen del BDNF ha demostrado asociación de algunos polimorfismos de dicho gen con anorexia nerviosa, bulimia y atracón.

Por último, un estudio publicado en este año demostró que el alelo 7R del receptor 4 de la dopamina contribuye al aumento de peso en mujeres con bulimia, observándose además que el gen BDNF interactúa con el del receptor 4 de la dopamina, para así influir en la regulación del peso en estos sujetos (Gaete & López, 2020).

**4.3.2.2. Bases psicológicas.** Los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como "enfermo" ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa. Las relaciones que los padres (específicamente las madres) mantienen con sus hijas, durante la infancia y la adolescencia son cruciales para el posterior desarrollo

psicológico y social de éstas. Desde hace tiempo se ha demostrado que existe una correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras de funcionamiento familiar y el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta como la depresión, la neurosis y los trastornos de la conducta alimentaria (Treasure et al., 2020).

Se ha demostrado que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conducen en concreto a la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar, en los cuales los síntomas de la hija con el trastorno desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y es así como la enfermedad mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia "psicosomática" se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos (Balasundaram & Santhanam, 2021).

Asimismo, se ha determinado que la mayor influencia sobre el cambio en las conductas de modificación del peso en las adolescentes proviene principalmente de las madres y de las amigas, y no de los padres ni de los medios de comunicación. La enfermedad asociada a la comida es compartida entre madres e hijas, pero no entre madres e hijos. El comer como respuesta a emociones negativas se asocia también más entre madres e hijas. Las madres más jóvenes comparten más actitudes hacia el cuerpo con sus hijas, mientras que las madres de más edad comparten más conductas restrictivas con sus hijas. La conducta alimentaria de los hijos parece ser más independiente y puede estar determinada por factores distintos a los de las hijas. Por esta razón, se ha dado énfasis a la relación madre-hija. Por ejemplo, se ha observado que las madres de niñas con anorexia purgativa tienen una mayor incidencia de obesidad que las madres de niñas con anorexia restrictiva, por lo que se sugiere que existe una asociación entre la obesidad y la conducta alimentaria de la madre y de la hija.

Las madres de niñas con un trastorno de la conducta alimentaria tienen puntuaciones más altas en escalas que miden síntomas bulímicos, atracones más frecuentes, mayor depresión, una tendencia a sobrealimentar a sus hijas y una peor relación con sus propias madres, que aquellas madres de hijas sin trastorno de la conducta alimentaria

**4.3.3. Etiología.** La etiología de los trastornos alimentarios es heterogénea, que incluye aspectos biológicos, psicológicos, del desarrollo y socioculturales (Balasundaram & Santhanam, 2021)

#### **4.3.3.1. Factores biológicos.**

4.3.3.1.1. *Genética.* Los estudios de gemelos y de adopción demuestran el papel hereditario de los trastornos alimentarios. Existe un 50% de probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios si el otro gemelo lo tiene.

4.3.3.1.2. *Neurobiología.* La serotonina juega un papel importante en la regulación del apetito y el estado de ánimo. La serotonina puede mediar indirectamente sus efectos sobre el desarrollo de trastornos alimentarios.

4.3.3.2. *Factores psicológicos.* El perfeccionismo, la impulsividad, la búsqueda de novedades, la obsesión compulsiva, la evitación del daño y el neuroticismo son rasgos de personalidad comunes que a menudo se asocian con los trastornos alimentarios.

4.3.3.3. *Factores de desarrollo.* a perturbación temprana en el desarrollo infantil, como el abuso sexual infantil, representa un riesgo significativo en el desarrollo de trastornos alimentarios.

4.3.3.3. *Factores socioculturales.* Las preferencias culturales por la delgadez, la exposición a la cultura occidental que valora un cuerpo delgado para las mujeres y la exposición a los medios de comunicación que promueven tales ideas juegan un papel importante en el aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios en todo el mundo (Rikani et al., 2018).

4.3.4. **Clasificación.** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-5) reconoce actualmente 6 trastornos alimenticios y de la conducta alimentaria principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracón, trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos, pica y rumiación (Litmanen et al., 2019; Treasure et al., 2020).

4.3.4.1. *Anorexia nerviosa.* La anorexia nerviosa es el trastorno alimentario más conocido y mejor estudiado. La anorexia nerviosa generalmente se desarrolla durante la adolescencia y ocurre más en mujeres que en hombres.

- Las características de la anorexia nerviosa son las siguientes: Extremadamente bajo peso
- Miedo intenso a subir de peso.
- una imagen corporal distorsionada, incluida la negación de tener un peso muy bajo
- Comportamientos compensatorios persistentes para evitar aumentar de peso, a pesar de tener bajo peso
- Preocupación por la comida y el peso.



Las personas con anorexia nerviosa pueden tener síntomas obsesivo-compulsivos, como usar los mismos cubiertos o romper la comida en trozos pequeños. En las mujeres, la anorexia nerviosa podría manifestarse como amenorrea, que se define como la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Sin embargo, la amenorrea ya no es un criterio obligatorio en el DSM 5 para diagnosticar la anorexia nerviosa (Balasundaram & Santhanam, 2021)..

La anorexia nerviosa es de 2 tipos. En el tipo restrictivo, las personas pierden peso a través del ayuno o el ejercicio excesivo. Los atracones de alimentación / Tipo de purga, los individuos binge en grandes cantidades de comida y de purga después de eso. Se purgan mediante vómitos autoinducidos, uso de laxantes / diuréticos.

La tasa de mortalidad en la anorexia nerviosa es la más alta de todos los trastornos psiquiátricos. La mayoría de ellos mueren por complicaciones médicas, mientras que algunos mueren por suicidio. Las personas con anorexia nerviosa, a largo plazo, pueden tener osteopenia, cabello / uñas quebradizas, piel seca, estreñimiento, hipotensión, bradicardia, hipotermia, lanugo, amenorrea, infertilidad o atrofia muscular.

La anorexia nerviosa se complica por la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario que causa amenorrea hipotalámica y desregulación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal causando hipercortisolemia y resistencia a la hormona del crecimiento (Balasundaram & Santhanam, 2021).

**4.3.4.2. Bulimia nerviosa.** La bulimia nerviosa es sustancialmente más común que la anorexia nerviosa en la población. El trastorno generalmente comienza al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Los rasgos característicos de la bulimia nerviosa son los siguientes:

- Comer cantidades sustanciales de alimentos en un período corto
- La pérdida de control durante el atracón de comer
- Los atracones van seguidos de un comportamiento compensatorio para prevenir el aumento de peso, como vómitos forzados, uso de laxantes / diuréticos, restricción de la alimentación o ejercicio excesivo.
- Miedo a subir de peso a pesar de pesar un rango normal

Los criterios del DSM 5 para el diagnóstico de bulimia nerviosa requieren por lo menos un binge- comer episodio con un comportamiento compensatorio en la semana durante un mínimo de 3 meses. La bulimia nerviosa puede manifestarse con dolor de garganta, glándulas salivales inflamadas, caries, reflujo ácido, deshidratación severa, desequilibrio electrolítico y

alteraciones hormonales. Las personas con bulimia nerviosa pueden tener bajo peso, peso normal o un poco de sobrepeso. Incluso aquellos que perdieron peso inicialmente tienden a recuperarlo y luego a tener sobrepeso gradualmente (Balasundaram & Santhanam, 2021).

Aunque los síntomas de la bulimia nerviosa son muy similares a los subtipos de anorexia nerviosa por atracones / purgas, las personas con bulimia nerviosa mantienen un peso casi normal en lugar de tener bajo peso (Gaete & López, 2020; Litmanen et al., 2017).

**4.3.4.3. Atracón.** El trastorno por atracón es un trastorno alimentario asociado con diversos problemas psicológicos y no psicológicos con cierto grado de deterioro de la vida diaria y algunos deterioros graves. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), el trastorno por atracón consiste en

- Consumir una mayor cantidad de alimentos de lo que otras personas podrían consumir en circunstancias y períodos similares (generalmente dentro de un período de dos horas).
- Falta de control para comer y sentirse culpable después de comer. Los episodios de trastorno por atracón ocurren todas las semanas (al menos una vez a la semana) durante tres meses y no están asociados con un comportamiento compensatorio.

Esta actividad destaca el papel del equipo de atención médica interprofesional en la evaluación, el tratamiento y el manejo de los pacientes con esta afección. (Iqbal & Rehman, 2021)

**4.3.4.4. Evasión- restricción de la ingesta alimentos.** El trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos es una nueva terminología para " trastorno alimentario de la infancia, los niños pequeños y la niñez". Generalmente ocurre durante los primeros siete años de vida. A veces puede persistir hasta la edad adulta. El comer quisquilloso en la primera infancia es un comportamiento normal, que no está incluido dentro de este tipo de trastorno alimenticio. Puede deberse a la pérdida de interés en la comida, a una intensa aversión por sabores, olores, texturas o colores específicos. No incluye la restricción de alimentos por motivos religiosos o falta de disponibilidad y afecta la función social e inhibe al individuo de comer con otros. Además, provoca insuficiencia ponderal y deficiencia de micronutrientes.

La terapia cognitivo-conductual se puede utilizar para controlarlo en personas mayores de 10 años

**4.3.4.5. Pica.** La pica es uno de los trastornos alimentarios en los que una persona anhela artículos que no son alimentos como tierra, tiza, jabón, papel o pelo con hielo. Es común entre mujeres embarazadas, niños y personas con discapacidad intelectual.

La pica es benigna y se resuelve por sí sola en embarazadas y niños. Sin embargo, puede ser crónico y devastador en personas con discapacidad intelectual. Presenta un riesgo de infecciones parasitarias, deficiencia de micronutrientes, obstrucción intestinal e intoxicación por metales pesados (Balasundaram & Santhanam, 2021)..

La estrategia de tratamiento para la pica incluye la disminución de la exposición a los elementos deseados, la suplementación con micronutrientes y el tratamiento conductual / aversivo, particularmente entre las personas con discapacidad mental.

**4.3.4.6. Rumiación.** El trastorno de la rumia es una nueva adición al trastorno de la alimentación en el que un individuo regurgita la comida que ha ingerido previamente, la mastica de nuevo y luego la traga o escupe. La rumia es una acción voluntaria que suele ocurrir dentro de los 30 minutos posteriores a la ingestión de la comida. Se desarrolla en la infancia y generalmente se resuelve a los 12 meses. El trastorno de la rumia en niños y adultos puede provocar pérdida de peso o desnutrición. Puede ser una condición comórbida en la anorexia nerviosa.

La manometría posprandial de impedancia-pH de alta resolución contribuye a una descripción más detallada de los eventos de rumia. El síndrome de rumia se puede diagnosticar si los episodios de reflujo que se extienden al esófago proximal están estrechamente asociados con un aumento de la presión intragástrica de más de 30 mm Hg.

La terapia de biorretroalimentación reduce los episodios de regurgitación en la rumia. Se utilizan técnicas de retroalimentación biológica como la reeducación de las contracciones abdominales y la respiración diafragmática (Balasundaram & Santhanam, 2021).

**4.3.5. Tratamiento y Manejo.** Existe una amplia variación en la forma en que se manejan los trastornos alimentarios. Los tratamientos suelen ser multifacéticos, con psicoterapia y farmacoterapia. Es fundamental buscar tratamiento temprano para los trastornos alimentarios. El enfoque de gestión se adapta a las necesidades del paciente y puede comprender uno o más de los siguientes: Psicoterapia, Farmacoterapia, Asesoramiento nutricional y Cuidados posteriores y seguimiento (Hilbert, Hoek & Schmidt, 2017).

**4.3.5.1. Psicoterapia.** Para todos los trastornos alimentarios, la terapia psicoconductual se puede proporcionar de forma ambulatoria. Las personas con síntomas graves o que no mejoran con la atención ambulatoria pueden ser tratadas como un servicio de internación (Hilbert, Hoek & Schmidt, 2017).

La terapia cognitiva conductual mejorada (CBT-E) es el tratamiento de primera línea para todos los trastornos alimentarios. Se requieren más sesiones para la anorexia nerviosa en comparación con la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón (Hay et al., 2019).

El tratamiento familiar (FBT) es la modalidad más prometedora en el manejo de la anorexia nerviosa entre niños y adolescentes. FBT también se puede adaptar para la bulimia nerviosa y el trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos (Hilbert, Hoek & Schmidt, 2017). La psicoterapia interpersonal se puede utilizar como una alternativa para la TCC en personas con Bulimia nerviosa o TA (Hilbert, Hoek & Schmidt, 2017).

La Terapia Maudsley para la Anorexia Nerviosa para Adultos (MANTRA) y la Terapia Psicodinámica Focal (FPT) se pueden usar en adultos con trastornos alimentarios junto con la TCC (Hay et al., 2019).

Varios ensayos controlados aleatorios explorarán otros modelos de terapia conductual en los trastornos alimentarios. La terapia dialéctica conductual (DBT) está adaptada para tratar los trastornos alimentarios, en particular la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) aborda las cogniciones y conductas desadaptativas asociadas con los trastornos alimentarios. Se están estudiando modalidades de neuromodulación como la estimulación magnética transcraneal repetitiva y la estimulación cerebral profunda como tratamiento complementario para los trastornos alimentarios (Hay et al., 2019).

**4.3.5.2. Farmacoterapia.** La fluoxetina es el único fármaco aprobado por la FDA que se utiliza para el tratamiento de la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón. Los antidepresivos, incluida la fluoxetina, tienen un papel pequeño en la anorexia nerviosa, excepto cuando coexiste una depresión mayor. Los medicamentos como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo pueden ayudar a tratar enfermedades psiquiátricas coexistentes como la ansiedad o la depresión. Se están realizando ensayos con topiramato y lisdexanfetamina para los trastornos por atracón. Se ha estudiado el papel de la olanzapina para la anorexia nerviosa, que muestra resultados mixtos. (Hilbert et al., 2017; Zeeck et al., 2018)

**4.3.5.3. Terapia Nutricional.** La terapia nutricional está indicada para todas las personas diagnosticadas con trastornos alimentarios, incluida la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Se prefiere la alimentación nasogástrica a otra nutrición enteral o parenteral cuando no es posible la alimentación oral. La nutrición parenteral total se reserva para la disfunción gastrointestinal significativa. En la mayoría de los pacientes con anorexia

nerviosa, el objetivo de la terapia nutricional es un aumento de peso promedio de 2 a 3 libras por semana para pacientes hospitalizados y de 0.5 a 1 libra por semana para el tratamiento ambulatorio (Balasundaram & Santhanam, 2021).

El suplemento calórico inicial debe ser de 30 a 40 kilocalorías / kilogramo por día. En la etapa posterior, la ingesta calórica puede aumentarse lentamente a 70 a 100 kcal / kg por día.

Aunque el paso más importante en el manejo nutricional es expandir las opciones de alimentos, los pacientes con dietas vegetarianas pueden continuar con las mismas dietas vegetarianas. Los electrolitos deben evaluarse cuidadosamente y la realimentación debe ser gradual. El reemplazo de vitaminas y minerales es una parte integral de la terapia nutricional. El zinc, en particular, mejora la tasa de recuperación y ayuda a mejorar la ansiedad y la depresión. Se recomiendan los suplementos de calcio y vitamina D y el uso cauteloso de bifosfonatos como el etidronato para revertir la osteoporosis. Se recomiendan suplementos orales multivitamínicos y multiminerales (Zeeck et al., 2018).

**4.3.5.4. Cuidados posteriores y de seguimiento.** Una vez que los pacientes se recuperan de los trastornos alimentarios y ven su aumento de peso, pueden experimentar un resurgimiento de los síntomas de ansiedad y depresión y abandonar los programas de tratamiento. La anorexia nerviosa puede recaer en un 20 a 30% después del primer ingreso hospitalario y en un 50-75% después de más de un ingreso. La psicoterapia ayuda a mantener la remisión (Zeeck et al., 2018).

**4.3.6. Test de Actitudes Alimentarias (EAT 26).** El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel, 1982). Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítemes, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Para identificar a los sujetos con algún tipo de TCA se han propuesto los siguientes puntos de corte: más de 20 puntos para el EAT-26 (Iñarritu et al., 2018). El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la

posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (Iñarritu et al., 2018). Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (Garner et al., 1982). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas”

## 5. Metodología

Esta investigación se realizó en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de la ciudad de Carimanga, ubicado en las calles Velazco Ibarra y 18 de noviembre, en el cantón Calvas, provincia de Loja. La institución es un centro educativo de formación regular y sostenimiento fiscomisional, con jurisdicción Hispana.

### 5.1. Enfoque

Cuantitativo

### 5.2. Tipo de diseño realizado

Tipo Descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

### 5.3. Unidad de estudio

Se llevó a cabo en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de la ciudad de Carimanga, cantón Calvas, provincia de Loja

### 5.4. Universo

Se conformó de 488 estudiantes de primer a tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García”, legalmente matriculados en el periodo mayo 2021 – febrero 2022

### 5.5. Muestra

Se integro de 216 estudiantes legalmente matriculados de primer a tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” en el año lectivo mayo 2021 – febrero 2022, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

La muestra se la obtuvo utilizando la fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$
$$n = \frac{488 * 1,96^2 * 0,15 * 0,85}{0,03^2(337 - 1) + 1,96^2 * 0,15 * 0,85}$$
$$n = 257$$

n= tamaño de la muestra

p= probabilidad a favor

N= población o universo

q= probabilidad en contra

Z= nivel de confianza

d= error muestral

La muestra significativa de la población, con un intervalo de confianza de 95% fue de 257 personas. Sin embargo, el número de personas que respondieron la encuesta fue 248 de los cuales solo 216 aceptaron el consentimiento informado y cumplieron con los criterios de inclusión.

### **5.6. Criterios de inclusión**

Estudiantes cuyos padres o representante legal autorizaron participar en el estudio (consentimiento informado).

### **5.7. Criterios de exclusión**

Estudiantes con diagnóstico de desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, atracón, pica, rumiación, entre otros).

Estudiantes con algún tipo de discapacidad que no entendían las consignas del cuestionario.

Estudiantes que no llenaron correctamente el instrumento.

### **5.8. Técnicas**

**5.8.1. Métodos.** Se aplicó el consentimiento informado, la escala de autoestima de Rosenberg y el test de actitud alimentaria (EAT 26).

### **5.9. Instrumentos**

**5.9.1. Consentimiento Informado (Anexo 6).** Este consentimiento fue dirigido a todo a los padres o tutores de los adolescentes que participaron en el estudio. El mismo constó de información importante sobre el estudio como: propósito, tipo de intervención de la investigación, quienes pueden participar, información sobre el instrumento y cuestionario a aplicar, procedimiento, y se informa que la participación es voluntaria y que los datos obtenidos fueron tratados con completa confidencialidad por parte del investigador.

**5.9.2. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Anexo 7).** Es el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica. Esta escala consta de 10 preguntas con cinco niveles de respuesta.

**5.9.3.1 Valoración de las puntuaciones.** Una vez aplicado el instrumento se clasifica como baja autoestima a puntuaciones de 0 a 24, autoestima media de 25 a 30 puntos y alta más de 30 puntos.

**5.9.3. Eating attitudes test (EAT 26) (Anexo 8).** La versión original del EAT se publicó en 1979, con 40 ítems cada uno calificado con un valor de 6 puntos en la escala Likert. En 1982, Garner y sus colegas modificaron la versión original para crear una prueba abreviada: el EAT-26. Consiste una prueba de tamizaje (screening), que consta de 26 ítems y que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica.



**5.9.3.1 Valoración de las puntuaciones.** Una vez aplicado el instrumento las puntuaciones mayores a 20, se asocian a actitudes y conductas de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. Puntuaciones menores a 20, no hay asociación a conductas de riesgo.

## **5.10. Procedimiento.**

Para la elaboración del presente trabajo, se utilizó fuentes bibliográficas tomadas de distintas publicaciones en revistas médicas, reportes, informes, tesis, páginas web. A continuación, se solicitó la aprobación y pertinencia del proyecto, así como la solicitud para la designación del director de tesis. Posteriormente por parte de la Carrera de Medicina se tramitó el permiso a las autoridades de la institución, en este caso la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga. Para el proceso de recolección de datos, se explicó el propósito y los beneficios de la investigación a los estudiantes y tutores legales, adquiriendo el consentimiento informado, y posteriormente se envió al correo de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato el formulario de Google con los cuestionarios. Seguidamente se explicó como llenar los cuestionarios, resolviendo la duda. Para la tabulación de la información se usó el programa Excel.

## **5.11. Equipos y materiales**

**5.11.1. Recursos humanos.** Tesista, director de tesis, autoridades y estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.

**5.11.2. Recursos materiales.** Laptop, esferos, impresiones

## **5.12. Análisis estadístico**

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

## 6. Resultados

**Tabla 1.**

Distribución por sexo y grupos de edad en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
<b>10-14</b>	2	0,93%	5	2,31%	7	3,24%
<b>15-19</b>	<b>120</b>	<b>55,56%</b>	<b>89</b>	<b>41,20%</b>	209	96,76%
<b>Total</b>	<b>122</b>	56,48%	94	43,52%	216	100%

*f: frecuencia; %: porcentaje*

*Fuente: Hoja de recolección de datos*

*Elaborado por: Claudia Sofía Sarmiento Sinche.*

**Análisis:** 216 adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga participaron en la presente investigación. De ellos se evidencia predominio de sexo femenino correspondiente al 56,48% (n=122), con prevalencia del grupo etario de 15 a 19 años, con 55,56% (n=120). En comparación, el sexo masculino representó 43,52% (n=94) con el mismo predominio de grupo etario

## 6.1. Resultados para el primer objetivo

Categorizar el nivel de autoestima en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.

**Tabla 2.**

*Nivel de autoestima en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.*

Nivel de autoestima	Masculino				Femenino				Total	
	10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
<b>Alta</b>	0	0%	2	0,93%	0	0%	4	0,93%	6	2,78%
<b>Media</b>	0	0%	8	4,63%	0	0%	<b>17</b>	<b>7,87%</b>	25	11,57%
<b>Baja</b>	5	2,31%	<b>79</b>	<b>36,57%</b>	2	0,93%	<b>99</b>	<b>45,83%</b>	185	<b>85,65%</b>
<b>Total</b>	5	2,31%	89	41,20%	2	0,93%	120	55,56%	216	100%

*f: frecuencia; %: porcentaje*

*Fuente: Hoja de recolección de datos (Escala de autoestima de Rosenberg).*

*Elaborado por: Claudia Sofía Sarmiento Sinche.*

**Análisis:** 85,65% (n=185) de adolescentes de sexo femenino y masculino, presentaron nivel de autoestima bajo, con prevalencia de 46,76% (n=101) en la población femenina, en comparación con el grupo masculino con 38,89% (n=84); esto puede deberse a que la población de mujeres es mayor a la de hombres. Asimismo, se evidencia que el grupo etario más afectado en esta categoría, tanto en hombres como mujeres, corresponde a los adolescentes de 15 a 19 años con una prevalencia del 36,57% (n=79) y 45%,83 (n=99) respectivamente; no obstante, la mayoría de la muestra está constituido por jóvenes de adolescencia tardía.

## 6.2. Resultados para el segundo objetivo

Identificar el riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes que cursan el bachillerato en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.

**Tabla 3.**

*Riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes que cursan el bachillerato en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en relación al sexo y edad.*

Riesgo de trastornos alimenticios	Masculino				Femenino				Total	
	10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bajo riesgo (<20)	5	2,31%	73	33,80%	2	0,93%	101	46,76%	181	83,80%
Alto riesgo (>20)	0	0%	16	<b>7,41%</b>	0	0%	19	<b>8,80%</b>	35	<b>16,20%</b>
<b>Total</b>	5	2,31%	89	41,20%	2	0,93%	120	55,56%	216	100%

*f: frecuencia; %: porcentaje*

*Fuente: Hoja de recolección de datos (The Eating Attitudes Test (EAT-26))*

*Elaborado por: Claudia Sofía Sarmiento Sinche.*

**Análisis:** Al aplicar el test de actitudes alimentarias EAT-26 en la muestra, se evidenció que 16,20% (n=35) de los evaluados se ubica en una categoría de alto riesgo, mostrándose la población femenina de 15 a 19 años como la más afectada con 8,80% (n=19) en relación a la masculina del mismo grupo de edad con 7,41% (n=16). Cabe recalcar que la muestra de los participantes está constituida en mayor parte por mujeres. 83,80% (n=181) de la muestra, se sitúa en categoría de bajo riesgo, en donde los grupos representativos se ubican entre los 15 a 19 años con una prevalencia del 46,76% (n=101) en hombres y 33,80% (n=73) en mujeres.

#### 6.4. Resultados para el tercer objetivo

Relacionar el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.

**Tabla 4.**

*Relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.*

Nivel de autoestima	Riesgo de trastornos alimenticios				Total	
	Bajo riesgo (<20)		Alto riesgo (>20)			
	f	%	f	%	f	%
Alta	4	1,85%	2	<b>0,93%</b>	6	2,78%
Media	14	6,48%	11	<b>5,09%</b>	25	11,57%
Baja	163	75,46%	22	10,19%	185	<b>85,65%</b>
<b>Total</b>	181	83,80%	35	16,20%	216	100%

*f: frecuencia; %: porcentaje*

*Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg (1965); The Eating Attitudes Test (EAT-26) elaborado por Garner et al. (1982).*

*Elaborado por: Claudia Sofía Sarmiento Sinche.*

**Tabla 5.**

*Chi cuadrado. Relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.*

Prueba de chi cuadrado de Pearson	
Chi 2 calculado	<b>18,05</b>
Chi 2 tabla	5,99
Grado de libertad	2
Significancia (P)	<b>0,022</b>

*Elaborado por: Claudia Sofía Sarmiento Sinche*

**Análisis:** Del total de participantes, 85,65% (n=185) de adolescentes que presentó autoestima baja, 10,19% (n=22) demostró riesgo alto de trastornos alimenticios y 75,46%

(n=163) riesgo bajo. Sin embargo, 5,09% (n=25) y 0,93% (n=2) de la muestra con nivel normal y alto respectivamente, evidencian de riesgo alto de desarrollo de trastornos alimenticios. Al relacionar las variables de nivel de autoestima y riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, se evidenció que ambas variables son dependientes una de la otra con un valor de chi<sup>2</sup> calculado de 18,05 para 2 grados de libertad y un intervalo de confianza del 95% y valor de  $p < 0,05$ , se determina una asociación estadísticamente significativa, mostrando que el chi<sup>2</sup> calculado es superior. De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se determina que el nivel de autoestima influye en el desarrollo de trastornos alimenticios.

## 7. Discusión

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son patologías de carácter psiquiátrico que afectan con frecuencia a adolescentes, constituyendo el grupo de mujeres jóvenes como el más susceptible. Existe un descontrol en la alimentación y el peso, provocando alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Se considera que estos trastornos son un problema de salud pública (Hernández-Berny et al., 2020). Se reconoce actualmente 6 trastornos alimenticios y de la conducta alimentaria principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracón, trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos, pica y rumiación (Litmanen et al., 2017; Treasure et al., 2020). La Autoestima es una parte fundamental para que el individuo alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo. Las personas que presentan una alta autoestima muestran un mayor control de sus impulsos, con más frecuencia se auto refuerzan y muestran una actitud más positiva hacia su propio cuerpo. De esta manera, la baja autoestima, es uno de los principales síntomas presentes en las personas que llevan a cabo conductas alimentarias de riesgo (Moreno González & Ortiz Viveros, 2019). El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre nivel de autoestima y riesgo de trastornos alimenticios.

La investigación estuvo conformada por 216 adolescentes que cursan el bachillerato en la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, en la que se evidenció la presencia de 16,20% de adolescentes con riesgo alto de trastorno de conducta alimentaria, con predominio en el sexo femenino de 15 a 19 años de edad con 8,7%; resultados similares al estudio realizado en el año 2018 en México, que se fundamentó en la detección de TCA en 3293 adolescentes de escuelas públicas y privadas del distrito federal, reportaron prevalencia del 17,60% de riesgo alto de trastornos alimenticios, siendo, de igual forma, el sexo femenino el grupo más afectado con 9,60%.

En contraste a estos hallazgos, otro estudio de prevalencia de trastornos alimenticios llevado a cabo en Argentina en el año 2017 con 298 adolescentes de la ciudad de Paraná, detectaron riesgo alto de trastorno alimentario en 37,83% del total de la población, con una diferencia mínima entre hombres y mujeres, con 18,8% y 19,3%, respectivamente, pero con predominio del mismo grupo etario de 15 a 19, similar a esta investigación.

La autoestima es la posición que una persona adopta sobre su propio ser, esta puede ser de respeto y aprecio hacia su persona, o, por el contrario, puede ser una actitud de rechazo hacia sí mismo. Doré (2019) define la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia sí

mismo, es decir, el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia sí mismo y los otros. Esta teoría vincula la implicancia de los factores sociales en la Autoestima, de manera que surge de un proceso de comparación, que involucra valores y discrepancias, desarrollados en la socialización.

Hallazgos observados por Griffiths y McCabe en el año 2016 en un estudio descriptivo en 231 mujeres de adolescencia temprana (11 a 13 años) evidenció que 28.47% de la población estudiada tenía nivel de autoestima bajo según la escala de Rosseberg; a diferencia con la población del presente estudio, la prevalencia de adolescentes con nivel de autoestima bajo fue de 85,65%, de los cuales el grupo etario afectado fue el de mujeres de 15 a 19 años con 45,83%.

Contreras-Valdez y colaboradores consideran a la variable Autoestima como uno de los factores de mayor peso para el desarrollo de Conductas Alimentarias de Riesgo. En su estudio realizado en el año 2018 en un grupo de adolescentes de la ciudad de Veracruz, México encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y la relación con el riesgo de trastornos alimenticios con un valor de  $p$  igual a 0,005, evidenciando una prevalencia del 19,73%. Se detectó que aquellos individuos que al sentirse más confiados y seguros consigo mismos y con su cuerpo, desarrollaron conductas facilitadoras, disminuyendo síntomas de enfermedad que conllevan al sufrimiento y al malestar biopsicosocial. Algo similar sucede en la población del presente estudio, donde el 10.19% de adolescentes que presenta autoestima baja tienen un riesgo elevado de presentar trastornos alimenticios.

De esta manera, logramos ver como la baja autoestima logra, en los participantes de esta muestra, aumentar las conductas alimentarias de riesgo.

Se requieren más estudios que ayuden a comprender estos trastornos, sin embargo, reconocer que los grupos estudiantiles son una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios y que dichos trastornos se encuentran estrechamente relacionados con la baja autoestima, son elementos clave para el diseño de programas preventivos de trastornos alimentarios y de tamizaje de casos para su tratamiento oportuno.



## **8. Conclusiones**

En los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, predomina nivel de autoestima bajo, seguido de nivel medio y alto; adolescentes de sexo femenino de 15 a 19 años con nivel bajo de autoestima constituyen el grupo prevalente.

El riesgo de trastornos de conducta alimenticia predominó en las mujeres de 15 a 19 años de edad, seguido de los varones del mismo grupo etario; sin embargo, se debe tomar en consideración que la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres. Esto genera gran preocupación debido al impacto negativo que conlleva los trastornos de conducta alimenticia en la salud a largo y corto plazo

El nivel de autoestima bajo predispone a los adolescentes a una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de conducta alimentaria, evidenciando una relación estadísticamente significativa al correlacionar ambas variables.

## **9. Recomendaciones**

Al Ministerio de Educación y Salud Pública, realizar programas de capacitación y socialización a docentes y autoridades sobre los lineamientos de prevención e intervención de trastornos de conducta alimentaria establecidos y evaluación del nivel de autoestima.

A las autoridades pertinentes de la Unidad Educativa, para que implementen programas de promoción y prevención dentro de la institución, mejorando las conductas alimentarias de los adolescentes; mediante la coordinación con el sector de atención primaria de salud; del mismo modo, realizar una evaluación del nivel autoestima con seguimiento adecuado a través del departamento de Psicología Educativa.

A los padres de familia, identificar las conductas de riesgo que conllevan a trastornos alimenticios, con la finalidad de percibir de manera temprana, cambios del comportamiento.

A futuros investigadores, profundizar en el estudio de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la autoestima; con la finalidad de determinar patrones que ayuden a la prevención, y en el mayor de los casos, al tratamiento de Trastornos de las Conductas Alimentarias de Riesgo. Realizar el estudio en una muestra que incluya además a instituciones particulares.

## 10. Bibliografía

- Abdel-Khalek, Ahmed. (2021). Introduction to the Psychology of self-esteem.
- Attia, E; Becker, A; Bryant-Waugh, R; Hoek, H; Kreipe, R; Marcus, M; Mitchell, J; Striegel, R; Walsh, B; Wilson, G; Wolfe, B; & Wonderlich, S. (2021). Feeding and eating disorders in DSM-5. *The American journal of psychiatry*, 170(11), 1237–1239. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030326>
- Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2021). Eating Disorders. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33620794>
- Cassin, E & Von Ranson, K. (2018). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Doré, C. (2019). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche En Soins Infirmiers*, 129, 18–26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, Murray HB, Keshaviah A, Hastings E, Edkins K, Krishna M, Herzog DB, Keel PK, Franko DL. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *Journal Clinic of Psychiatry*. 2018 Feb;78(2):184-189
- Fisher, M; Gonzalez, M & Malizio, J. (2019) Eating disorders in adolescents: How does the DSM-5 change the diagnosis? *Int J Adolesc Med Health*;27(4):437-41. doi: 10.1515/ijamh-2014-0059. PMID: 25720048.
- Gaete, V & López, C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784–793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Güemes, M; Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2019). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, V(1), 1–22.
- Hay, P; Touyz, S; Claudino, A, Lujic, S; Smith, C & Madden, S. (2019) Atención hospitalaria versus ambulatoria, hospitalización parcial y lista de espera para personas con trastornos alimentarios. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Herpertz-Dahlmann B. (2019). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 31–47. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005>
- Hoek, H. (2018) Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios. *Psiquiatría Curr Opin*. 1; 19 (4): 389-94. [ [PubMed](#) ]
- Hilbert, A; Hoek, H & Schmidt, R. (2019) Directrices clínicas basadas en la evidencia para los trastornos alimentarios: comparación internacional. *Revista de Psiquiatría*; 30 (6): 423-437. [ [PubMed](#) ]
- Iqbal, A., & Rehman, A. (2021). Binge Eating Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31869164>

- Kessing, B; Govaert, F; Masclee, A & Conchillo, J. (2021) Impedance measurements and high-resolution manometry help to better define rumination episodes. *Revista escandinava de Gastroenterología* ;46(11):1310-5.
- Klein, D., Sylvester, J., & Schvey, N. (2021). Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 103(1), 22–32.
- Klump, KL; Miller, K; Keel, P; McGue, M & Iacono, W. (2021) Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med.*;31(4):737-40. [PubMed]
- Knoll, S; Föcker, M; Hebebrand, J & Essstörungen, K. (2019) Changes to the classification of Eating Disorders in DSM-5. *Kinder Jugendpsychiatr Psychother.*;42(5):361-6; quiz 367-8. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000311. PMID: 25163998.
- Kroplewski, Z., Szcześniak, M., Furmańska, J., & Gójska, A. (2019). Assessment of family functioning and eating disorders - the mediating role of self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 10(APR). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00921>
- Litmanen, J; Fröjd, S; Marttunen, M; Isomaa, R & Kaltiala-Heino, R. (2019). Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(1), 61–66. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1224272>
- Mitchison, D; Mond, J; Bussey, K; Griffiths, S; Trompeter, N; Lonergan, A; Pike, K; Murray, S & Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- Murray, H; Juarascio, A; Di Lorenzo, C; Drossman, D & Thomas ,J. (2019) Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *American Journal of Gastroenterology*. Apr;114(4):562-578.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157–161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Smink, F; Van Hoeken, D & Hoek, H. (2020) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. Aug;14(4):406-14.

- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10227, pp. 899–911). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Yager, J. (2020, October 8). *Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating-disorders&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1673451091](https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating-disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1673451091)
- Zeeck, A; Herpertz-Dahlmann, B; Friederich, HC; Brockmeyer, T; Resmark, G; Hagenah U; Ehrlich, S; Cuntz, U; Zipfel, S \$ Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatry*; 9:158 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

## 11. Anexos

### 11.1. Anexo n° 1.

#### Aprobación y pertinencia del proyecto de tesis

---



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

MEMORÁNDUM Nro.0442 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Srta. Claudia Sofia Sarmiento Sinche  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

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

**FECHA:** 29 de Junio de 2021

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

---

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Fernández García" de Cariamanga"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación de fecha 29 de junio de 2021, suscrito por la Dra. Susana González, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



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

## 11.2. Anexo n° 2.

### Designación de director de tesis

---



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

**MEMORÁNDUM Nro.0459 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dra. Susana González  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

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

**FECHA:** 30 de Junio de 2021

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

---

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como Directora de tesis del tema: **"Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Fernández García" de Cariamanga"**, autoría de la Srta. **Claudia Sofía Sarmiento Sinche**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado a través del sistema para  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

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

---

### 11.3. Anexo n° 3.

#### Oficio y autorización para recolección de datos



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0471 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Padre Milko René Torres Ordoñez  
**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA" DE CARIAMANGA**

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

**FECHA:** 01 de Julio de 2021

**ASUNTO:** SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización la **Srta. Claudia Sofia Sarmiento Sinche**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para realizar encuestas a través del correo institucional de los estudiantes del primer al tercer Año de Bachillerato; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: **"Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Fernández García" de Cariamanga"**; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Susana González**, Catedrática de nuestra Institución.

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

Atentamente,



TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Contacto de la Srta. Claudia Sofia Sarmiento Sinche:  
celular: 0939642062, correo: claudia.sarmiento@unl.edu.ec  
C.c.- Archivo, Estudiante.  
TVCP/NOT

*T. Cabrera*  
*27-07-2021*



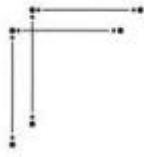
*Autoriza la  
Inspección  
trabajo con  
los 305  
Cursos*  
*[Signature]*



## 11.4. Anexo n° 4.

### Certificación de traducción

---



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja



Loja, 11 de junio de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.

**DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS IDIOMAS  
NACIONALES Y EXTRANJEROS – UNL**

#### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del Trabajo de Titulación previa a la obtención del Título de Médica General: Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga, autoría de Claudia Sofía Sarmiento Sinche con CI: 1105029464, de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,



TÍTULO DIGITALIZADO POR:  
MARLON RICHARD  
ARMIJOS RAMÍREZ

**MARLON ARMIJOS RAMÍREZ**  
DOCENTE DE LA CARRERA PINE-UNL

1031-12-1131340

1031-2017-1905329



*Educamos para Transformar*



## 11.5. Anexo n° 5.

### Certificado del tribunal de grado



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

### CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 30 de junio de 2023

En calidad del tribunal calificador del Trabajo de Titulación denominado Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Fernández García", de la autoría de Claudia Sofía Sarmiento Sinche, portador de la cédula de identificación Nro. 1105029464 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.



**Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna**

**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**



**Dra. Angélica María Gordillo Iniguez**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**EDWIN  
NAGUA  
CARRION**

Firmado digitalmente por EDWIN NAGUA CARRION  
Dn: cn=EDWIN NAGUA CARRION, o=UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, c=EC  
Fecha: 2023.07.06 09:47:10-05

**Dr. Edwin Fabricio Nagua Carrión**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## 11.6. Anexo n° 6.

### Consentimiento informado

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



### **Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud.**

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a estudiantes de primer a tercer curso de bachillerato a quienes se invita a participar en el presente estudio denominado “Autoestima y riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García” de Cariamanga.

Yo, **Claudia Sofía Sarmiento Sinche**, portadora de la CI. **1105029464**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja me encuentro investigando sobre la relación del nivel de autoestima y el riesgo de desórdenes alimenticios en adolescentes, los cuales se determinarán con la aplicación de la escala de Rosenberg y el test de actitudes alimenticias (EAT 26) respectivamente.

A continuación, se le informarán los puntos más relevantes de la investigación.

#### **Propósito**

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves y, en ocasiones, mortales que provocan alteraciones graves en la conducta alimentaria de una persona. Constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta. Las medidas de identificación temprana son necesarias para la toma de acciones, a través de la identificación temprana de factores de riesgo relacionados como el nivel de autoestima

#### **Tipo de intervención de la investigación**

Por medio del test de Actitud Alimentaria (EAT 26), buscamos determinar el riesgo de síntomas de trastornos alimentarios y determinar su relación con el nivel de autoestima, medida con la escala de autoestima de Rosenberg

#### **Selección de participantes**

Los participantes son los estudiantes de primer a tercer curso de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santiago Fernández García”.

### **Participación voluntaria**

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio.

En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará aproximadamente 20 minutos y se procederá a la aplicación de las escalas indicadas previamente.

### **Información sobre el cuestionario**

La escala

### **Procedimiento y protocolo**

Para la recolección de la información, se usará la plataforma de cuestionarios de Google y se aplicarán: la Escala de autoestima de Rosenberg y Test de Actitud Alimentaria (EAT 26) que tendrán una duración de aproximadamente 20 minutos

### **Duración**

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 20 minutos por persona.

### **Beneficios**

Al participar en esta investigación tendrá el beneficio de que podrá conocer si usted presenta riesgo de trastornos de conducta alimenticia

### **Confidencialidad**

La información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

### **Compartiendo los resultados**

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

### **A quien contactar:**

Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente correo electrónico [claudia.sarmiento@unl.edu.ec](mailto:claudia.sarmiento@unl.edu.ec) o al número de celular: 0939642062.

## 11.7. Anexo n° 7.

### Escala de autoestima de Rosenberg

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



#### DATOS DEL PACIENTE

Responda a las siguientes preguntas indicando la respuesta más adecuada

1. **Sexo:**  Femenino  Masculino
2. **Edad:** \_\_\_\_\_ años
3. **¿Ha sido diagnosticado de algún trastorno alimenticio como bulimia, anorexia, atracón (comer descontroladamente) o algún otro?**  
 Sí  
 No

En caso de marcar una Sí en la pregunta 3, por favor proceder a culminar con la encuesta.

#### Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)

La Escala de Autoestima de Rosenberg es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo"

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando la alternativa elegida.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## 11.8. Anexo n° 8.

### Test para Evaluar Trastornos Alimenticios (EAT-26)

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



### Test para Evaluar Trastornos Alimenticios (EAT -26)

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y es una modificación a su primera versión, conocida como EAT-40.

Esta es una medida de detección para ayudarlo a determinar si podría tener un trastorno alimentario que requiera atención profesional. Esta medida de detección no está diseñada para hacer un diagnóstico de un trastorno alimentario ni reemplazar una consulta profesional.

**Complete el siguiente formulario de la manera más precisa, honesta y completa posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.**

<b>Marque una respuesta para cada una de las siguientes afirmaciones:</b>	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						

7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

El EAT-26 se ha reproducido con permiso. Garner et al. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878



### 11.9. Anexo n° 9

#### Matriz de datos

DATOS GENERALES					ESCALA DE ROSENBERG		TEST PARA EVALUAR TRASTORNOS ALIMENTICIOS	
N°	Sexo	Edad	Curso	Consentimiento informado	Puntaje total	Interpretación	Puntaje Total	Riesgo
1	Hombre	15	1er bach.	SI	11	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
2	Mujer	17	2do bach.	SI	27	AUTOESTIMA NORMAL	27	Alto riesgo
3	Mujer	16	1er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	10	Bajo riesgo
4	Hombre	17	2do bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	20	Bajo riesgo
5	Mujer	16	2do bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
6	Mujer	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
7	Hombre	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
8	Hombre	14	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
9	Mujer	15	2do bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
10	Hombre	16	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
11	Mujer	16	2do bach.	SI	11	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
12	Hombre	16	2do bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
13	Hombre	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	6	Bajo riesgo
14	Hombre	16	1er bach.	SI	31	AUTOESTIMA NORMAL	8	Bajo riesgo
15	Mujer	16	2do bach.	SI	29	AUTOESTIMA NORMAL	15	Bajo riesgo
16	Hombre	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
17	Mujer	14	1er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
18	Hombre	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	15	Bajo riesgo
19	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	16	Bajo riesgo
20	Hombre	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
21	Mujer	16	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo

22	Mujer	15	2do bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	10	Bajo riesgo
23	Mujer	15	1er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
24	Hombre	18	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
25	Hombre	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	30	Alto riesgo
26	Hombre	18	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
27	Mujer	15	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
28	Mujer	15	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
29	Mujer	19	3er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	24	Alto riesgo
30	Mujer	16	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	10	Bajo riesgo
31	Hombre	17	3er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo
32	Mujer	14	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	16	Bajo riesgo
33	Mujer	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	19	Bajo riesgo
34	Mujer	17	3er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	25	Alto riesgo
35	Hombre	18	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
36	Hombre	19	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
37	Mujer	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
38	Mujer	15	1er bach.	SI	30	AUTOESTIMA NORMAL	21	Alto riesgo
39	Mujer	19	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
40	Mujer	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	24	Alto riesgo
41	Mujer	15	1er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
42	Hombre	17	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
43	Mujer	15	1er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
44	Hombre	17	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
45	Hombre	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
46	Hombre	17	3er bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	5	Bajo riesgo
47	Mujer	17	3er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
48	Hombre	16	2do bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo

49	Mujer	15	2do bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
50	Hombre	16	2do bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	7	Bajo riesgo
51	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
52	Mujer	16	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
53	Hombre	15	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
54	Mujer	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
55	Hombre	17	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
56	Mujer	17	3er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
57	Hombre	15	2do bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
58	Mujer	17	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
59	Mujer	18	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
60	Hombre	18	3er bach.	SI	10	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
61	Mujer	15	1er bach.	SI	27	AUTOESTIMA NORMAL	28	Alto riesgo
62	Hombre	15	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
63	Hombre	14	1er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
64	Mujer	15	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
65	Hombre	17	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
66	Hombre	15	1er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
67	Hombre	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
68	Hombre	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
69	Mujer	16	2do bach.	SI	12	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
70	Mujer	15	1er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	20	Bajo riesgo
71	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	18	Bajo riesgo
72	Hombre	17	2do bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
73	Mujer	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
74	Mujer	16	2do bach.	SI	11	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
75	Mujer	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	31	Alto riesgo

76	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
77	Hombre	16	3er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	23	Alto riesgo
78	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	17	Bajo riesgo
79	Hombre	16	2do bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
80	Hombre	15	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
81	Hombre	17	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	13	Bajo riesgo
82	Mujer	15	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	25	Alto riesgo
83	Mujer	16	2do bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
84	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
85	Hombre	15	2do bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
86	Mujer	16	2do bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo
87	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
88	Mujer	15	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	18	Bajo riesgo
89	Mujer	15	2do bach.	SI	12	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
90	Mujer	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
91	Mujer	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
92	Hombre	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
93	Mujer	16	3er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
94	Mujer	16	3er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	23	Alto riesgo
95	Hombre	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
96	Hombre	16	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
97	Mujer	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
98	Mujer	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
99	Hombre	17	3er bach.	SI	27	AUTOESTIMA NORMAL	4	Bajo riesgo
100	Mujer	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
101	Mujer	15	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	26	Alto riesgo
102	Mujer	18	2do bach.	SI	31	AUTOESTIMA NORMAL	17	Bajo riesgo

103	Hombre	17	2do bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
104	Mujer	15	2do bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo
105	Mujer	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
106	Mujer	16	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	15	Bajo riesgo
107	Mujer	17	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
108	Mujer	17	2do bach.	SI	29	AUTOESTIMA NORMAL	5	Bajo riesgo
109	Hombre	19	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
110	Mujer	18	3er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
111	Mujer	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
112	Hombre	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
113	Mujer	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
114	Hombre	14	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
115	Mujer	15	2do bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
116	Hombre	16	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
117	Mujer	16	2do bach.	SI	11	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
118	Mujer	16	2do bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
119	Hombre	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	6	Bajo riesgo
120	Mujer	16	1er bach.	SI	31	AUTOESTIMA NORMAL	8	Bajo riesgo
121	Hombre	16	2do bach.	SI	29	AUTOESTIMA NORMAL	15	Bajo riesgo
122	Mujer	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
123	Hombre	14	1er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
124	Mujer	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	15	Bajo riesgo
125	Mujer	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	16	Bajo riesgo
126	Hombre	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
127	Mujer	16	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
128	Hombre	15	2do bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	10	Bajo riesgo
129	Hombre	15	1er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo

130	Mujer	18	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
131	Hombre	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	30	Alto riesgo
132	Hombre	18	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
133	Hombre	15	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
134	Hombre	15	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
135	Mujer	19	3er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	24	Alto riesgo
136	Mujer	16	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	10	Bajo riesgo
137	Mujer	17	3er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo
138	Hombre	14	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	16	Bajo riesgo
139	Mujer	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	19	Bajo riesgo
140	Mujer	17	3er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	25	Alto riesgo
141	Mujer	18	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
142	Mujer	19	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
143	Hombre	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
144	Hombre	15	1er bach.	SI	30	AUTOESTIMA NORMAL	21	Alto riesgo
145	Hombre	19	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
146	Hombre	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	24	Alto riesgo
147	Hombre	15	1er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
148	Mujer	17	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
149	Mujer	15	1er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
150	Hombre	17	3er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
151	Hombre	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
152	Mujer	17	3er bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	5	Bajo riesgo
153	Hombre	17	3er bach.	SI	14	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
154	Mujer	16	2do bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
155	Mujer	15	2do bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
156	Mujer	16	2do bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	7	Bajo riesgo

157	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
158	Hombre	16	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
159	Mujer	15	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
160	Mujer	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
161	Hombre	17	3er bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
162	Hombre	17	3er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
163	Mujer	15	2do bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
164	Mujer	17	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
165	Hombre	18	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
166	Mujer	18	3er bach.	SI	10	AUTOESTIMA BAJA	9	Bajo riesgo
167	Mujer	15	1er bach.	SI	27	AUTOESTIMA NORMAL	28	Alto riesgo
168	Mujer	15	1er bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
169	Hombre	14	1er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
170	Mujer	15	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
171	Mujer	17	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
172	Mujer	15	1er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
173	Mujer	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
174	Mujer	16	3er bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	27	Alto riesgo
175	Hombre	16	2do bach.	SI	12	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
176	Mujer	15	1er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	20	Bajo riesgo
177	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	18	Bajo riesgo
178	Mujer	17	2do bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
179	Mujer	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	6	Bajo riesgo
180	Hombre	16	2do bach.	SI	11	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
181	Mujer	16	2do bach.	SI	28	AUTOESTIMA NORMAL	31	Alto riesgo
182	Mujer	15	1er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
183	Hombre	16	3er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	23	Alto riesgo

184	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	17	Bajo riesgo
185	Mujer	16	2do bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
186	Hombre	15	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	14	Bajo riesgo
187	Mujer	17	1er bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	13	Bajo riesgo
188	Hombre	15	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	25	Alto riesgo
189	Hombre	16	2do bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
190	Hombre	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	21	Alto riesgo
191	Mujer	15	2do bach.	SI	15	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
192	Hombre	16	2do bach.	SI	22	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo
193	Mujer	15	1er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
194	Hombre	15	1er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	18	Bajo riesgo
195	Hombre	15	2do bach.	SI	12	AUTOESTIMA BAJA	8	Bajo riesgo
196	Hombre	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
197	Mujer	16	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
198	Mujer	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	2	Bajo riesgo
199	Mujer	16	3er bach.	SI	18	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
200	Hombre	16	3er bach.	SI	26	AUTOESTIMA NORMAL	23	Alto riesgo
201	Hombre	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	0	Bajo riesgo
202	Hombre	16	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
203	Mujer	17	3er bach.	SI	25	AUTOESTIMA BAJA	3	Bajo riesgo
204	Mujer	17	3er bach.	SI	19	AUTOESTIMA BAJA	12	Bajo riesgo
205	Mujer	17	3er bach.	SI	27	AUTOESTIMA NORMAL	4	Bajo riesgo
206	Mujer	16	2do bach.	SI	23	AUTOESTIMA BAJA	5	Bajo riesgo
207	Hombre	15	2do bach.	SI	17	AUTOESTIMA BAJA	26	Alto riesgo
208	Mujer	18	2do bach.	SI	31	AUTOESTIMA NORMAL	17	Bajo riesgo
209	Mujer	17	2do bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	7	Bajo riesgo
210	Mujer	15	2do bach.	SI	20	AUTOESTIMA BAJA	11	Bajo riesgo



211	Hombre	16	2do bach.	SI	24	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
212	Hombre	16	3er bach.	SI	16	AUTOESTIMA BAJA	15	Bajo riesgo
213	Mujer	17	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo
214	Mujer	17	2do bach.	SI	29	AUTOESTIMA NORMAL	5	Bajo riesgo
215	Mujer	19	3er bach.	SI	21	AUTOESTIMA BAJA	4	Bajo riesgo
216	Mujer	18	3er bach.	SI	13	AUTOESTIMA BAJA	1	Bajo riesgo