



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**MODALIDAD PRESENCIAL
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES COMPRENDIDOS
DESDE 12 A 18 AÑOS DE EDAD DE LOS COLEGIOS
FISCALES DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO
ABRIL – AGOSTO DEL 2009**

**TESIS DE FIN DE CARRERA PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE: MÉDICO**

DIRECTORA: DRA. MARÍA ROSA VÉLEZ BURNEO

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2011



3. CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Doctora

María Rosa Vélez Burneo

DIRECTORA DE TESIS

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado “Trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes comprendidos desde 12 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja en el periodo abril agosto del 2009”, realizado por la estudiante Andrea Cecibel Quevedo Amay, ha sido supervisado y revisado el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Loja, 11 de octubre de 2011

Dra. María Rosa Vélez Burneo

Directora de tesis



4. AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, resultados, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autora.

Loja, 11 de octubre 2011

.....

Andrea Cecibel Quevedo Amay

Autora



5. DEDICATORIA

*Quiero dedicarle este trabajo
A Dios que me ha dado la vida y fortaleza
para terminar este proyecto de investigación,
A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité;
En especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación.*



6. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.



7. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS

Yo, Andrea Cecibel Quevedo Amay declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

.....
Andrea Cecibel Quevedo Amay

Autora

.....
Dra. María Rosa Vélez Burneo

Directora de tesis



8. ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	PAG INA
1. PORTADA	I
2. CARÁTULA	II
3. CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR	III
4. AUTORÍA	IV
5. DEDICATORIA	V
6. AGRADECIMIENTO	VI
7. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS	VII
8. ÍNDICE DE CONTENIDOS	VIII
9. RESUMEN	10
10. INTRODUCCIÓN	12
11. OBJETIVOS	18
11.1.OBJETIVO GENERAL	18
11.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
12. METODOLOGÍA	19
13. DESARROLLO DE LA TESIS	25
13.1.TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	25
13.1.1. ANOREXIA NERVIOSA	26
13.1.1.1. DIAGNOSTICO	30
13.1.1.2. ALTERACIONES	33
13.1.1.2.1. ALTERACIONES ENDOCRINO METABÓLICAS	33
13.1.1.2.2. ALTERACIONES DIGESTIVAS	34
13.1.1.2.3. ALTERACIONES CARDIACAS	34
13.1.1.2.4. ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS	34
13.1.1.2.5. PERDIDA DE MASA ÓSEA	34
13.1.1.3. MANEJO NUTRICIONAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA	35
13.1.2. BULIMIA NERVIOSA	37
13.1.2.1. DIAGNÓSTICO	38
13.1.2.2. TIPOS	40
13.1.2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	40
13.1.2.4. COMPLICACIONES METABÓLICAS	42
13.1.2.5. TRATAMIENTO	43
13.1.2.5.1. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO	43
13.1.2.5.2. REINICIAR DIETA ORAL	43
13.1.2.5.3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	43
13.1.3. COMER EN ATRACONES	44
13.1.3.1. DIAGNÓSTICO	45
14. RESULTADOS	46



14.1.1. TOTAL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO	46
14.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FEMENINA	47
14.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MASCULINA	48
14.1.4. FACTORES INFLUYENTES EN LA ALIMENTACIÓN	49
14.1.5. TOTAL DE PRESENTACIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	50
14.1.6. RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL.	51
14.1.7. SIGNOS Y SÍNTOMAS A EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIO.	52
14.1.8. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN ANOREXIA.	52
14.1.9. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN BULIMIA.	53
14.1.10. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN COMER EN ATRACONES.	54
14.1.11. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO.	55
14.1.12. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO.	56
14.1.13. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA.	57
14.1.14. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO BERNARDO VALDIVIESO.	58
14.1.15. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS COLEGIOS FISCALES.	59
14.1.16. RELACIÓN DE EDAD Y ANSIEDAD.	60
14.1.17. RELACIÓN DE EDAD Y DEPRESIÓN.	61
14.1.18. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.	62
14.1.19. RELACIÓN DE GÉNERO Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.	63
14.1.20. RELACIÓN DE GÉNERO Y DEPRESIÓN	64
14.1.21. RELACIÓN DE GÉNERO Y ANSIEDAD.	65
15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
15.1. CONCLUSIONES	66
15.2. RECOMENDACIONES	68
16. BIBLIOGRAFÍA	71
17. ANEXOS	76
17.1.1. OFICIOS	76
17.1.2. ENCUESTAS	77
17.1.2.1. ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (ECA)	77
17.1.2.2. ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD	81
17.1.2.3. ESCALA DE ZUNG PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	82
17.1.2.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS: CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
17.1.3. FOTOGRAFÍAS.	84



9. RESUMEN

El manual para estadística de diagnósticos en psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría, reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y su figura corporal. La categoría diagnóstica se denomina como trastornos de la conducta alimentaria y se subdividen en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos no especificados.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los trastornos de comportamiento alimentario en escolares de la ciudad de Loja, su relación con estados de depresión, ansiedad, y así mismo con la edad y sexo.

Los alumnos de secundaria de cuatro colegios que aceptaron participar, respondieron la encuesta de comportamiento alimentario, test de ansiedad y depresión. Aquellos con resultados positivos de ansiedad y depresión y trastornos de conducta alimentaria fueron entrevistados para diagnóstico de trastornos de comportamiento alimentario. Todos respondieron encuestas de depresión, ansiedad y test de comportamiento alimentario.

Se encuestaron 1597 escolares, de ellos 72 presentaron trastornos de la conducta alimentaria correspondiendo al 0.13 por ciento de anorexia, bulimia nerviosa 0,81 por ciento, trastornos de comportamiento alimentario no especificados 0,75 por ciento y comer en atracones 2,82 por ciento. Los escolares con trastornos de comportamiento alimentario tuvieron puntuaciones mayores de ansiedad y depresión, sin embargo no todos ellos tenían una mala percepción de su imagen corporal.



La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en escolares de nuestra ciudad, se presenta en porcentajes bajos, los mismos que se relacionan con ansiedad, depresión dado por problemas familiares, así consideramos a la familia como un factor esencial, pero no en sí suficiente como para justificar la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria; es el resultado de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso, que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.



10. INTRODUCCIÓN:

Hoy en día, los jóvenes están más preocupados que nunca por estar delgados, por parecerse a sus artistas favoritos, por ser el más guapo... y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa para conseguirlo. Cada vez nos enteramos de más personas que hacen dieta y en el mercado hay más y más alimentos light, reducidos en grasa, bajo en calorías, etcétera. Hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse “sanamente” está de moda; y nadie quiere estar pasado de peso.¹

Son muchos los motivos por los cuales los jóvenes están interesados en verse bien, por ejemplo, creen que su atractivo depende de su delgadez, y que si son atractivos, les será más fácil alcanzar sus objetivos, ser exitosos, tener amigos, encontrar novio o novia y ser aceptados por sus familias y por quienes los rodean.

También es cierto que los adolescentes aún no han terminado de conformar un conocimiento sólido de ellos mismos, que eso les dificulta asumir posturas claras e inamovibles ante los conflictos del entorno que se sienten inseguros de sus posibilidades y temerosos del futuro. Sin embargo, como su mundo interior es, en la mayor parte de los casos, caótico e incomprensible ante sus ojos, suelen buscar la satisfacción de sus necesidades en cosas externas, razón por la cual la apariencia física y la aceptación de los demás cobran tanta importancia haciéndose son más vulnerables a trastornos alimentarios.²

En los últimos años se ha escrito sobre las características biológicas, psicológicas y sociales de los trastornos alimentarios, pero resulta difícil identificar las causas de

¹ Behar A R, De la Barrera CM, Michelotti CJ. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Méd Chile 2006.

² Behar A R. Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev Méd Chile 1998



estos trastornos ya que los mismos están multideterminados. Las restricciones en la dieta, el deseo de estar delgado, el miedo intenso de ser obeso y la vulnerabilidad a los estereotipos culturales, son rasgos que se presentan en la mayoría de los pacientes.

La incidencia de estas alteraciones va aumentando dramáticamente en las sociedades occidentales, afectando principalmente a las mujeres, en especial, a aquellas que están muy preocupadas por su peso y cuerpo. La alteración de la imagen corporal constituye un componente importante en los trastornos alimentarios.

El manual para estadística de diagnósticos en psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M.-IV)³, reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal.

La categoría diagnóstica se llama trastornos del apetito, pero es más preciso denominarlos como trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y se subdividen en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los trastornos no específicos (NOES). Dentro del manual, también se establece para cada uno de los trastornos, criterios que tratan de estandarizar el diagnóstico.

Se entiende por trastornos alimentarios: “aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que los pacientes hacen para controlar su cuerpo y peso corporal” (Perpiña. 2004)

³APA. American Psychiatric Association. 2004. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington D.C.



Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes son un serio problema de salud pública que ha ido en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad. Es importante una detección precoz, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico.

Los adolescentes, además de estar expuestos a modas alimenticias pasajeras y a las tendencias a adelgazar, suelen saltarse comidas y desarrollar hábitos alimenticios irregulares. Una de las comidas que se saltan más frecuentemente es el desayuno. Hay estudios que demuestran que el desayuno tiene una importancia vital para proporcionar la energía y los nutrientes necesarios después del ayuno nocturno, y que contribuye a una mayor concentración y rendimiento en el colegio.

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. Alrededor del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis, pero no así en su etiopatogenia lo que es más complejo. (Striegel-Moore, 2005)

Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana.⁴

A la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. Esta situación se observa con mayor frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la

⁴ Carrasco E: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Salvador, 2000.



monárquica focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social, tendencia que se acentúa durante la adolescencia.⁵

Por otro lado, los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres.

Tomando en cuenta que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico a estas edades, como la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves que produce en la salud física del adolescente, se puede deducir la importancia que tiene el apropiado conocimiento y manejo de estas patologías.

La etiología de estos trastornos es compleja y no está totalmente resuelta. Existiría una combinación de factores tales como los biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos); como sociales (sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética). En las pacientes bulímicas las familias son más conflictivas, presentando sentimientos negativos e inestables.⁶

Los síntomas de la anorexia se pueden manifestar desde los 10 a los 30 años, pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. El comienzo generalmente pasa desapercibido para la familia. A veces la decisión de bajar de peso va precedida por un evento precipitante, que no siempre es reconocido por la paciente o su familia.

⁵ Urrejola P, Zubarew T: Trastornos de la conducta alimentaria. Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Ediciones Universidad Católica 2003.

⁶American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV): American Psychiatric Association, Washington, DC, 2004



Pronto las conductas tendientes a disminuir la ingesta se organizan. No comen con la familia, esconden alimentos, sistematizan lo que está permitido y prohibido comer, y a veces se asocia al uso de algunos medicamentos, a la inducción de vómitos y de ejercicio intenso.

La característica central de la bulimia nerviosa es la alternancia de períodos de restricciones alimentaria con períodos de ingestión voraz, seguidos de vómitos autoinducidos y uso de laxantes. En muchos casos el cuadro se inicia a partir de una dieta para adelgazar y luego se instalan los síntomas descritos.

Típicamente los atracones se realizan en forma oculta, con gran vergüenza en caso de ser descubiertos. Tragan la comida sin saborearla. El atracón finaliza debido al malestar físico que produce o por factores externos.

Al igual que en las anoréxicas, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, lo que le produce gran ansiedad. Los métodos de eliminación de lo ingerido son los vómitos autoinducidos (>85%), el uso de laxantes (<15%), de diuréticos (muy raro); el ejercicio (60%); y el ayuno (30%). Generalmente consultan cuando llevan meses o años con este problema.⁷

Esta investigación pretende conocer la prevalencia de los trastornos alimentarios en escolares adolescentes lojanas de los colegios fiscales y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas.

⁷Rafael Salín Pascual. 2007. Bases bioquímicas y farmacológicas de la Neuropsiquiatría. México. pp 302-311



Los resultados permitirán alertar a los profesionales de la salud de los factores de riesgo, signos y síntomas de estos trastornos, a fin de realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado y desde la perspectiva de la salud pública esta investigación sentará las bases para el diseño e implementación de intervenciones preventivas acordes a nuestra realidad.



11. OBJETIVOS:

11.1. **Objetivo General**

11.1.1. Determinar la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario y su asociación con el género, edad, rasgos de ansiedad y depresión en estudiantes de los colegios fiscales de la ciudad de Loja.

11.2. **Objetivos Específicos**

11.2.1. Determinar las características de la población de jóvenes entre 12 a 18 años, en cuanto a, edad, peso y talla.

11.2.2. Identificar los factores que influyen en la alimentación de los jóvenes de 12 a 18 años de los colegios fiscales de la ciudad de Loja.

11.2.3. Analizar la relación entre trastornos del comportamiento alimentario con ansiedad, depresión y percepción de imagen corporal

11.2.4. Conocer los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario presentes en los estudiantes de los colegios.



12. METODOLOGÍA:

Los estudiantes de los colegios fiscales de la Ciudad de Loja presentan sintomatología relacionada con trastornos de la conducta alimentaria. La presencia de estos trastornos se relaciona con depresión, estrés o ansiedad.

12.1. Tipo de estudio: observacional descriptivo transversal.

12.2. Universo: total de estudiantes: 5453

12.3. Muestra:

Se seleccionó los planteles educativos fiscales con bachillerato completo de la ciudad de Loja, al azar de acuerdo al interés generado, mediante propuestas realizadas directamente a las directivas o a las juntas de padres de familia de los establecimientos educativos.

Los colegios elegidos finalmente, luego de una oferta del estudio fueron: Colegio Pío Jaramillo Alvarado, Colegio Beatriz Cueva De Ayora, Colegio Bernardo Valdivieso, Colegio 27 de febrero.

COLEGIO	NUMERO DE ESTUDIANTES
Colegio Pío Jaramillo Alvarado	941
Colegio Beatriz Cueva De Ayora	1649
Colegio Bernardo Valdivieso	1978
Colegio 27 de febrero	885
TOTAL	5453

Tamaño De La Muestra

UNIVERSO: 5453

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 1597



ECUACIÓN DE LA MUESTRA:⁸

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

$$n = 1.96^2 \frac{0.37(1-0.37)}{0.0004^2}$$

$$n = 1597$$

Para la selección de estudiantes se utilizó el muestreo aleatorio sistemática en donde se aplicó la siguiente fórmula:

INTERVALO DE MUESTREO⁹

$$k = \frac{\text{número de sujetos que constituyen el universo}}{\text{número de sujetos que requiere para la muestra universo}}$$

Se sorteo el primer número y luego a dicho número y en forma sucesiva se sumó el valor del intervalo, obteniendo sistemáticamente los siguientes números, hasta completar la muestra requerida.

12.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	RANGO	INDICADOR
Edad	Años cumplidos	12 – 18 años de edad	f, %
Género	Masculino o femenino	Masculino o femenino	f, %
Curso	Nivel actual	Nivel básico y bachillerato	f, %
Peso	Medido en báscula en kg.	Rango no definido	f, %
Talla	Medido en cinta métrica en cm.	Rango no definido	f, %
Índice De Masa Corporal	Peso dividido por la talla elevada al cuadrado (P/T ²).	Rango no definido	f, %
ECA Positivo	Cuestionario que incluye diferentes aspectos como actitudes hacia la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos.	Mayor o igual a 23	f, %

⁸⁻⁹ Escobar Luis. Investigación científica para médicos. Manual de instrucción con la aplicación del aprendizaje basado en problemas. 3° edición. 1999.



Escala De Hamilton Para La Ansiedad	Escala de cuantificación de los estados, síntomas y conducta, para la clasificación de la ansiedad.	Puntaje mayor o igual a 18	f, %
Escala De Zung Para La Depresión	Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, da mayor peso al componente somático – conductual de trastorno depresivo.	Puntaje mayo o igual a 60.	f, %
TCA	De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	Sí o No. De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	f, %
Anorexia	De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	Sí o No. De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	f, %
Bulimia	Relacionado con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	Sí o No. De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	f, %
TAC NOES	De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	Sí o No. De acuerdo con diagnostico realizado en entrevista según cirterios del DSM – IV.	f, %

12.5. Área de investigación:

Los estudiantes en la edad comprendida ente 12 a 18 años de edad, que corresponden al nivel de educación básica y bachillerato en sus distintas especialidades, de los colegios fiscales de la ciudad de Loja; establecimientos ubicados en la zona urbana de la ciudad de Loja.

12.6. Métodos y Técnicas de recolección de datos:

12.6.1. *Encuesta sobre comportamiento alimentario (ECA)* es un cuestionario que incluye diferentes aspectos como actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimentarios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos. En el cuestionario, estos aspectos son explorados en forma sucinta ofreciendo los patrones más comunes dentro de la población y también aquellos que se alejan de la misma, los cuales frecuentemente van en contra de los aspectos biológicos y psicológicos del



individuo. Sensibilidad y especificidad de la encuesta de comportamiento alimentario (ECA): S: 92,6%; E: 76,7%; V.P.P: 75,9%; V.P.N: 92,9%.¹⁰.

12.6.2. *Escala de Hamilton para la clasificación de la ansiedad*, Validez de Escala de Hamilton para clasificación de ansiedad: sensibilidad: 94 % y especificidad: 75%. (Martínez R. Bourgeois M.. Estudio de validación de la escala de depresión Montgomery y Asber. Revista de Neopsiquiatria 2001)¹¹.

12.6.3. *Escala de depresión de Zung (EAD)*, Validez de Escala de Zung de Depresión: sensibilidad: 85 % y especificidad: 75%. (Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los transtornos angustiosos y depresivos. Madrid, 1984.)¹².

12.7. Procedimiento:

El estudio se realizó en un periodo de 12 meses, partiendo desde su planificación hasta el informe de resultados.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en tres meses, abarcando desde la fase de preparación de encuestas y test, tanto en el análisis de su contenido como en la interpretación del mismo hasta la revisión y organización de los instrumentos, además se tomaron medidas antropométricas de peso y talla de los estudiantes participantes, utilizando una balanza y una cinta métrica.

¹⁰ Ángel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre Julio/94 y Diciembre/95. Acta Med Colomb. 2007.

¹¹ Marder SR. Escalas de calificación psiquiátrica. En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.). Tratado de psiquiatria / VI. 2 ed. Buenos Aires: Intermédica Editorial, 2006. Vol I, p 581

¹² Biggs JT. Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. Br J Psychiatry. 1978 Apr;132:381-5.



Los instrumentos que se aplicaron fueron: la encuesta de comportamiento alimentario (ECA), Escala de Hamilton para la clasificación de la ansiedad⁸ y la Escala de depresión de Zung (EAD)⁹

Inicialmente se aplicó la ECA a todos los estudiantes de bachillerato de dichos planteles, junto con las de depresión, ansiedad.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de los respectivos planteles, en horarios acordados con los estudiantes y profesores hasta completar la muestra a partir de abril hasta agosto del 2009.

En caso de confirmarse la existencia de TCA se ofreció talleres para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario desde el ámbito educativo

La tabulación y análisis de datos fue manual y realizada por la investigadora, así como la recolección de los datos.

12.8. Plan de tabulación y análisis:

Plan de tabulación:

Luego de la recolección de datos se realizó su procesamiento y codificación y se almacenó en una base de datos utilizando los paquetes estadísticos como Excel/10, para realizar tabulación y análisis estadístico.

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva tales como: mediana, promedio aritmético, desviación estándar, distribución de frecuencias y pruebas de significancia de las diferencias encontradas tales como el análisis de varianza, correlación y regresión logística y lineal.

Las variables se categorizaron en los siguientes grupos:



- Población femenina y masculina.
- Características de la población en relación a edad, sexo y medidas antropométricas de talla, peso e IMC.
- Factores influyentes en la alimentación de los estudiantes.
- Relación entre su imagen corporal, ansiedad, depresión y los trastornos de la conducta alimentaria.
- Sintomatología que presenta en los trastornos de conducta alimentaria.

Plan de análisis:

El análisis es de tipo descriptivo y analítico, se utilizó la distribución de frecuencia, porcentaje y tasas de incidencia y prevalencia para la determinación de la magnitud y características de la problemática estudiada.

12.9. Consideraciones éticas:

A todos los sujetos se les explicó los objetivos del estudio en forma verbal y se entregó un formato que los describe, incluyendo los riesgos y el compromiso de los investigadores, el cual fue firmado en caso de dar su consentimiento, antes del inicio del estudio.

El proyecto de investigación concuerda con los principios universales de la ética en investigación con seres humanos¹³ y es una investigación de riesgo mínimo. A todos los sujetos que serán diagnosticados con trastornos y que ameriten consulta especializada por psiquiatría o psicología, se les ofrecerá la posibilidad de asesoría.

¹³Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No 008430: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Rev Col Psiquiatría. 2006.



13. DESARROLLO DE LA TESIS

13.1. Capítulo 1: TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estíma, que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez.¹⁴

Los TCA no son una patología moderna ni un problema nuevo, ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, por el contrario, es la virulencia con la que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético.

Los TCA han existido siempre y hay descripciones de ellos a lo largo de la historia. Ya en el Corpus Hipocraticum (conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos, 460-377ac) se recoge: "Los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada".¹⁵
093543014

Galeno en el 155 describe un cuadro de adelgazamiento morboso y la kynos orexia o hambre canina como sinónimo de la bulimia. En la civilización romana era habitual en banquetes y fiestas la ingesta masiva de alimentos, seguida de conducta purgante.

¹⁴ Saucedo T. y N. Cantú. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *Psicol Soc Mex.* 2002 Pp 128-133

¹⁵ Rodríguez, M. C. Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría 2005, PP 327-331.*



Posteriormente en la edad media y hasta nuestros tiempos, diversos autores (Morton, Gull, Lassègue, Crip, Palazzoli, Spitzer...) describen y definen la anorexia y la bulimia nerviosas.

Por tanto, puede concluirse que los TCA han existido siempre, pero la historia nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la medicina y otras disciplinas, ya que, siendo una enfermedad de clínica y sintomatología constante y clara, la etiopatogenia ha sido un enigma cambiante.

A nivel psicopatológico, y siguiendo la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, se distingue la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y una categoría residual donde se puede destacar el trastorno por atracones, quedando éste último como propuesta para la investigación.¹⁶

13.1.1. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa no es una afectación nueva, existiendo referencias ya en el siglo II, en 1694, 1767 o 1783. En 1874 Lasegue y Gull individualizaron perfectamente el síndrome desde el punto de vista clínico y de sus riesgos evolutivos, habiendo existido variaciones, según las épocas, en cuanto a su fisio o psicopatología.¹⁷

Este cuadro clínico bajo la denominación de "consumación nerviosa" fue descrito por vez primera, en 1694, por el médico estadounidense Richard Morton. De forma casi paralela, fue individualizado nosológicamente, en 1873, por el psiquiatra francés Charles Lasegue,

¹⁶ **García-Camba E.** 2007. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 79 pp.

¹⁷**Vásquez R, Angel LA, Calvo JM, Moreno N.** Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. Rev Fac Med UN Col. 2009;47:190-6.



bajo la denominación de "anorexia histérica", y en 1874, por el psiquiatra británico William W. Gull, quien crea el término de "anorexia nerviosa".

Fue objeto de escasa atención por el reducido número de casos y considerado un síndrome neurótico. En la década de los 70 empieza a observarse un fuerte aumento de casos, despertando el interés de los clínicos e investigadores. Así, será en 1980 en el DSM-III cuando queda como síndrome perfectamente individualizado.¹⁸

En base al DSM-IV (1994), la anorexia nerviosa se caracteriza por: (a) la negativa a mantener un peso adecuado para la edad y talla del sujeto, no alcanzándose el 85% del peso ideal, (b) una preocupación obsesiva por el peso, la silueta y la posibilidad de engordar, (c) una distorsión de la imagen corporal, así el sujeto se ve gordo a pesar de estar emaciado y (d) presencia de alteración endocrina que en la mujer se manifiesta por la amenorrea durante 3 ciclos consecutivos y en el hombre, tal como señala la CIE-10, por la pérdida del deseo y la potencia sexual.¹⁹

Se distinguen 2 subtipos: anorexia restrictiva (no aparecen atracones ni purgas) y compulsiva/ purgativa (aparecen con frecuencia atracones o purgas).

Como factores de inicio de la enfermedad se pueden citar los siguientes:²⁰

- Sobrevaloración de la delgadez, convirtiéndose el estar delgado en la base de la autovaloración en un periodo de frustración y crisis, por ejemplo al verse la persona

¹⁸ **Toledo, M.**, Ferrero, J. Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E.. Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2009 pp, 38-48.

¹⁹ **García-Camba E.** 2007. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 79 pp.

²⁰ **Vásquez R, Angel LA, Calvo JM, Moreno N.** Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. *Rev Fac Med UN Col.* 2009;47:190-6.



sobrecargada de estresores que minen su autoestima y aumenten la sensación de dependencia, tales como fracaso escolar o estancia prolongadas fuera de casa.

- ❖ Pérdida fuerte de peso, ya sea por enfermedad o exceso de ejercicio, con una eficaz negación y aislamiento de la sensación de hambre, ante el refuerzo social y unos valores de grupo de delgadez.

- ❖ Conflictos de individuación; es decir de autoafirmarse y definirse como independiente del ambiente familiar, convirtiéndose el estar delgado en la base de la autoafirmación y poder de negativa ante la demanda e intromisión materna, especialmente en familias sobreprotectores o sobreimplicadas afectivamente sin dejar espacio para el desarrollo personal de sus miembros. Así, la negativa a comer surge como protesta contra una familia que coarta el desarrollo e independencia del sujeto.

- ❖ Conflictos con la apariencia sexual del cuerpo que aparece con la pubertad. Ya sea un duelo no realizado por la pérdida de la protección infantil, ya sea un deseo de uno o de los dos padres de que la hija no crezca para poderla retener y controlarla como a una niña. Por lo que la cuestión de la delgadez se convierte en el medio de conservar un cuerpo infantil.

- ❖ Holland, Hall y Murray (1984) hallaron una concordancia entre gemelos homocigóticos del 55% y en heterocigóticos del 7%, lo que apoya la intervención de un factor genético. Hudson, Pope, Yurgelun-Todd et. al. (1987) señalan que el factor genético estaría relacionado con una vulnerabilidad a trastornos afectivos, muy frecuentes como antecedentes familiares.



Como factores mantenedores señalamos los siguientes:²¹

- ❏ Necesidad no ganar peso y mantener la restricción alimentaria: Se suele decir que no toda persona puede convertirse en anoréxica, sino que existe una disposición genética para serlo. Dicha disposición está relacionada con un mayor control y aislamiento de la sensación de hambre y está asociada con antecedentes familiares de trastornos depresivos melancólicos. En la mayoría de las personas que bajan de peso, al principio, según pierden kilos, se pierde el hambre. Ello se debe al aumento de los cuerpos cetónicos en sangre que inhiben el apetito.
- ❏ La preocupación obsesiva por el peso y la silueta va en aumento. Se atribuye a un aumento del humor depresivo, reducción de la actividad serotoninérgica e hipoactividad frontal.
- ❏ Alexitimia o incapacidad para expresar emociones: Se desarrolla un aislamiento de las sensaciones corporales y de las emociones defensivo o se acentúa éste si ya estaba presente como rasgo caracterial. Se inhibe la fantasía y el pensamiento se orienta hacia referentes externos, ignorando su mundo vivencial interno. Precisamente, la pérdida de conciencia emocional y corporal hace más efectiva la negación del hambre y de la situación de ruina personal a la que conduce la enfermedad.
- ❏ En la medida que la joven se va desadaptando y fracasa en sus metas de desarrollo personal, la enfermedad se convierte en su único sentido de vida a modo de adicción comportamental y justificación de su situación vital.

²¹ **Vásquez R, Angel LA, Calvo JM, Moreno N.** Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. Rev Fac Med UN Col. 2009;47:190-6.



Una vez que se inicia el trastorno, especialmente si la disposición genética lo facilita, la restricción alimentaria y el no ganar peso se convierte en necesidad para no sucumbir a la voracidad y caer en la obesidad. Cada vez el sujeto se aísla más de su cuerpo para ignorar sus necesidades.

El eje de toda su vida pasa a ser el mantenerse delgado. Toda su actividad se reduce a las estrategias para mantener ese bajo peso, llenando una vida vacía y absurda, y justificando su fracaso evolutivo.

13.1.1.1. Diagnóstico

El diagnóstico es fácil en los casos evolucionados; actualmente los criterios que se siguen son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) y los elaborados por la OMS en 1992 (CIE-10) (tabla I).²²

Dada la importancia del diagnóstico precoz, para prevenir las complicaciones propias de la evolución, el diagnóstico de sospecha se debe valorar en todos aquellos pacientes prepúberes o adolescentes, especialmente si son del sexo femenino, que presenten alguna de las siguientes características:

²² **Unikel C**, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2007; 25(2).



- ☒ Realización de dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- ☒ Periodos de semiayuno alternados con ingesta normal.
- ☒ Miedo exagerado al sobrepeso o a la ganancia ponderal.
- ☒ Rechazo de la propia imagen corporal.
- ☒ Valoración del peso o figura como prioridad.
- ☒ Valoración de los alimentos exclusivamente en relación con la ganancia ponderal.

Tabla 1

DSM-IV

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso por debajo del 85% del esperado).

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

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, o presencia de menstruaciones únicamente con tratamiento hormonal).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.



CIE -10

El diagnóstico de la anorexia debe hacerse de manera que estén presentes todas las siguientes alteraciones:

- A.** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17,5) o de la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento
- B.** La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
- vómitos autoprovocados
 - purgas intestinales
 - ejercicio excesivo
 - consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- C.** Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D.** Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E.** Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Durante el proceso anoréxico se van desarrollando unos hábitos alimentarios anómalos y una sintomatología digestiva dominada por la sensación de plenitud, meteorismo y abdominalgias, atribuidas en parte a un trastorno funcional y en parte a la alteración de las percepciones interoceptivas relacionadas con la esfera del apetito y la saciedad como manifestación de alteración en la síntesis de neurotransmisores cerebrales.



La anorexia nerviosa es un modelo de malnutrición energético-proteica (MPE), de predominio energético, de instauración lenta y progresiva, con escasa repercusión en la analítica rutinaria, dado que el organismo realiza un proceso de adaptación.

En la valoración nutricional, se observa una disminución de parámetros antropométricos, como peso, talla, masa grasa, masa muscular, índice de masa corporal (IMC) e índice peso/talla, un déficit importante del pliegue tricipital y de la circunferencia del brazo.

En la exploración observamos los signos clínicos propios de la MPE y su repercusión sobre órganos y sistemas.

13.1.1.2. Alteraciones.²³

13.1.1.2.1. Alteraciones endocrino metabólicas

- ❑ Eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo: disminución de T3, con T4 y TSH normales.
- ❑ Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal: niveles bajos de estrógenos y gonadotropinas con inversión de relación LH/FSH y falta de respuesta al estímulo agudo con GnRH.
- ❑ Prolactina: niveles basales disminuidos en ocasiones.
- ❑ Hormona de crecimiento: se encuentra elevada por disminución de IGF-I.
- ❑ Insulina y glucagón: insulina descendida y glucagón elevado.
- ❑ Eje hipotálamo-hipófiso-adrenal: cortisol basal elevado.

²³ **García-Camba E.** Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. 2007. Editorial Masson.



- Hipercolesterolemia: A base de colesterol LDL de causa desconocida, aunque se cree debido a disminución de T3 o a la excreción biliar disminuida.
- Hipercarotinemia: debido al aumento de transporte por las lipoproteínas.
- Hiperaminoacidemia con alteración de relación Phe/Tyr, Met/Cys y Gly/Val.

13.1.1.2.2. Alteraciones digestivas

- Gastroparesia con retraso del vaciamiento gástrico.
- Estreñimiento.
- Meteorismo.

13.1.1.2.3. Alteraciones cardiacas

- Bradicardia e hipotensión.
- Prolapso mitral.
- Disminución de la silueta cardiaca, del ventrículo izquierdo y del índice cardíaco.
- Inversión de onda T.

13.1.1.2.4. Alteraciones hematológicas

- Anemia leve.
- Disminución de la acción bactericida y de la adherencia de los granulocitos.
Disminución de linfocitos CD4 y CD8.
- Disminución de niveles séricos de complemento.

13.1.1.2.5. Pérdida de masa ósea

- Pérdida rápida y permanente y sólo reversible parcialmente. Posiblemente en relación con el déficit de estrógenos, hipercortisolismo y la disminución de IGF-I. Se correlaciona directamente con el tiempo de amenorrea.



13.1.1.3. Manejo nutricional de la anorexia nerviosa²⁴

El control de la anorexia nerviosa se ha de realizar por medio de un equipo multidisciplinario, cuyos objetivos son:

- Corregir la malnutrición y sus secuelas.
- Actuar sobre la problemática psicológica, comportamental, social y familiar, que ha iniciado o mantiene el proceso.

La recuperación del estado nutricional óptimo es una meta prioritaria en el manejo de estos enfermos. Los objetivos nutricionales inmediatos son:

- Restablecer pautas de alimentación normales.
- Recuperar el peso perdido.
- Adecuar el peso a la talla.
- Evitar recaídas.

En la valoración del paciente con anorexia nerviosa, debemos estar atentos a la presencia de signos de alerta, lo cual puede hacernos variar el criterio de tratamiento ambulatorio o en régimen de ingreso hospitalario; estos signos son:

- Rapidez extrema en la pérdida de peso.

²⁴ **García-Camba** E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. 2007 Editorial Masson.



- Tendencia a la hipotensión, pudiéndose asociar bradicardia por debajo de 50 latidos/ minuto.
- Presencia de hipotermia mantenida.
- Hipopotasemia inferior a 2,5 mEq/l.
- Cambios en el estado de conciencia, presentando apatía y gran postración.
- Presencia de vómitos.

Basamos nuestra actuación en cuatro fases:

- **Fase I**

En la cual corregimos el trastorno agudo, es decir, deshidratación, diselectrolitemias y alteraciones del equilibrio ácido-base.

- **Fase II**

Iniciamos la realimentación del paciente, en un primer momento adecuando las necesidades calóricas al peso que presenta el enfermo para ir aumentando cada 24 horas, según tolerancia, a las necesidades de su peso ideal en relación con su talla; inicialmente se ha de intentar efectuar una nutrición oral, lo cual conseguimos con una dieta calóricamente adecuada más un suplemento nutricional que ofrezca una densidad calórica de 1 kcal/ml o 1,2 kcal/ml. En los casos de rechazo manifiesto o presencia de vómitos, se instaura una alimentación enteral por sonda nasogástrica o nasoduodenal; nunca rebasaremos inicialmente un volumen de 2.000 ml al día.



- **Fase III**

Una vez el paciente se encuentra en una franca recuperación de su peso ideal, se inicia una reeducación nutricional con el fin de lograr estabilizar el trastorno y lograr los objetivos ponderales que corresponden a la paciente; logrado este objetivo, se pasa a la fase IV.

- **Fase IV**

Alta hospitalaria, con controles ambulatorios de su estado nutricional y educación de sus hábitos alimentarios.

En la actualidad, aunque existe la posibilidad de una alimentación parenteral en estos enfermos, las indicaciones son muy escasas, estando reservadas para aquellos con un gran deterioro nutricional y riesgo vital, con grave alteración psíquica que imposibilita la alimentación enteral.

13.1.2. BULIMIA NERVIOSA

Galeno (130 a 200 d. de C.), médico de origen griego y afincado en Roma, fue quien acuñó el término de patología bulímica o "gran hambre". A su juicio, la bulimia era causada por un humor ácido alojado en el estómago que producía falsas señales de hambre. La bulimia continuó mencionándose esporádicamente en varios textos sin despertar gran atención hasta tiempos recientes.



En 1979, el psiquiatra estadounidense G.F. Rusell acuña el término de "bulimia nerviosa" y fija su concepto actual. Bajo esta etiqueta diagnóstica describe a un grupo de pacientes que presentan un cuadro caracterizado por tres síntomas: deseos apremiantes e irrefrenables de comer en exceso, evitación de los efectos engordantes de la comida mediante la autoinducción del vómito y el uso de diuréticos y/o laxantes y un miedo morboso a engordar.²⁵

La bulimia nerviosa, en base al DSM-IV, se caracteriza por la presencia de atracones y conducta inadecuada para compensar la ingestión excesiva de calorías. El atracón se define como una ingestión voraz, en un tiempo discreto de tiempo (una o dos horas), de una cantidad de comida exagerada para cualquier sujeto en su misma situación, junto a una sensación de pérdida de control.

El sujeto siente que no puede parar de comer, ni controla la cantidad de calorías que ingiere. Los atracones y conducta compensatoria inadecuada aparecen, al menos 2 veces a la semana, durante 3 meses consecutivos.

La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la silueta. Además, es requisito que el trastorno no surge dentro del curso de una anorexia nerviosa. Se distinguen 2 subtipos: bulimia purgativa (como conducta compensatoria inadecuada más frecuente se emplean las purgas; es decir, los vómitos, laxantes, diuréticos y estimulantes tiroideos) y no purgativa (como conducta compensatoria más frecuente se acude al ejercicio físico excesivo y el ayuno).

13.1.2.1. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos son los aceptados en 1994 en el DSM IV:²⁶

- Presencia de atracones recurrentes: caracterizados por ingesta de alimento en cantidad elevada y en un corto espacio de tiempo, con sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

²⁵ **Mora, M.** & Raich, R.M. *Adaptación del bulimia test i BSQ en una muestra universitaria.* Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapia del Comportamiento. 2006

²⁶ **Toledo, M.,** Ferrero, J., Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E. (2009). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.*



- ❑ Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas para no ganar peso: uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, provocación del vómito, ejercicio exagerado.
- ❑ Los atracones y conductas compensatorias ocurren al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- ❑ La autovaloración está influida en exceso por el peso y la silueta corporal.
- ❑ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- ❑ Actualmente los criterios que se siguen son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) y los elaborados por la OMS en 1992 (CIE-10) (tabla 2).²⁷

Tabla 2

DSM-IV
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none">• ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias• sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
<p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p>
<p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
<p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>
<p>Especificar tipo: Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

²⁷ Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. Salud Mental 2007; 25(2).



CIE -10

Para hacer el diagnóstico de Bulimia Nerviosa han de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de manera que constituyen pautas diagnósticas estrictas:

1. Preocupación persistente por la comida, juntamente con un deseo intenso o un sentimiento de compulsión por comer, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los métodos siguientes: Vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito o anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, pueden abandonar su tratamiento con insulina.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo/a se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o a su peso óptimo o sano. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

13.1.2.2. Tipos

- ❏ Tipo purgativo. Durante la bulimia nerviosa, el paciente se provoca el vómito, usa laxantes, enemas o diuréticos en exceso.
- ❏ Tipo no purgativo. Las conductas compensatorias son ayuno o ejercicio intenso.

13.1.2.3. Manifestaciones clínicas

Las complicaciones clínicas suceden en el 40% de los pacientes, siendo el intento de suicidio el riesgo más común de muerte de estos pacientes alcanzando el 3%, aunque menor que en la anorexia nerviosa.



Las alteraciones somáticas más frecuentes acontecen en el aparato digestivo, siendo la cavidad bucal la más afectada. Presentan erosiones del esmalte dentario, especialmente la cara interna de incisivos y caninos, debido al pH ácido del jugo gástrico y su continua acción sobre el esmalte. De igual patogenia es la presencia de gingivitis, faringitis y queilitis.

En ocasiones se ha observado hipertrofia parotídea, relacionada con los vómitos y que provoca aumento de amilasa plasmática; por lo general es simétrica y dolorosa, desapareciendo al finalizar el proceso en la mayoría de los casos.

Las alteraciones a nivel del esófago van desde la aparición de esofagitis al síndrome de Mallory-Weiss. La capacidad del estómago está muy aumentada, llegando a provocar una dilatación gástrica aguda con fenómenos de isquemia local que pueden llegar a producir una perforación gástrica. El abuso de laxantes o enemas puede producir rectorragias, que obligan a efectuar un diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal.

Así mismo, se han descrito casos de pancreatitis aguda relacionados con la ingesta compulsiva de alimentos, complicaciones cardíacas, que no son excepcionales, siendo el prolapso de la válvula mitral la alteración más frecuente, si bien también se observan arritmias cardíacas.

Otras complicaciones frecuentes son las intoxicaciones por el abuso de eméticos, diuréticos y laxantes. Sin embargo, la osteoporosis es de presentación rara.

Es de destacar la posibilidad de la asociación entre bulimia nerviosa y diabetes mellitas (DMID), describiendo Garfinkel en 1987 una prevalencia del 6,9% de bulimia en DMID, ya que estos pacientes al manipular las dosis de insulina como método para eliminar la



excesiva ingesta de calorías presentan riesgo de coma cetoacidótico y mal control. En la actualidad se insiste en la importancia de investigar un trastorno del comportamiento alimentario en todo paciente con DMID mal controlado.²⁸

13.1.2.4. Complicaciones metabólicas

Los vómitos recidivantes y provocados producen una depleción de agua, cloro y potasio incrementándose este último si utilizan diuréticos; la consecuencia es la presencia de insuficiencia renal secundaria a depleción hidrosalina, alcalosis metabólica hipoclorémica y nefropatía hipopotasémica.²⁹

El patrón bioquímico de la bulimia nerviosa grave es el siguiente:

Plasma

- Alcalosis metabólica pH > 7,42, CO₃H > 30, pCO₂ > 40
- BUN y creatinina elevados
- Cl < 85 mEq/l
- K < 3,5 mEq/l

Orina

- Urea y K elevados
- Na y Cl < 10 mEq/l

²⁸ Behar, R; De la Barrera, M., y Michelotti, J. (2008). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*; 131: 748-758. ISSN 0034-9887.

²⁹ Barriguete A. Anorexia y Bulimia nerviosa: el control del miedo. *Cuader Nutr* 2003; 26 (6):p.p282-284 Behar, R.; De la Barrera, M., y Michelotti, J. (2009). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*; 129: 1003-11.



13.1.2.5. Tratamiento

13.1.2.5.1. Tratamiento del síndrome metabólico

- ❑ Dieta absoluta con aspiración nasogástrica si existe dilatación aguda gástrica.
- ❑ Perfusión con suero fisiológico según pérdidas estimadas e ionograma con reposición de potasio en infusión continúa.
- ❑ Monitorizar TA, balance hídrico.

13.1.2.5.2. Reiniciar dieta oral

- ❑ Introducción progresiva de alimentos o por fases en función de la tolerancia y adecuados calóricamente para su peso / talla.
- ❑ Si no existe colaboración, nutrición enteral total por SNUduodenal.

13.1.2.5.3. Objetivos del tratamiento

- ❑ Evitar crisis de bulimia mediante tratamiento psicopatológico-farmacológico.
- ❑ Adecuar el peso ideal a la talla:
 - Técnicas de educación alimentaria.
 - Dieta ajustada a necesidades reales.



13.1.3. COMER EN ATRACONES

"Comer en exceso" como un síndrome o un trastorno del comportamiento alimentario fue descrito por primera vez en 1992, caracterizándose por "atracones", como los que se observan en la bulimia, pero que no van seguidos de vómitos ni otras medidas para contener el apetito.

Puede ser tan frecuente como la bulimia, pero se presenta en ambos sexos y en todas las edades. En las clínicas para perder peso, alrededor de 1/4 o 1/3 de los pacientes cumplen criterios de ingesta excesiva "en atracones" (BED).³⁰

No todos los obesos presentan una ingesta excesiva en atracones. Esta conducta parece estar asociada, independientemente del peso, con una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos, como la depresión, mayores y más frecuentes fluctuaciones del peso y una mayor angustia relacionada con el mismo.

Una predisposición a la obesidad y la presencia de factores de riesgo no específicos para alteraciones psiquiátricas, como experiencias negativas en la infancia o depresión en los padres, parecen incrementar el riesgo de desarrollarla.

Sin embargo, por qué un individuo con estos factores de riesgo se convierte en un obeso con "ingesta excesiva en atracones", en un bulímico con peso normal o en un individuo sin

³⁰ **Unikel C, Gómez G.** Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual* 2009; 7(3) pp: 417-429.



ningún trastorno del comportamiento alimentario con peso normal está todavía por dilucidar.

13.1.3.1. Diagnóstico³¹

Según el DSM-IV se caracteriza por:

- Episodios de atracones recurrentes (al menos dos por semana en 6 meses).
- Malestar con al menos tres puntos de los siguientes:
 - Comer muy rápido.
 - Comer hasta sentirse mal.
 - Comer cuando no se tiene hambre.
 - Comer solo.
 - Sentirse disgustado o culpable después de comer.
- No utilizar purgas (vómitos autoinducidos o laxantes), ni incrementar el ejercicio físico, ni hacer ayuno.
- Ausencia de anorexia nerviosa.

³¹ Unikel C, Gómez G. Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. Rev Mex Psc 2009 16(1) pp: 141-151.



14. RESULTADOS

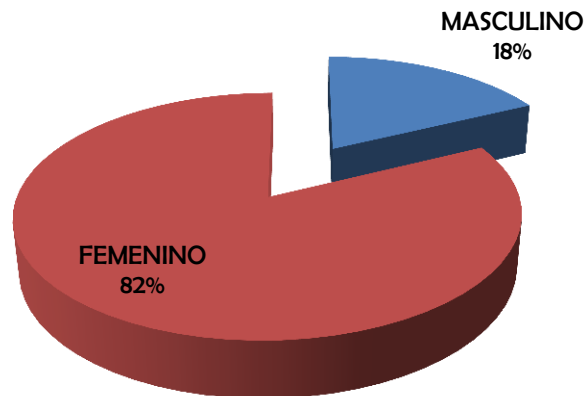
TABLA 1 TOTAL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

COLEGIOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE %
Colegio Bernardo Valdivieso	284	287	571	35,75
Colegio Pio Jaramillo Alvarado	0	274	274	17,16
Colegio 27 de Febrero	0	270	270	16,91
Colegio Beatriz Cueva de Ayora	0	482	482	30,18
TOTAL	284	1313	1597	100
PORCENTAJE TOTAL	17,78	82,22	100	

FUENTE: LISTADO DE ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS ESTUDIO.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 1. PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: LISTADO DE ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS ESTUDIO.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- Del total de la muestra el 82% corresponde a la población femenina, mientras que el 18% restante corresponde a la población masculina.

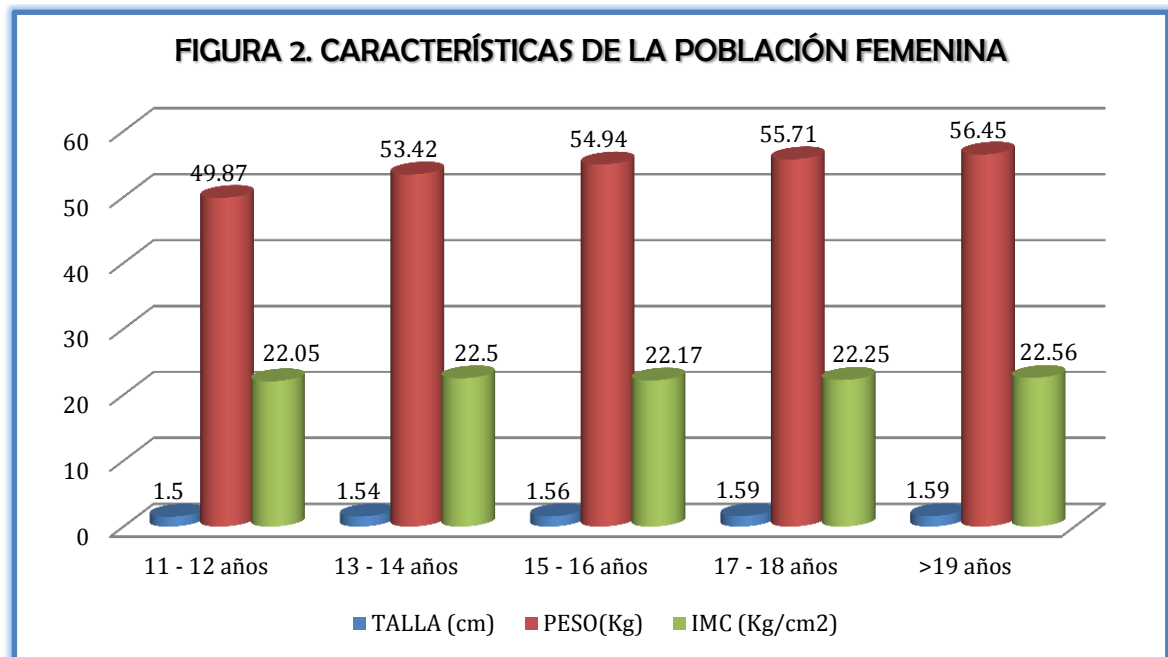


TABLA 2. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA POBLACIÓN FEMENINA

EDAD	TALLA (cm)	PESO(Kg)	IMC (Kg/cm ²)
11 - 12 años	1,50	49,87	22,05
13 - 14 años	1,54	53,42	22,5
15 - 16 años	1,56	54,94	22,17
17 - 18 años	1,59	55,71	22,25
>19 años	1,59	56,45	22,56

FUENTE: FICHAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY.



FUENTE: FICHAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

La media de la talla, peso e IMC de la población femenina entre los:

- 11 a 12 años de edad de 1,50cm; 49,87 kg; 22,05 kg/cm²
- 13 a 14 años de edad de 1,54cm; 53,42 kg; 22,50 kg/cm²
- 15 a 16 años de edad de 1,56cm; 54,94 kg; 22,17 kg/cm²
- 17 a 18 años de edad de 1,59cm; 55,71kg; 22,25 kg/cm²
- Mayor de 19 años de edad de 1,59cm, 56,45; 22,56 kg/cm².



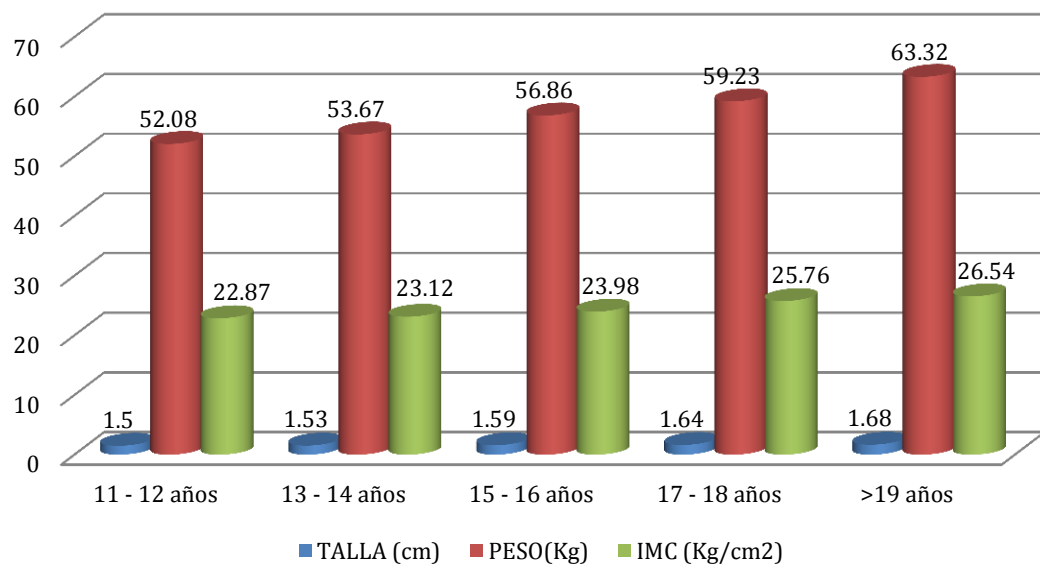
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA POBLACIÓN MASCULINA

EDAD	TALLA (cm)	PESO(Kg)	IMC (Kg/cm ²)
11 - 12 años	1,5	52,08	22,87
13 - 14 años	1,53	53,67	23,12
15 - 16 años	1,59	56,86	23,98
17 - 18 años	1,64	59,23	25,76
>19 años	1,68	63,32	26,54

FUENTE: FICHAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MASCULINA



FUENTE: FICHAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- La media de la talla, peso e IMC de la población masculina entre los:
 - 11 a 12 años de edad corresponde a 1,50cm; 62,08 kg; 22,87 kg/cm².
 - 13 a 14 años de edad corresponde a 1,53cm; 53,67 kg; 23,12 kg/cm².
 - 15 a 16 años de edad corresponde a 1,59cm; 56,86 kg; 23,98 kg/cm².
 - 17 a 18 años de edad corresponde a 1,64cm; 59,23 kg; 25,76 kg/cm².
 - Mayor de 19 años de edad corresponden a 1,68cm; 63,32 kg; 26,54 kg/cm².



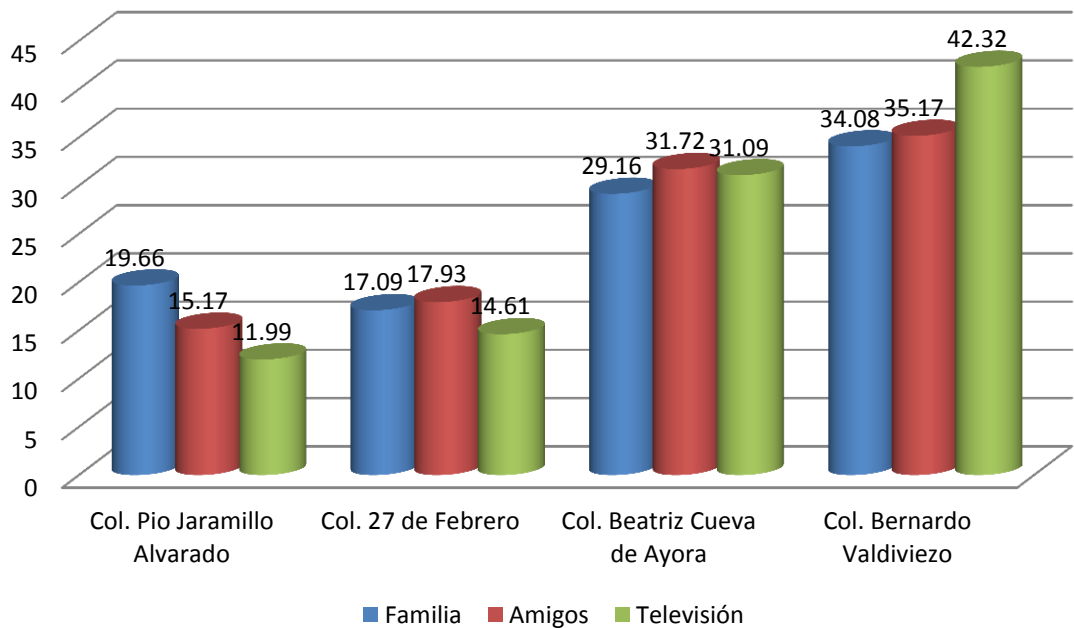
TABLA 4. FACTORES INFLUYENTES EN LA ALIMENTACIÓN

	Colegio Pio Jaramillo Alvarado	%	Colegio 27 de Febrero	%	Colegio Beatriz Cueva de Ayora	%	Colegio Bernardo Valdivieso	%	Total
Familia	176	19,66	153	17,09	261	29,16	305	34,08	895
Amigos	66	15,17	78	17,93	138	31,72	153	35,17	435
Televisión	32	11,99	39	14,61	83	31,09	113	42,32	267
Total	274	17,16	270	16,91	482	30,18	571	35,75	1597

FUENTE: ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 4. PORCENTAJE DE DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN LA ALIMENTACION DELA POBLACIÓN DE JÓVENES



FUENTE: ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- Entre los factores influyentes en la alimentación de la población del Colegio Pio Jaramillo Alvarado el 19,66% corresponde a la familia, el 15,17% a los amigos y el 11,99% a la televisión.
- En la alimentación de la población del Colegio 27 de Febrero el 17,09% corresponde a la familia, el 17,93% a los amigos y el 14,61% a la televisión.
- En la población del Colegio Beatriz Cueva de Ayora el 29,16% corresponde a la familia, el 31,72% a los amigos y el 31,09% a la televisión.



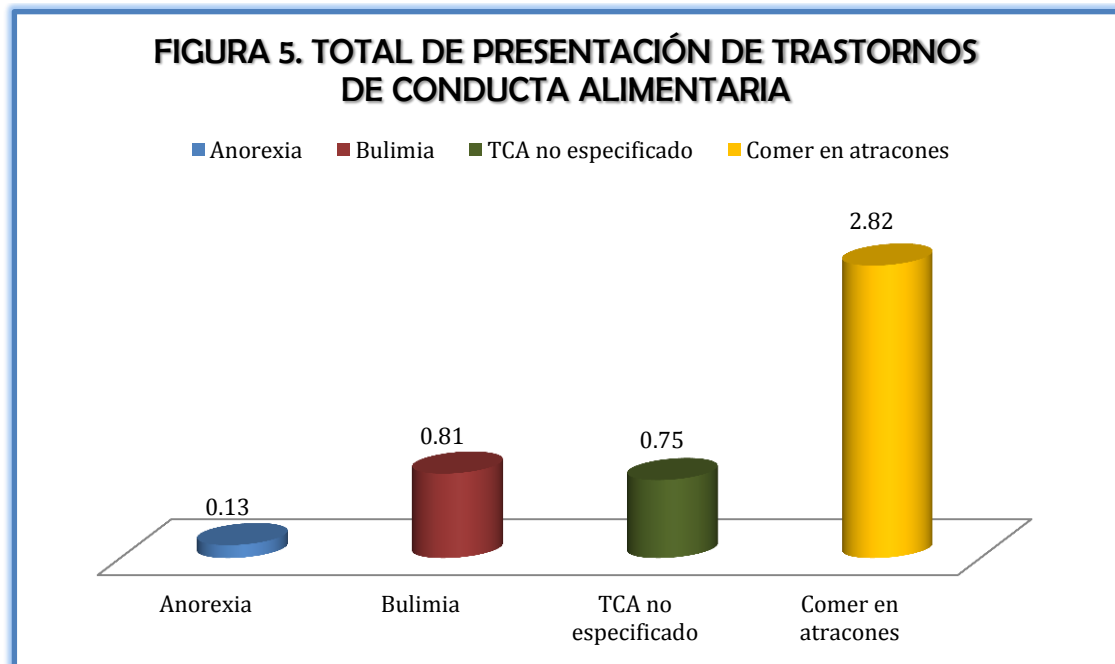
- Los factores influyentes en la alimentación de la población del Colegio Bernardo Valdivieso el 34,08% corresponde a la familia, el 35,17% a los amigos y el 42,32% a la televisión.

FIGURA 5. TOTAL DE PRESENTACIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TCA	TOTAL	%
Anorexia	2	0,13
Bulimia	13	0,81
TCA no especificado	12	0,75
Comer en atracones	45	2,82

FUENTE: ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 5. TOTAL DE PRESENTACIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- Del total de la población estudiada el 0,13 % presenta Anorexia; el 0,81% Bulimia, el 0,75% Trastorno de conducta alimentario no especificado, 2,82% Comer en atracones.

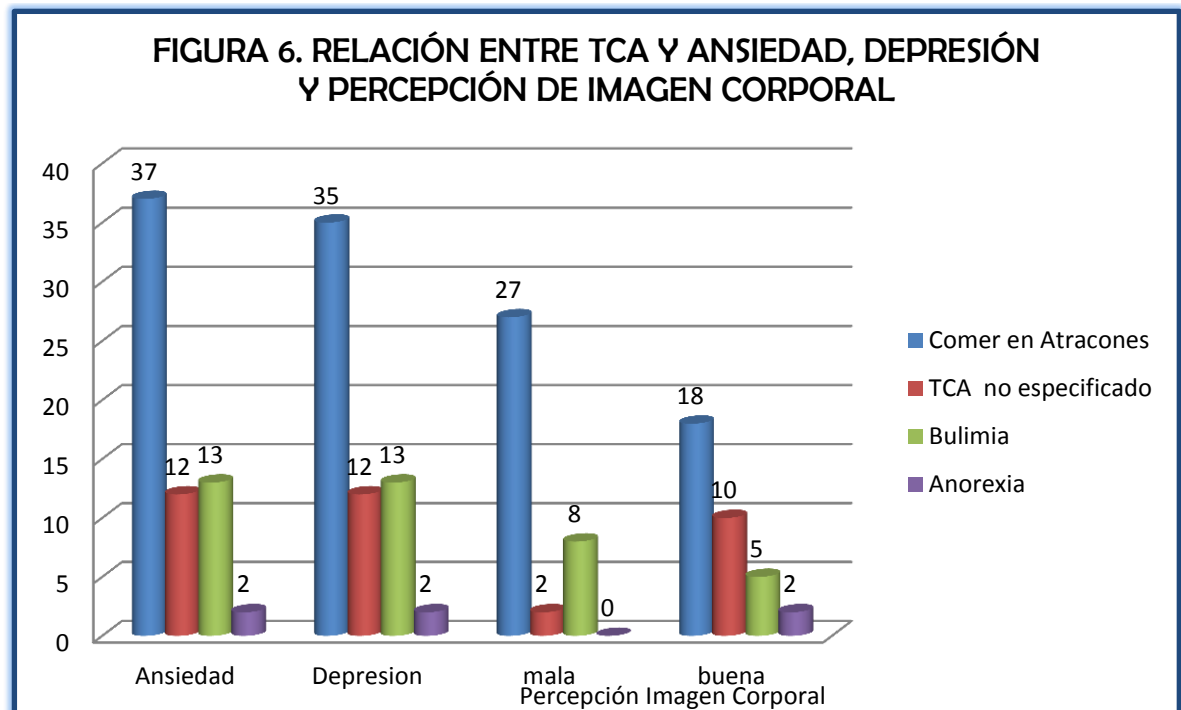


FIGURA6. RELACIÓN ENTRE TCA Y ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL

TCA	PRESENTACIÓN TOTAL	RELACIÓN			
		Ansiedad	Depresión	Percepción de Imagen Corporal	
				mala	buena
Comer en Atracos	45	37	35	27	18
TCA no especificado	12	12	12	2	10
Bulimia	13	13	13	8	5
Anorexia	2	2	2	0	2

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE TCA Y ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

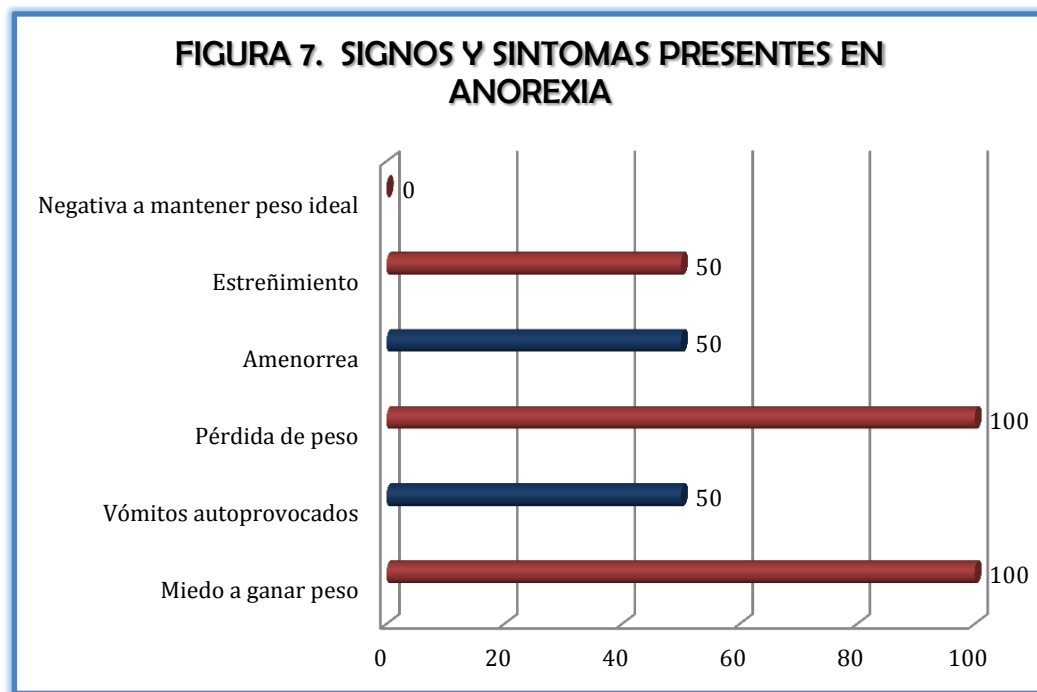
- De los 45 estudiantes que comen en atracones, 37 tienen ansiedad, 35 depresión, 27 mala percepción de imagen corporal y 18 buena.
- Los 12 estudiantes que presentan TCA no especificado, 12 presentan ansiedad y depresión, 2 mala y 10 buena percepción de imagen corporal.
- Entre los 13 estudiantes que presentan bulimia, 13 tienen ansiedad y depresión, 8 mala y 5 buena percepción de imagen corporal.
- Los 2 estudiantes que padecen anorexia tienen ansiedad, depresión, pero tienen una buena percepción de imagen corporal.



TABLA 7. SIGNOS Y SINTOMAS EN LOS TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

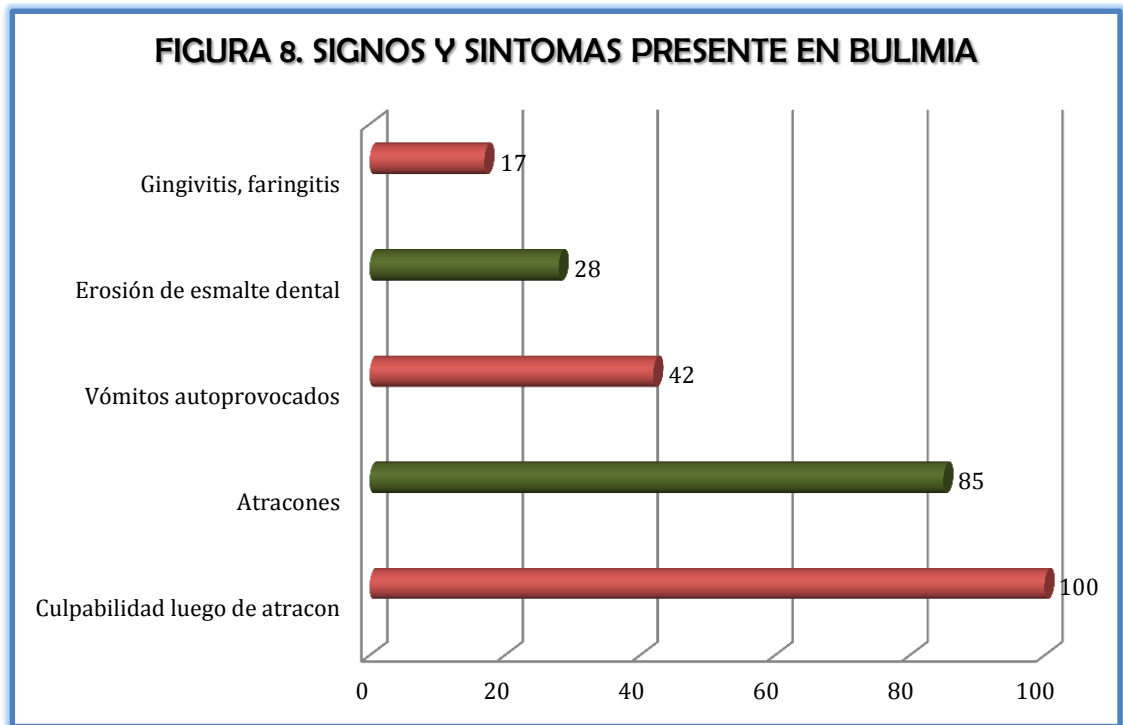
ANOREXIA		BULIMIA		COMER EN ATRACONES	
	%		%		%
Miedo a ganar peso	100	Culpabilidad luego de atracón	100	Come muy rápido	97
Vómitos autoprovocados	50	Atracones	85	Culpabilidad luego de atracón	83
Pérdida de peso	100	Vómitos autoprovocados	42	Come sin apetito	64
Amenorrea	50	Erosión de esmalte dental	28	Comer hasta sentirse mal	37
Estreñimiento	50	Gingivitis, faringitis	17		
Negativa a mantener peso ideal	0				

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY



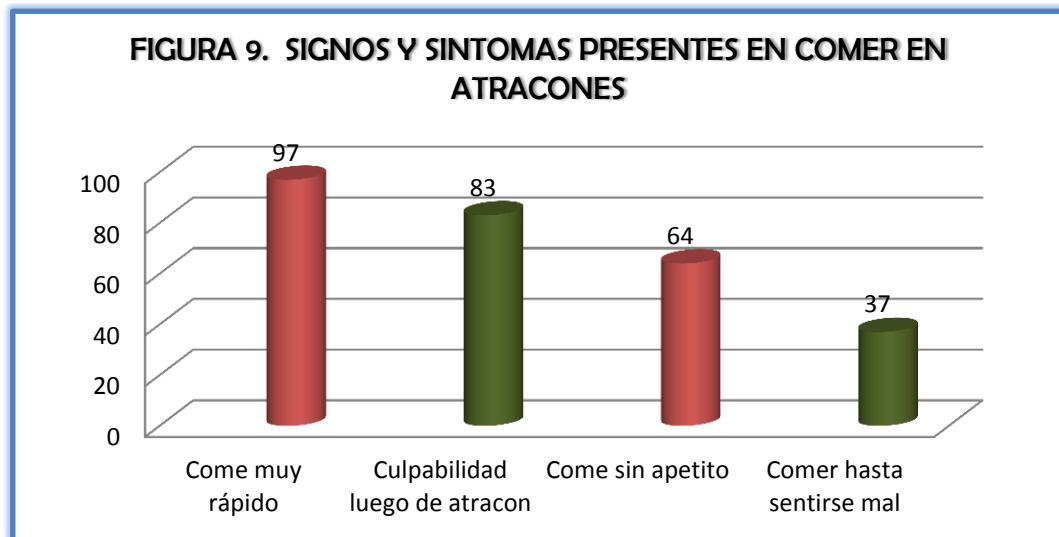
FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- Los signos y síntomas que presentan los estudiantes que padecen anorexia corresponden al 100% miedo a ganar peso y pérdida de peso; y al 50% a vómitos autoprovocados, amenorrea, y estreñimiento.



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 100% de los estudiantes con bulimia se sienten culpables luego del atracón, el 85% de ellos comen en atracones.
- El 42% se autoprovoca vómitos luego de un atracón y por ello el 28% presenta erosión en esmalte dental y el 17% gingivitis y faringitis.



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.

ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 97% de los estudiantes que come en atracones lo hace muy rápido, el 83% siente culpabilidad luego de un atracón, el 64% come sin apetito y el 37% come hasta sentirse mal.



TABLA 8. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO

Edad	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										TOTAL
	Normal	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	
11 a 12	29	96,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	30
13 a 14	83	97,65	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,35	85
15 a 16	95	94,06	1	0,99	0	0,00	2	1,98	3	2,97	101
17 a 18	46	90,20	0	0,00	2	3,92	1	1,96	2	3,92	51
>19	6	85,71	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29	7
TOTAL	259	94,53	1	0,36	2	0,73	3	1,09	9	3,28	274

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 94,53 % (259) de los estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado entre 11 a 19 años de edad, no presentan trastornos de la conducta alimentaria.
- Entre la edad de 15 a 16 años, el 0,99% (1), presenta anorexia, y el 1,98% (2) presenta TCA no especificado; entre los 17 a 18 años de edad el 3,92% (1), presenta bulimia y el 1,96 (1) TCA no especificado.
- El 3,28%(9) de estudiantes entre los 11 a 19 años de edad, comen en atracones.



TABLA 9. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO

Edad	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										
	Normal	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	TOTAL
11 a 12	39	100	0	0	0	0	0	0	0	0	39
13 a 14	71	100	0	0	0	0	0	0	0	0	71
15 a 16	97	92,38	0	0	1	0,95	1	0,95	6	5,71	105
17 a 18	46	95,83	0	0	0	0	0	0	2	4,17	48
>19	4	57,14	0	0	1	14,29	1	14,29	1	14,29	7
TOTAL	257	95,19	0	0	2	0,74	2	0,74	9	3,33	270

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 95,19 % (257) de los estudiantes del Colegio 27 de Febrero no presentan trastornos de la conducta alimentaria.
- Entre la edad de 15 a 16 años, el 0,95% (1), presenta bulimia, y el 0,95% (1) presenta TCA no especificado;
- Mayores a 19 años de edad el 14,29% (1), presenta bulimia y el 14,29% (1) TCA no especificado.
- El 3,33% (9) de estudiantes comen en atracones.



TABAL 10. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA

Edad	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										
	Normal	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	TOTAL
11 a 12	141	100	0	0	0	0,00	0	0	0	0	141
13 a 14	100	100	0	0	0	0,00	0	0	0	0	100
15 a 16	139	90,26	1	0,65	1	0,65	2	1,30	11	7,14	154
17 a 18	73	92,41	0	0	2	2,53	1	1,27	3	3,80	79
>19	5	62,50	0	0	0	0,00	0	0	3	37,50	8
TOTAL	458	95,02	1	0,21	3	0,62	3	0,62	17	3,53	482

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 95,02 % (458) de los estudiantes del Colegio Beatriz Cueva de Ayora entre 11 a 19 años de edad, no presentan trastornos de la conducta alimentaria.
- Entre la edad de 15 a 16 años, el 0,65% (1), presenta anorexia, el 0,65% (1) presenta bulimia, y el 1,30% (2) presenta TCA no especificado; entre los 17 a 18 años de edad el 2,53% (2), presenta bulimia y el 1,27 (1) TCA no especificado.
- El 3,53% (17) de estudiantes entre 11 a 19 años de edad, comen en atracones.



TABLA 11. RELACIÓN DE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO BERNARDO VALDIVIESO

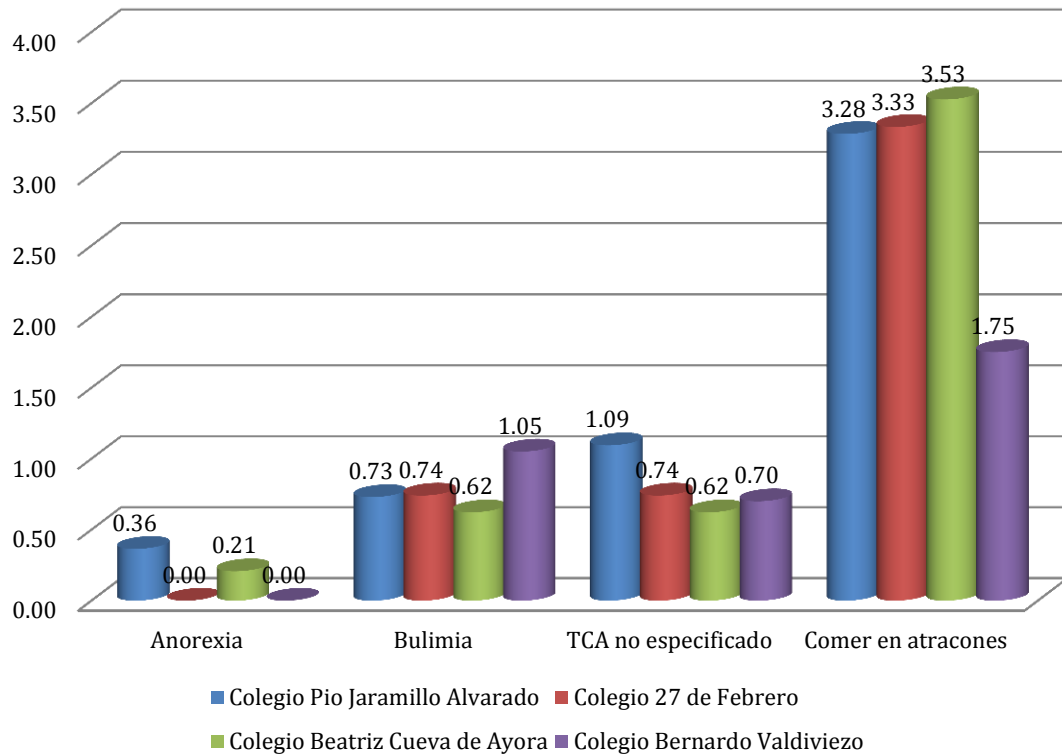
Edad	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										
	Normal	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	TOTAL
11 a 12	93	100	0	0	0	0,00	0	0	0	0	93
13 a 14	145	100	0	0	0	0,00	0	0	0	0	145
15 a 16	255	95,15	0	0	4	1,49	3	1,12	6	2,24	268
17 a 18	40	85,11	0	0	2	4,26	1	2,13	4	8,51	47
>19	18	100	0	0	0	0,00	0	0	0	0	18
TOTAL	551	96,50	0	0	6	1,05	4	0,70	10	1,75	571

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 96,50 % (551) de los estudiantes entre 11 a 19 años de edad del Colegio Bernardo Valdivieso no presentan trastornos de la conducta alimentaria.
- Entre la edad de 15 a 16 años, el 1,49% (4), presenta bulimia, y el 1,12% (3) presenta TCA no especificado; entre los 17 a 18 años de edad el 4,26% (2), presenta bulimia y el 2,13% (1) TCA no especificado.
- El 1,75% (10) de estudiantes entre 11 a 19 años de edad comen en atracones.



FIGURA 10. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS COLEGIOS FISCALES DE LOJA



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

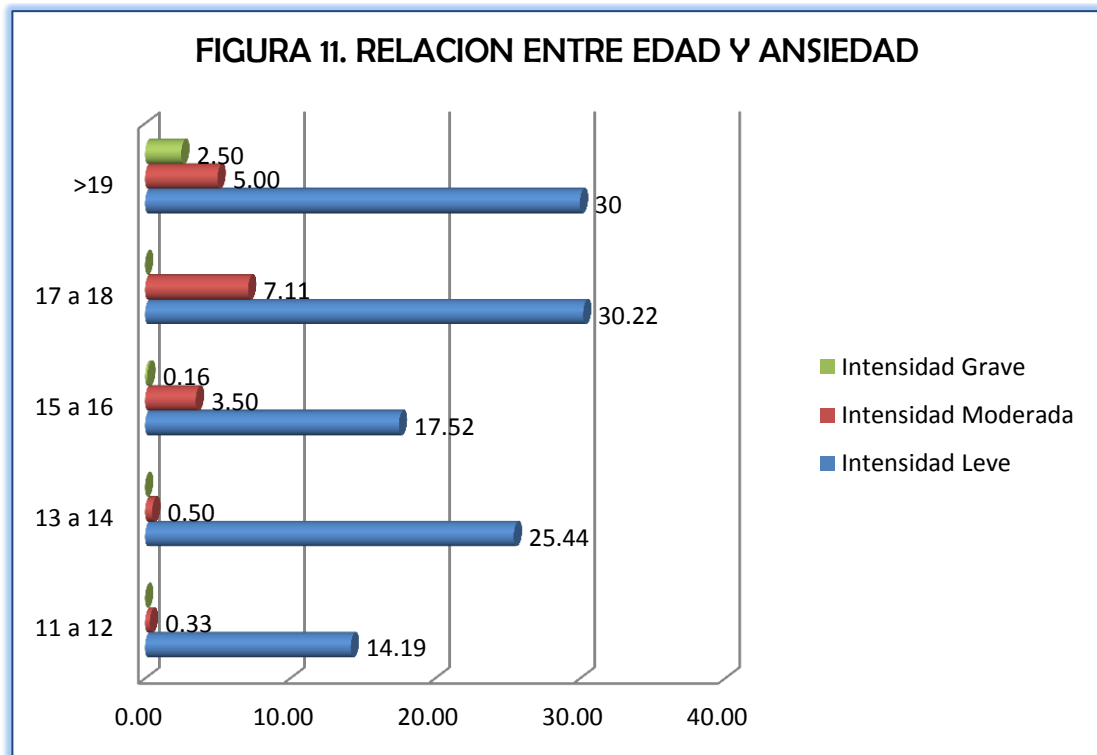
- La prevalencia de Anorexia en el Colegio Pio Jaramillo Alvarado fue del 0,36%, en el Colegio 27de febrero es de 0%, del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del 0,21%, del Colegio Bernardo Valdivieso del 0%.
- En lo que corresponde a Bulimia en el Colegio Pio Jaramillo Alvarado fue del 0,73%, en el Colegio 27de febrero es de 0,74%, del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del 0,62%, del Colegio Bernardo Valdivieso del 1,05%.
- Los trastornos de conducta alimentaria no especificado en el Colegio Pio Jaramillo Alvarado fue del 1,09%, en el Colegio 27de febrero es de 0,74%, del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del 0,62%, del Colegio Bernardo Valdivieso del 0,70%.
- El comer en atracones en el Colegio Pio Jaramillo Alvarado fue del 3,28%, en el Colegio 27de febrero es de 3,33%, del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del 3,53%, del Colegio Bernardo Valdivieso del 1,75%.



TABLA 12. RELACIÓN ENTRE EDAD Y ANSIEDAD

Edad	ANSIEDAD										
	Ausente	%	Intensidad Leve	%	Intensidad Moderada	%	Intensidad Grave	%	Totalmente Incapacitado	%	TOTAL
11 a 12	259	85,48	43	14,19	1	0,33	0	0	0	0	303
13 a 14	297	74,06	102	25,44	2	0,50	0	0	0	0	401
15 a 16	495	78,82	110	17,52	22	3,50	1	0,16	0	0	628
17 a 18	141	62,67	68	30,22	16	7,11	0	0	0	0	225
>19	25	62,50	12	30,00	2	5,00	1	2,50	0	0	40
TOTAL	1217	76,21	335	20,98	43	2,69	2	0,12	0	0	1597

FUENTE: ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY



FUENTE: ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

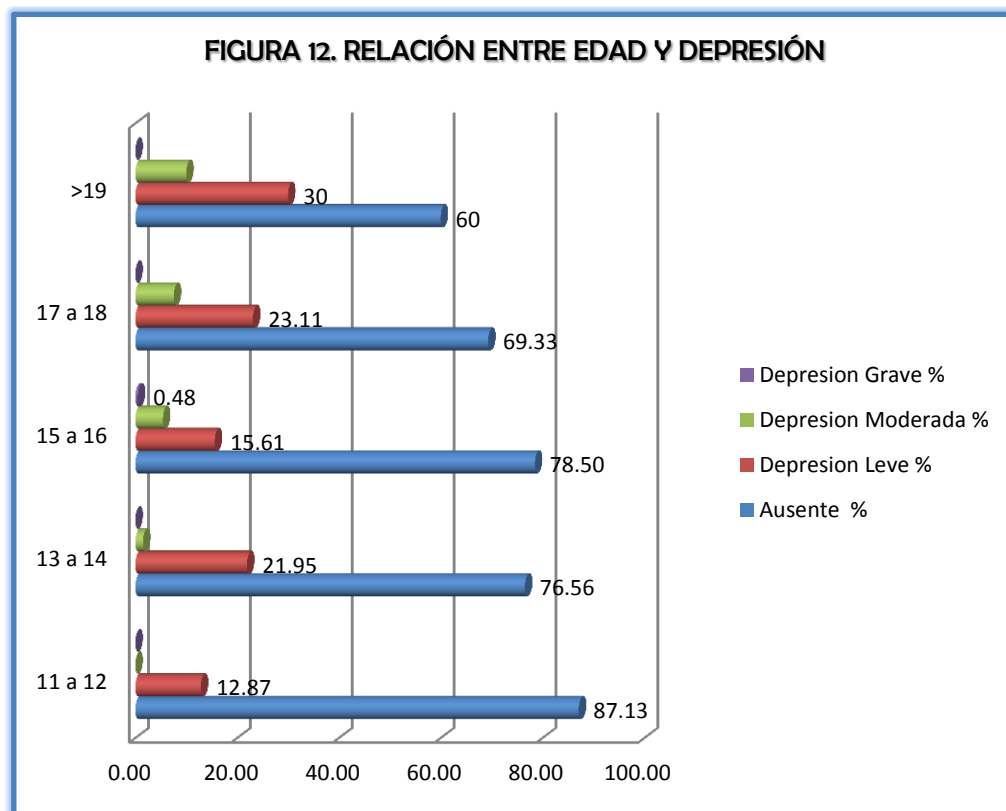
- De los estudiantes de entre 11 a 19 años de edad: el 76,21% (1217) no presentan ansiedad.
 - El 20,98% (335) tienen ansiedad en intensidad leve.
 - Presentan ansiedad en intensidad moderada el 2,69% (43).
 - Solo el 0,12% (2) presentan intensidad grave.



TABLA 13. RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN

Edad	DEPRESIÓN									
	Ausente	%	Depresión Leve	%	Depresión Moderada	%	Depresión Grave	%	TOTAL	%
11 a 12	264	87,13	39	12,87	0	0,00	0	0,00	303	100
13 a 14	307	76,56	88	21,95	6	1,50	0	0,00	401	100
15 a 16	493	78,50	98	15,61	34	5,41	3	0,48	628	100
17 a 18	156	69,33	52	23,11	17	7,56	0	0,00	225	100
>19	24	60,00	12	30,00	4	10,00	0	0,00	40	100
TOTAL	1244	77,90	289	18,10	61	3,82	3	0,19	1597	100

FUENTE: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY



FUENTE: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- De los jóvenes entre 11 a 19 años de edad: El 77,90% no presentan depresión.
- Padecen de depresión leve el 18,10% (289)
- El 3,82% (61) tienen depresión moderada.
- Los que presentan depresión grave fue del 0,19% (3).

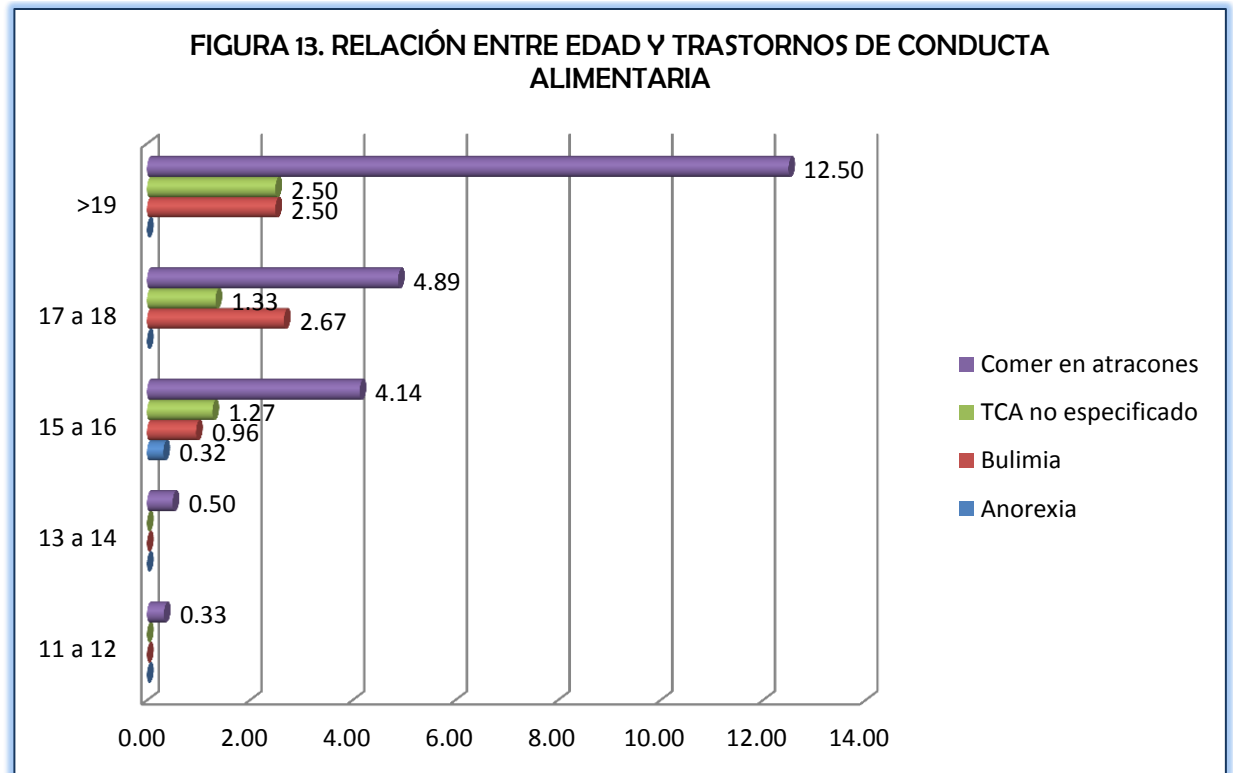


TABLA 14. RELACIÓN ENTRE EDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Edad	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										
	Normal	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	TOTAL
11 a 12	302	99,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,33	303
13 a 14	399	99,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,50	401
15 a 16	586	93,31	2	0,32	6	0,96	8	1,27	26	4,14	628
17 a 18	205	91,11	0	0,00	6	2,67	3	1,33	11	4,89	225
>19	33	82,50	0	0,00	1	2,50	1	2,50	5	12,50	40
TOTAL	1525	95,49	2	0,13	13	0,81	12	0,75	45	2,82	1597

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 13. RELACIÓN ENTRE EDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

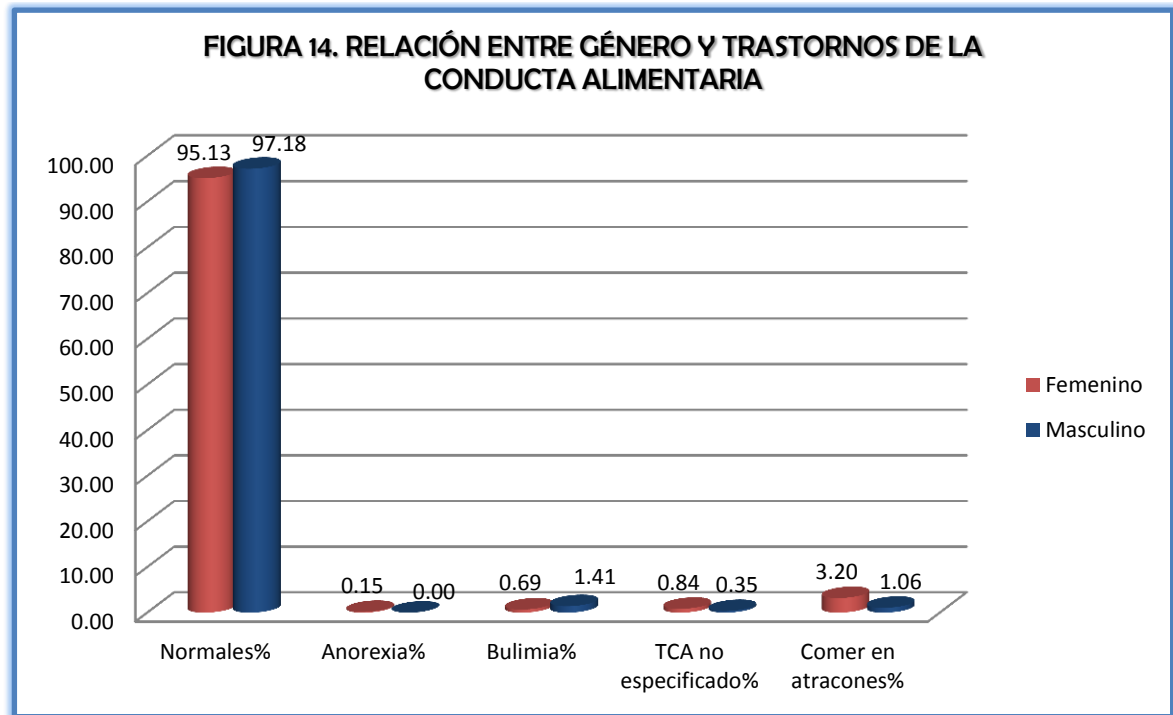
- El 95,49% de los estudiantes entre 11 a 19 años de edad no presentan TCA.
- El 0,81% (13) de los jóvenes presenta bulimia.
- Los estudiantes que tienen TCA no especificado corresponde al 0,75% (12).
- Existe mayor presentación de comer en atracones que corresponde al 2,82% (45) de los jóvenes.



TABAL 15. RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

SEXO	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA										TOTAL
	Normales	%	Anorexia	%	Bulimia	%	TCA no especificado	%	Comer en atracones	%	
Femenino	1249	95,13	2	0,15	9	0,69	11	0,84	42	3,20	1313
Masculino	276	97,18	0	0,00	4	1,41	1	0,35	3	1,06	284
TOTAL	1525	95,49	2	0,13	13	0,81	12	0,75	45	2,82	1597

FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY



FUENTE: ENCUESTA DE CONDUCTA ALIMENTARIA.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- La mayoría de las mujeres y varones 95,49% no presenta trastornos de la conducta alimentaria.
- Dentro de la población femenina el 0,15% presenta anorexia, el 0,69% bulimia, el 0,84% TCA no especificado, 3,20% comer en atracones.
- Con respecto a la población masculina el 1,41% presenta bulimia, 0,35% TCA no especificado, 1,06% comer en atracones.

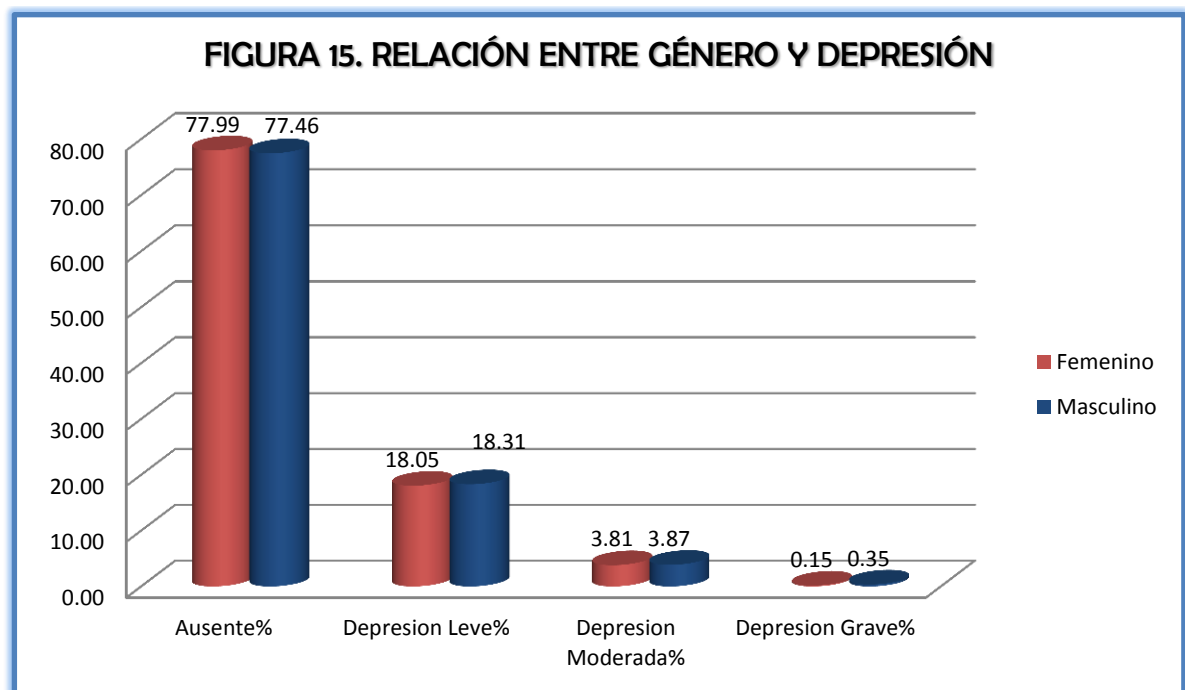


TABLA 16. RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DEPRESIÓN

SEXO	DEPRESIÓN								
	Ausente	%	Depresión Leve	%	Depresión Moderada	%	Depresión Grave	%	TOTAL
Femenino	1024	77,99	237	18,05	50	3,81	2	0,15	1313
Masculino	220	77,46	52	18,31	11	3,87	1	0,35	284
TOTAL	1244	77,90	289	18,10	61	3,82	3	0,19	1597

FUENTE: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

FIGURA 15. RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DEPRESIÓN



FUENTE: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

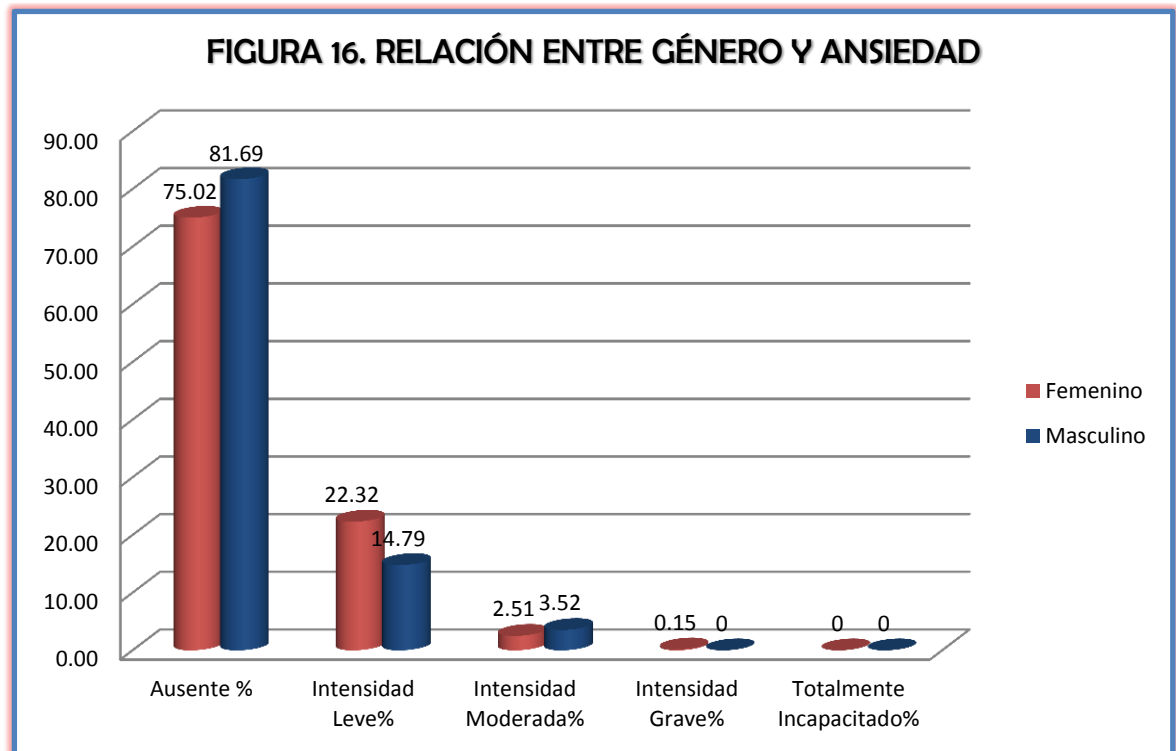
- El 77,90% de hombres y mujeres no presenta depresión.
- Dentro de las mujeres el 18,05% presenta depresión leve, el 3,81% depresión moderada, el 0,15% depresión grave.
- Con respecto a los varones el 18,31% presenta depresión leve, el 3,87% depresión moderada, el 0,35% depresión grave



TABLA 17. RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y ANSIEDAD

SEXO	ANSIEDAD										
	Ausente	%	Intensidad Leve	%	Intensidad Moderada	%	Intensidad Grave	%	Totalmente Incapacitado	%	TOTAL
Femenino	985	75,02	293	22,32	33	2,51	2	0,15	0	0	1313
Masculino	232	81,69	42	14,79	10	3,52	0	0,00	0	0	284
TOTAL	1217	76,21	335	20,98	43	2,69	2	0,13	0	0	1597

FUENTE: ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY



FUENTE: ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD.
ELABORACIÓN: ANDREA CECIBEL QUEVEDO AMAY

- El 76,21% de los hombres y mujeres no presenta ansiedad.
- De las jóvenes el 22,31% presenta ansiedad de intensidad leve, el 2,51% intensidad moderada, el 0,15% intensidad grave.
- Con respecto a los jóvenes el 14,79% ansiedad de intensidad leve, el 3,52% intensidad moderada.



15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

15.1. CONCLUSIONES

- 15.1.1. Los estudiantes que participaron en la investigación se encontraron con un peso ideal para la talla, en un IMC: 22 kg/m^2 , lo que quiere decir que ninguno padecía de sobrepeso y peso bajo, lo que nos conlleva a concluir que no fue una de las razones para que desarrollasen TCA.
- 15.1.2. En el estudio realizado de trastornos de conducta alimentaria en los colegios fiscales de Loja, se encontró una prevalencia de 0,13% de anorexia (dos estudiantes), solo un 0,81% de bulimia (trece estudiantes), el 0,75% presentó trastornos de conducta alimentaria no especificado (doce estudiantes) y el 2,82% tuvieron actitudes de comer en atracones (cuarenta y cinco estudiantes), de esta población con trastornos de la conducta alimentaria, el sexo femenino es el más afectado y a su vez se relaciona con las edades entre los 15 y 16 años y algunos entres 18 y 19 años de edad.
- 15.1.3. En nuestro estudio se encontró una prevalencia de trastornos de conducta alimentaria principalmente en el sexo femenino correspondiendo al 4 por ciento (64 estudiantes) y en varones tan solo 0,5 por ciento (8 estudiantes), encontramos trece estudiantes con bulimia en un 0,81 por ciento, y dos estudiantes con anorexia en un 0,13 por ciento, de entre los 15 a 16 años.
- 15.1.4. Los datos recolectados nos indican que del total de estudiantes que presentaron trastornos de la conducta alimentaria, sesenta y cuatro padecen de ansiedad; sesenta y dos de depresión y treinta y siete de una percepción de imagen corporal alterada.



15.1.5. En los jóvenes estudiados se pudo identificar signos y síntomas como: miedo a la ganancia de peso, pérdida de peso, culpabilidad luego de los atracones y por tanto vómitos autoprovocados, amenorrea, comer sin apetito y hasta sentirse mal; características que no son fáciles de percibir incluso dentro del núcleo familiar e incluso se los considera como parte de la adolescencia según la encuesta de comportamiento alimentario que se usó para el estudio.



15.2. RECOMENDACIONES

15.2.1. Proponemos entonces un abordaje terapéutico integrado para aquellos que presentan trastornos en la conducta alimentaria, y un seguimiento para aquellos jóvenes que presentan factores de riesgo, este abordaje terapéutico no solo debe involucrar a los jóvenes sino también a su núcleo familiar. Deben llevarlo a cabo equipos multidisciplinarios de profesionales especializados, que pueden atender las complicaciones médicas, psicológicas, sociales y familiares, el mismo que puede realizarlo el médico y psicólogo de cada institución educativa.

Los cuidados médicos van dirigidos a eliminar las complicaciones físicas que se hayan producido, reestablecer un peso normal y aprender a comer de forma saludable, abordar los problemas psíquicos que van ligados a esta enfermedad. El estudio y asesoramiento nutricional brindará los elementos que permitirán conocer y tratar las variables bio-psicosocial alteradas.

15.2.2. Debemos hacer un llamado de atención en la alimentación actual, de nuestra sociedad, la misma que se enfoca en un ideal estético dominante, dejando a un lado las necesidades caloriconutricionales, la que es promocionada especialmente en los medios de comunicación, o bajo la influencia familiar o de las amistades. Por lo que se debería supervisar y controlar la comida que ingieren los estudiantes, principalmente en sus hogares mediante talleres de nutrición dirigidos tanto a padres de familia como a estudiantes; además no debemos de



dejar de lado la comida que se expenden en las cafeterías y bares de los establecimientos educativos, ya que en la mayoría de los casos corresponden a dieta rica en carbohidratos, poco nutritiva; asimismo la promoción de programas televisivos educacionales.

15.2.3. Teniendo en cuenta que aquellos individuos que presentan trastornos de la conducta alimentaria en sus diferentes definiciones, padecen a su vez de depresión así como de ansiedad en distintos niveles de intensidad, es conveniente brindar una orientación y ayuda psicológica en conjunto con su familia, además de chequeos médicos para su valoración nutricional, de tal manera que podamos evitar así el avance de estos trastornos.

De igual manera se debe brindar charlas al resto de estudiantes acerca de los riesgos que conlleva padecer de estos trastornos, las cuales deben ser programadas bajo la dirección de autoridades de cada institución, y dictadas por docentes y médico.

15.2.4. Es importante transmitir la información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria a los maestros, padres de familia y estudiantes; realizando charlas y talleres que tengan como objetivo las características de los trastornos de la conducta alimentaria, así como que actitud se debe tomar frente a la presencia de estas características. Enseñar habilidades específicas para ayudar a los adolescentes a aceptarse a sí mismo y tener una alta autoestima. Entrenarles en habilidades sociales, haciendo hincapié en el estilo de comunicación asertivo y de solución de problemas, para influenciar más confianza en su toma de decisiones.



15.2.5. Hacer llegar los resultados obtenidos a los directivos de los colegios participantes, como compromiso adquirido al inicio del trabajo, para que la información sea usada a favor de los estudiantes en riesgo.

15.2.6. Solo el 18% de los encuestados fueron varones, lo que podría ser una variable perturbadora a la hora de analizar la presencia de TCA, por ello se sugiere que este estudio debería hacérselo a un grupo igual de hombres y mujeres.



13. BIBLIOGRAFÍA

- 13.15. **Ángel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J**, Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre Julio/94 y Diciembre/95. *Acta MedColomb*. 2007.
- 13.16. **Angel LA, Vásquez R**. Trastornos del comportamiento alimentario. Hallazgos epidemiológicos y factores de riesgo. ALAN. 2008.
- 13.17. **Anónimo** Anorexia: peligrosa para la salud física y mental. Farmacéuticos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, 2008.
- 13.18. **Anónimo** Bulimia: cuestión de peso. Farmacéuticos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, 2007.
- 13.19. **Álvarez G., AR. Vázquez, JM. Mancilla y G. Gómez**. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. 2006.
- 13.20. **Baile JI, Raich RM, Garrindo E**. Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psic* 2008.
- 13.21. **Baravalle CH, Vacarezza LE**: Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica. Editorial Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México. 2006
- 13.22. **Barriguete A**. Anorexia y Bulimia nerviosa: el control del miedo. *Cuader Nutr* 2008.
- 13.23. **Behar, R.;** De la Barrera, M., Michelotti, J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*; 2009.



- 13.24. **Behar, R;** De la Barrera, M., y Michelotti, J. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*; 2007.
- 13.25. **Brusset B:** La anorexia: inapetencia de origen psíquico en el niño y el adolescente. Editorial Planeta, Barcelona 2005.
- 13.26. **Carcamo A, Sciaraffia M, Rider S:** Adaptación del Test EDI 2, para la evaluación de trastornos alimentarios en la población chilena". Tesis para optar al título de psicólogos. Santiago, Chile. Universidad ARCIS. Escuela de Psicología, 2007.
- 13.27. **García-Camba E.** Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 2007.
- 13.28. **Garner DM.** Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2. Madrid: Tea Ediciones, SA; 2008.
- 13.29. **Garner DM And PE. Garfinkel..** The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa.2009.
- 13.30. **Garner DM., MP.** Olmsted, Y. Bohr and PE. Garfinkel. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 2007.
- 13.31. **Gómez G.** Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. *Inv Psc;* 2008.
- 13.32. **Hoerr SL, Bokram R, Lugo B, Bivins T, Keast R.** Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr* 2007.
- 13.33. **Lang M, Tisher M.** Cuestionario de Depresión para niños; Publicaciones de Psicología Aplicada, Editorial TEA Madrid España. 2006.
- 13.34. **Michel Gelder.** Oxford Psiquiatría. Madrid, España. 2005



- 13.35. **Mora, M.** & Raich, R.M. *Adaptación del bulimia test i BSQ en una muestra universitaria.* Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapia del Comportamiento. 2007
- 13.36. **Moral Jiménez,** María de la Villa y Ovejero Bernal, Anastasio. Jóvenes, globalización y posmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo.* Abril, 2008.
- 13.37. **Raich, R.M.,** Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L.. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud, 2006*
- 13.38. **Ramírez AL,** Moreno S, Yepes MM, Posada AC, Pérez GM, Roldán L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana. *Ámbito Médico.* 2007
- 13.39. **Rees JM.** Nutrición en la adolescencia. En: Mahan, Arlin. *Nutrición y Dietoterapia.* 8va edición Pennsylvania, USA: Interamericana MacGraw-Hill; 2008
- 13.40. **Rodin, J.,** Silberstein, L.R. & Striegel-Moore, R.H. Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (ed.), *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender.* 2007.
- 13.41. **Rodríguez AM,** Martínez JM, Novalbos JP, Ruiz MA, Jiménez D. Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Rev Esp S Public* 2009
- 13.42. **Rodríguez, M. C..** Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría,* 2006



- 13.43. **Saucedo T.** y N. Cantú. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *Psicol Soc Mex.* 2008
- 13.44. **Sepúlveda, A.**; León, J., y Botella, J.. Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*,2005
- 13.45. **Spear BA.** Nutrición en la adolescencia. En: Mahan LK, Escote SS. *Nutrición y Dietoterapia de Krause.* 10ª edición Pennsylvania, USA: Interamericana MacGraw-Hill; 2009
- 13.46. **Toledo, M.**, Ferrero, J. Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E.. Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2008.
- 13.47. **Unikel C,** Mora J, Gómez G. Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. 2009
- 13.48. **Unikel C,** Gómez G. Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Rev Mex Psc* 2009
- 13.49. **Unikel C,** Gómez G. Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual* 2008.
- 13.50. **Unikel C,** Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2005.
- 13.51. **Vásquez R, Angel LA, Calvo JM, Moreno N.** Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. *Rev Fac Med UN Col.* 2009.
- 13.52. **Vásquez-Barquero JL.** Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN). Adaptación en español Unidad de Investigación en



Psiquiatría Social de Cantabria. Organización Mundial de la Salud, Editorial Meditor, Santander, España. 2006

13.53. **Villagómez** L, Cortés J, Barrera E, Saucedo D, Alcocer L. Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Inv Clin* 2008.

13.54. **Williamson, D.A.**, Cubic, B.A. & Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 2009



14. ANEXOS

14.15. OFICIOS

Loja, de..... de 20..

Estimado Sr/Sra

DIRECTOR DE COLEGIO “

Ciudad.

Preocupados por el desarrollo y salud de la juventud lojana, los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, estamos haciendo un proyecto de investigación sobre “Incidencia Y Prevalencia De Transtornos Del Comportamiento Alimentario En Estudiantes Comprendidos Desde 12 A 18 Años De Edad De Los Colegios Fiscales De La Ciudad De Loja En El Periodo Abril – Agosto Del 2009”, para lo cual acudimos a usted, solicitándole el debido permiso que nos permita realizar una encuesta en base al proyecto propuesto, las cuales se encuentra adjunta.

Esta investigación pretende conocer la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios en escolares adolescentes lojanas de los colegios fiscales y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas.

Los resultados permitirán alertar a los profesionales de la salud de los factores de riesgo y signos y síntomas de estos trastornos, a fin de realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado y desde la perspectiva de la salud pública esta investigación sentará las bases para el diseño e implementación de intervenciones preventivas acordes a nuestra realidad.

El test será meramente objetivo, consta de tres partes, la primera evalúa el comportamiento alimentario, la segunda la ansiedad en los jóvenes y la última evalúa la de depresión. Se escogerá 15 jóvenes al azar de cada año y la prueba no durará más de 10 minutos en total.

Una vez terminado el estudio le haremos llegar a usted el documento con los resultados del mismo, para que lo utilice como crea conveniente, esperando ayudar de alguna forma con la institución.

Conocedores de su generosa colaboración, agradecemos desde ya la acogida favorable a nuestra petición, ya que estamos seguros le será de mucho beneficio.

Atentamente,

Srta. Andrea Cecibel Quevedo Amay

Tesista del CITTES de Ciencias Médicas de la UTPL



14.16. ENCUESTAS

14.16.1. Encuesta de comportamiento alimentario (ECA)

Estimados estudiantes:

Los estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, se dirigen a Uds. Muy respetuosamente con el propósito de obtener información acerca de los trastornos del comportamiento alimentario que afectan en la actualidad a los jóvenes por lo que le solicitamos muy comedidamente se dignen a contestar las siguientes preguntas

NOMBRE:.....

FECHA:...../...../.....

EDAD.....años Curso:..... GÉNERO: F() M()

PESO ACTUAL.....KILOS

ESTATURA ACTUAL..... cm.

¿Cuál cree usted debe ser el peso de su cuerpo?.....kilos.

¿Cuál ha sido su peso durante el último año?.....kilos.

1. Cuando pasa frente a una venta de alimentos:

- a) entra siempre
- b) frecuentemente entra
- c) Siente grandes deseos de entrar pero se resiste
- d) Le es indiferente

2. Si respondió (a) o (b) en la anterior, ¿qué tipo de alimentos consume?

(Su respuesta puede incluir uno o más tipos de alimentos y subraye el ó los alimentos correspondientes)

- a) Dulcería (bocadillos, arequipe, dulces, chocolates)
- b) Pastelería (bizcochos, tortas, croissant, pan, etc.)
- c) Tipo cafetería (empanadas, papas fritas, besitos, buñuelos, almojábanas, etc.)
- d) Heladería (helados, conos, cremas, malteadas, etc.)
- e) Bebidas no dietéticas (gaseosas, jugos, yogurt, tinto, té o café con leche endulzados)

3. Su hábito de alimentación consiste en:

- a) Tres comidas tradicionales
- b) Tres comidas tradicionales y entremeses (media mañana y media tarde)
- c) Salta frecuentemente las comidas tradicionales sin un orden establecido
- d) No existe un patrón ordenado de alimentación
- e) Tres comidas tradicionales y galguitar o picar todo el día.
- f) Tres comidas tradicionales, entremeses (media mañana y/o media tarde) y galguitar o picar todo el día.

4. Reconstruya sus hábitos alimentarios en el esquema que sigue

Número de desayunos por semana []

Número de almuerzos por semana []

Número de comidas por semana []



Número de entremeses por semana (media mañana, media tarde, etc.):

Mañana [] Tarde [] Noche []

Galguea ó pica [] veces/semana y describa lo que come _____

Bebidas dulces: [] por día Número tintos al día []

Azúcar número cubos o cucharadas [] c/u

Número aromáticas ó té al día []

Azúcar número cubos o cucharadas [] c/u

Paquetes de cigarrillos _____ día

Número cervezas _____ por día/sem/mes

Número tragos: vinos _____ d/s/m

Otros licores: Número _____ d/s/m

5. Durante sus comidas:

- a) Come a la par con los demás comensales
- b) Es variable o come sin fijarse en eso
- c) Come más rápido [] o más lento [] que ellos
- d) Come mucho más rápido [] o mucho más lento [] que ellos

6. Usted considera que la cantidad que come usualmente es:

- a) Igual a la de los demás
- b) Menor que la de los demás
- c) Mayor que la de los demás
- d) Excesivamente grande [] o pequeña []

7. Durante sus comidas:

- a) Degusta todos los alimentos
- b) Degusta sólo ciertos alimentos
- c) Generalmente los consume automáticamente
- d) Ocasionalmente se fija en lo que come

8. Usted se sienta a la mesa a comer:

- a) Cuando es la hora determinada para ello
- b) Cada que tiene la oportunidad de hacerlo
- c) Sólo cuando tiene hambre

d) Frecuentemente sin habérselo propuesto

9. Come Usted cuando realiza otras actividades como:

- a) Leer o estudiar
- b) Durante el trabajo
- c) Mirando TV, videos, cine, fútbol, etc.
- d) Ocasionalmente o nunca.

Nota: su respuesta puede incluir más de una opción; subraye o adicione las situaciones correspondientes.

10. Piensa o siente grandes deseos de comer en situaciones especiales: reuniones de trabajo, momentos difíciles, cuando tiene que tomar decisiones, después de una comida, exámenes, conferencias? Subraye cuáles si responde a, b o c.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Sólo a veces
- d) Nunca

¿Cuáles?

.....

11. Respecto a su peso corporal:

- a) Piensa en él siempre que come algo
- b) Es algo que le preocupa permanentemente
- c) Ocasionalmente se interesa en su valor
- d) Le tiene sin cuidado y casi nunca lo verifica.

12. El peso que Usted presenta es el fruto de:

- a) Dieta constante gracias al consejo de un profesional
- b) El cuidado constante que Ud. pone en lo que come
- c) Dietas frecuentes y cortas realizadas sin orden médica
- d) Su alimentación habitual o de costumbre

13. Cuando Usted toma sus alimentos:



- a) Consume siempre la totalidad de los alimentos
- b) A veces deja [] o repite [] parte de uno o varios alimentos
- c) Con gran frecuencia deja [] o repite [] de uno o varios alimentos
- d) Siempre consume sólo una parte de lo que le sirven o exige que le sirvan menos que a los demás
- e) Siempre consume una cantidad adicional de uno o varios alimentos o exige que le sirvan mayor cantidad

14. Su forma de comer y su peso corporal son producto de:

- a) Falta completa de voluntad para controlarlos
- b) Falta de control en situaciones especiales
- c) Su voluntad y control de sí mismo
- d) Su forma de ser, no tiene que controlarlos

15. Cuando Usted observa su propio cuerpo:

- a) Le desagrada la forma del mismo o de una parte de él
- b) Se considera obeso o con exceso de grasa
- c) Cree podría ser mejorado con algunos cambios en su alimentación
- d) Lo considera adecuado o normal

16. Usted cree que el peso de su cuerpo

- a) Se mantiene normal a pesar de su desinterés por él
- b) Debe ser controlado pero es incapaz de hacerlo
- c) Es el producto de la atención que pone en él
- d) Lo controla con gran dificultad

17. Cuando Usted está comiendo:

- a) Degusta siempre los alimentos y establece su calidad
- b) Con frecuencia lo hace en forma automática o inconsciente

- c) Realiza cálculos y cuentas sobre su valor y las posibles consecuencias en Usted
- d) Piensa está haciendo “algo malo” [] ó “algo bueno” [] según el tipo de alimentos que esté tomando

18. Respecto a sus hábitos de alimentación:

- a) Han sido siempre los mismos desde la infancia
- b) Han cambiado según la época de su vida
- c) Hubo algunas dificultades durante la infancia [] o adolescencia []
- d) Siempre han sido un problema o no están definidos

19. Se ha provocado Usted el vómito para controlar su forma de comer y su peso en algún momento de su vida:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente por período menor de un mes
- d) Dos o más veces por semana por más de un mes

20. Ha usado laxantes:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

21. Ha tomado medicamentos que aumentan la orina (diuréticos):

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

22. Cuando Usted por cualquier razón come demasiado:

- a) Lo considera como algo inevitable
- b) Se siente culpable de haberlo hecho



- c) Intenta corregir el exceso de alguna manera
- d) No le da importancia dado que es ocasional

23. Cuando Usted consume sus alimentos:

- a) La presencia de otras personas le es agradable
- b) Necesita estar acompañado o compartir con alguien
- c) Con frecuencia lo prefiere a solas
- d) Frecuentemente le desagrada como comen otras personas

24. La evolución de su peso en épocas recientes:

- a) Se ha mantenido siempre estable
- b) Ha oscilado de dos a cinco kilos pero se ha mantenido estable
- c) Ha cambiado más de cinco kilos y no ha regresado al anterior
- d) Ha venido cambiando sin parar y alejándose del anterior

25. Usted controla su comida o hace dieta para controlar su peso:

- a) Raramente o nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

26. Sufre Usted de Vómito con frecuencia?

Si No En caso afirmativo, con qué frecuencia?
_____ veces por día Sem

27. Sufre Usted de estreñimiento?

Si No

28. Sus ciclos menstruales:

- a) Son normales
- b) Presentan alteraciones frecuentes

- c) Frecuentemente son de dos o tres meses
- d) No menstrua hace más de tres meses

29. Ha usado durante el último año alguno de los siguientes medicamentos?

(Puede indicar más de una opción)

- a) Anfetaminas
- b) Hormonas para el tiroides
- c) Medicamentos para quitar el apetito
- d) Tranquilizantes
- e) Antidepresivos
- d) Anticonceptivos

30. Le ocurre a Ud. comer grandes cantidades hasta sentirse mal o a sabiendas de que se va a sentir mal:

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Con frecuencia: una a cuatro veces al mes
- d) Dos o más veces por semana

Si desea hacer alguna observación o agregar algo con respecto a sus hábitos alimenticios, su cuerpo, su peso, etc., puede anotarlo a continuación

.....
.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

1.6.2.2. Escala de Hamilton para clasificación de la ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

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

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

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensación de pinchazos.					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de desmayo.					
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					



1.6.2.3. Escala de depresión de Zung

ESCALA DE ZUNG PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Conteste las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros correspondientes a la columnas A, B, C o D, según el siguiente criterio:

- A = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.
- B = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.
- C = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
- D = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

	A	B	C	D
1. Me siento triste y deprimido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que estoy adelgazando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estoy estreñado/a (constipado/a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me canso por cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi cabeza no esta tan despejada como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. No tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento mas irritable que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Encuentro difícil la toma de decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No me creo útil y necesario para la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que seria mejor para los demás que me muriera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.6.2.4. Consideraciones éticas, consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLEGIO: _____

En forma libre y voluntaria

Yo,.....

Manifiesto que: me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este proyecto de investigación; por lo tanto, doy mí consentimiento para colaborar con este estudio realizado por la UTPL.

Firma:.....



14.17. FOTOS





