

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CÁTOLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO MANUEL CÓRDOVA GALARZA Y
JOEL OSTEEN ACADEMY QUITO MARZO 2011**

**DISERTACIÓN PREVIA A OPTAR POR TITULO DE MEDICO/A
CIRUJANO**

GONZÁLEZ MARTÍNEZ DENIS ELIZABETH

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO 2014

DEDICATORIA

A

MELISSA

MATTEO

NICOLE

MIS QUERIDOS HIJOS

POR SU AMOR Y PACIENCIA

AGRADECIMIENTOS

A Dios fuente inagotable de vida.

A mi Padre por su amor, comprensión, paciencia y apoyo incondicional

A mi madre y a mis hermanos verdaderos gestores de mi carrera y mis éxitos.

A todos mis maestros por sus magníficas enseñanzas, muy especialmente aquellos que también me brindaron su amistad y apoyo sin condiciones para hacer de mí una mejor profesional.

Por supuesto a todos mis pacientes verdadera fuente de conocimientos.

No puedo dejar de agradecerte a ti Amor Armando por tener la paciencia y el tiempo de cuidar a mis hijos cuando yo no estuve cerca y por brindarme apoyo para la realización de este sueño.

CONTENIDO	PAG.
1. TITULO	1
2. LISTA DE CUADROS	2
3. LISTA DE GRÁFICOS	3
4. RESUMEN	4
5. ABSTRACT	7
6. INTRODUCCIÓN	8
7. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
8. CAPITULO I	
8.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL	10
8.1.1 Definición	
8.1.2 Prevalencia	11
8.1.3 Consecuencias	13
8.1.4 Fisiopatología	15
9. CAPITULO II	
9.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	18
9.1.1 Definición	
9.1.2 Prevalencia	
9.1.3 Clasificación	19
9.1.3.1 Anorexia	
9.1.3.2 Bulimia	
10. CAPITULO III	
10.1 DEPRESIÓN	28
10.1.1 Definición	

10.1.2 Prevalencia	29
10.1.3 Clasificación	31
10.1.4 Causas	33
10.1.5 Neurotrasmisores	34
10.1.6 Cambios Endocrinos	37
10.1.7 Alteraciones Sistema Inmune	41
10.1.8 Alteraciones Cerebrales	43
10.1.9 Neurobiología de la depresión	44
11. CAPITULO IV	
11.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA DEPRESIÓN	45
12. OBJETIVOS	51
13. HIPÓTESIS	52
14. METODOLOGÍA PROPUESTA	53
15. CÁLCULO DE LA MUESTRA	57
16. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	58
17. TECNICAS DE INVESTIGACIÓN	59
18. RESULTADOS	60
18.1 COLEGIO JOEL OSTEEN	61
18.1.1TEST CBL	
18.1.2 TEST TLQ	
18.1.3 TEST EAT-26	
18.1.4 TEST DE ZUNG	
18.2 COLEGIO MANUEL CÓRDOVA GALARZA	67

18.2.1 TEST CBL	
18.2.2 TEST TLQ	
18.2.3 TEST EAT-26	
18.2.4 TEST DE ZUNG	
19. ANALISIS BIVARIAL	74
20. DISCUSIÓN	82
21. CONCLUSIONES	85
22. RECOMENDACIONES	86
23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
24. ENCUESTA	92
25. CONSENTIMIENTO INFORMADO	96

TITULO:

**ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACIÓN CON
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO
MANUEL CÓRDOVA GALARZA Y JOEL OSTEEN
ACADEMY QUITO**

INDICE DE TABLAS

PAG.

1

TABLA 1

Criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los
Desórdenes Mentales para los Trastornos de la Alimentación.
(DSM IV)

28

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1

Etiología de los Trastornos Conducta Alimentaria	20
--	----

GRAFICO 2

Fisiopatología de la Bulimia	26
------------------------------	----

GRAFICO 3.

Fisiopatología de la Depresión	43
--------------------------------	----

RESUMEN

El presente trabajo busca identificar si existe una relación entre el Abuso Sexual Infantil con los trastornos de la conducta alimentaria y depresión en adolescentes del colegio Joel Oteen y Manuel Córdova Galarza de la ciudad de Quito, posibilitando líneas de acción a futuros estudios, que vayan desde la prevención, la detección precoz hasta el abordaje temprano.

Aquellos adolescentes que han atravesado un abuso sexual infantil y desarrollan a posterior patologías psiquiátricas son la causa del desarrollo de este estudio.

El Abuso Sexual Infantil es cualquier clase de contacto sexual que involucra a niños dependiente, inmaduros o en proceso de desarrollo, siendo un problema frecuente en diferentes culturas y sociedades. Se observa que a través de los años los adolescentes presentan un sentimiento de vergüenza y culpa que llegan a adoptar medidas auto-líticas para sentirse libre de ellas.

Los trastornos de la conducta alimentaria son todas aquellas pautas anormales de una persona cuando no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida que reflejan una disrupción en sus procesos evolutivos y que se acompañan de cursos biológicos, cognitivos, psicosociales y emocionales desadaptativos; dos de los principales trastornos alimenticios son la anorexia y la bulimia

Depresión que representa un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad que puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio.

Por lo anterior, su comprensión integral permitirá encontrar mejores herramientas terapéuticas que puedan prevenir las consecuencias del tema en estudio.

La presente investigación es de tipo analítico, corte transversal o de prevalencia, se usó como herramienta la encuesta con varias escalas para identificar signos, síntomas como consecuencias del abuso sexual infantil relacionadas con los trastornos alimentarios, problemas de personalidad y desequilibrio de las relaciones interpersonales del adolescente.

Por esta razón la compleja relación existente en el tema de estudio nos llevará a comprender mejor la problemática de nuestra sociedad especialmente de la relación que existe entre el abuso sexual y los problemas de trastorno alimentario en relación con la bulimia e incremento significativo de la depresión, especialmente en mujeres de ambos colegios estudiados.

Se realiza el análisis estadístico Chi cuadrado en el Colegio Manuel Córdova Galarza, mientras que el Chi cuadrado con corrección de Yates del Colegio Joel Osteen, y al realizar cada análisis bivariado se realiza el test exacto de Fisher en ambos Colegios, que permitieron demostrar que en el colegio Joel Osteen, existe solo un caso de abuso sexual en hombres en este colegio y seis casos de abuso sexual en mujeres con test de Fisher < 0.053 OR: 0.14 IC 0.01-1.21, además el test de Fisher < 0.00005 es el valor que se obtuvo al relacionarlo con los problemas del comportamiento y test de Fisher de 0.063, OR: 4.89 con IC: 0.80-28.33 al relacionarlo con trastornos de la conducta alimentaria.

En el colegio Manuel Córdova Galarza el abuso sexual existen dos casos de abuso en mujeres y dos casos en hombres, con un test de Fisher de 0.64 OR: 1.56 con IC: 0.15 -15.70, al relacionarlo con los problemas de comportamiento se obtuvo un valor de 0.0000005 en test de Fisher, y al analizar el riesgo de la conducta alimentaria en relación al abuso sexual, en este colegio, tenemos valor de test de Fisher (0.058) OR: 8.89 IC: 0.85 – 92.96 .

ABSTRACT

The objective of this study is looking for a relationship between Child Sexual Abuse with eating disorders and depression in adolescents. Enabling courses of action ranging from prevention, early detection approach to the early.

Those subjects who have undergone a Child Sexual Abuse and fixed at the stage of a retraction subsequently develop psychiatric disorders, is how the Child Sexual Abuse is a form of abuse by a minor action, being a common problem in different cultures and societies. And such is the shame and the appropriation of this guilt that patients who come to take punitive measures themselves, including eating disorders are all those abnormal patterns that reflect a disruption in the evolutionary processes and courses are accompanied by biological, cognitive, psychosocial and emotional maladaptive. Moreover these patients are subjected to a state of depression that represents a public health problem due to its high morbidity: 5% of the world's population has a depressive disorder. This condition can develop unfavorably, with severe consequences such as suicide. The etiology of depression is complex, it involves multiple factors, genetic, biological and psychosocial.

Palabras clave: ASI: abuso sexual infantil; depresión; TCA: trastornos de la conducta alimentaria

INTRODUCCIÓN

La presente tesis nos lleva a conocer el desarrollo del Abuso Sexual Infantil desde la base de daños psiquiátricos en adolescentes, en donde existen creencias con respecto a la iniciación de la vida sexual temprana, hasta el daño causado por abuso sexual infantil que puede causar un gran daño al adolescente y convertirse en un abusador en la adultez, si no es atendido a tiempo.

Los trastornos de la conducta alimentaria y las características depresivas que se presentan en la adolescencia después de haber sido sometidos a un abuso sexual hacen que el adolescente en muchas ocasiones cambie el normal desenvolvimiento, no solo en su vida afectiva, sino también en su desarrollo cultural y socioeconómico.

El estudio del vínculo entre el abuso sexual infantil, los trastornos alimentarios y la depresión ha sido bastante prolífico. Se tienen datos de la relación con el maltrato físico infantil aunque son más escasos. Sin embargo, en Ecuador el fenómeno ha sido escasamente tratado este vacío ha sido la principal motivación de esta investigación.

Se define al Abuso Sexual Infantil como cualquier clase de contacto sexual que involucra a niños dependientes e inmaduros, en proceso de desarrollo, en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente que violan los

tabúes sociales con respecto a los roles de la familia y a las cuales no son capaces de dar su consentimiento. Otra definición sostiene que el Abuso Sexual Infantil es una modalidad de maltrato por acción sobre un menor; es cualquier acto de contacto sexual que sea por la fuerza, engaño o soborno entre dos personas donde hay una desigualdad de edad, tamaño, poder o conocimiento, debido a su inmadurez psicofísica o nivel de comprensión. Aunque los trastornos de la conducta alimentaria se padecen individualmente tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y origen. Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

Es por eso que estos conceptos nos permitan manejar dos de los principales trastornos alimenticios que son la anorexia y la bulimia. Si éstos son entendidos en su complejidad, mayores serán las posibilidades de identificar a los grupos de riesgo para el desarrollo de estos trastornos en adolescentes que fueron abusados sexualmente en la infancia.

La palabra depresión proviene del término latino *depressus*, que significa “abatido” “derribado” Es un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

La depresión también puede ser expresada mediante afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Aunque puede ser ocasionada por múltiples factores, la depresión suele aparecer con el estrés y ciertas crisis emocionales: una decepción sentimental, la vivencia de un accidente o una tragedia, un abuso sexual en la infancia, etc.

El abuso sexual es un problema mundial que está presente en todas las culturas y sociedades y que constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. Lo que importa es que, en cualquier caso, supone una obstrucción en el desarrollo evolutivo del niño y puede dejar unas secuelas que no siempre cicatrizan con el paso del tiempo.

Finalmente, la investigación pretende conocer las características alimentarias de los adolescentes abusados sexualmente y sus problemas de depresión, sean estos a corto o largo plazo en los colegios Joel Osteen Academy y Colegio Manuel Córdova Galarza.

CAPITULO I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ABUSO SEXUAL INFANTIL

DEFINICIÓN

No existe una definición reconocida del abuso, por lo cual los investigadores suelen adoptar aquella más adecuada para los objetivos de sus estudios. El abuso sexual infantil puede considerarse como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto, o desde una posición de poder o autoridad sobre el niño”¹.

El National Center of Child Abuse and Neglect propuso, en el año 2000, que se da abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas.

Por otro lado, la Academia Americana de Pediatría ha definido al Abuso Sexual Infantil como “la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder.”²

¹ Azaola, E. Maltrato, Abuso y Negligencia Contra Menores de Edad. Violencia y Salud.2006 mex.

² Sintomatología del abuso sexual infantil .Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 25: 128-154, 2010 Vitriol, Vásquez, Iturra & Muñoz, 2007

Este puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido.

PREVALENCIA

El abuso infantil se ha convertido en el mayor problema de salud a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 40 000 000 de niños entre las edades de 0-14 años alrededor del mundo sufren abuso y negligencia, requiriendo los servicios de psicología, psiquiatría, y trabajo social.

En 2009 Finkelhor presenta un resumen de la prevalencia del abuso sexual infantil en 21 países, entre ellos España, basándose en estudios en los años noventa. En este estudio las diferencias metodológicas entre los diversos países quedan patentes, con unos porcentajes de prevalencia que varían entre el 1% y el 36% en mujeres y entre el 3 y 29% en hombres. Estos hallazgos constatan la alta presencia del abuso sexual infantil en los distintos países incluidos, considerándose un problema internacional. En su mayoría, estos estudios coinciden en que gran parte de las víctimas son mujeres y que éstas sufren en mayor porcentaje el abuso sexual.

Las diferencias en las cifras encontradas no parecen responder a disimilitudes reales en los casos de abuso sexual infantil que pueden encontrarse en uno u otro país, sino a diferencias en la metodología utilizada, tipo y características de la muestra, definición de abuso sexual infantil, uso de autoinformes o entrevistas personales, etc.

CLASIFICACIÓN

Así clasificaremos el abuso sexual en

Abuso sexual en el período lactante

Aún pudiendo no existir recuerdo de la situación abusiva, el registro corporal y afectivo del niño o niña se mantiene a lo largo de la vida y se manifestará en períodos posteriores del desarrollo como dificultad en la vinculación con otros.

Abuso sexual en el período preescolar

En este período el niño está centrado en completar el período de formación de la confianza básica, en lograr autonomía respecto de sus figuras de apego y adquirir habilidades sociales e instrumentales y una alta capacidad de aprendizaje en su aspecto cognitivo.

El abuso sexual, al afectar estas funciones del desarrollo, tiene como efectos centrales en ese período la producción de trastornos de ansiedad (timidez, miedos, desconfianza, hipervigilancia, desórdenes del sueño, del apetito, del control de esfínteres), trastornos en la vinculación (mayor necesidad de permanecer con las figuras de apego, actitud defensiva, rechazo afectivo), perturbación en el desarrollo del lenguaje o del aprendizaje global, limitación de la autonomía.

Abuso sexual en el período escolar

La experiencia de abuso sexual, especialmente aquella de violación, determina un grave impacto en su visión de sí mismo (indefenso, sucio, despreciable), con sentimientos como vergüenza, impotencia, cólera, temor, tristeza. La autoestima del niño o niña resulta sustancialmente dañada (sensación de no merecer ser querido, desvalorización personal).

Abuso sexual en el período de adolescencia

Cuando el abuso sexual se da en el ámbito intrafamiliar o por un conocido, generalmente se establece en escalada. La transgresión a su cuerpo es vivida de similar manera a la invasión de su ser integral. La rabia, la sensación de impotencia, pueden manifestarse a modo de severos cambios de conducta.

CONSECUENCIAS

Consecuencias del abuso sexual a corto plazo

En cualquier período evolutivo, el abuso sexual impactará directamente en su desarrollo psicosexual, constituyendo éste el perjuicio o daño más frecuente y estable en el tiempo.

“En ninguna etapa del desarrollo infanto-juvenil, el niño o adolescente está capacitado para dar su consentimiento a una relación o contacto sexual con un adulto poniendo el límite de edad en los dieciocho años.”³

³ Definición de la O.M.S., UNICEF

El abuso sexual, principalmente en sus formas de mayor intensidad y duración, destruye, perturba o retarda la posibilidad del adolescente de organizar adecuadamente su identidad global, puede crear dudas en torno a la identidad sexual (principalmente en varones), o desarrolla una vinculación anormal con personas del mismo género del agresor.

Consecuencias a mediano y largo plazo

Angustia permanente, percepción de riesgo vital constante, desconfianza, retraimiento, actitud defensiva, agresividad.

Cambios frecuentes de humor, ideas suicidas persistentes, autoagresiones, enojo explosivo, inhibición de las emociones, sexualidad autodestructiva o excesivamente inhibida.

Alteraciones de la memoria como consecuencia de experiencia que sobrepasa la capacidad de respuesta de la víctima; perturbación en el recuerdo de situaciones extenuantes o traumáticas relacionadas al abuso sexual. Mantención de mecanismos de disociación, represión, negación, bloqueo, despersonalización, amnesia, desrealización.

Distorsiones cognitivas en relación a la capacidad sexual, detención del proceso normal de maduración de la sexualidad humana desde la genitalidad a la relación afectiva consensual basada en la mutualidad. Inhibición de la sexualidad en pareja, alteraciones en el deseo sexual y disfunciones sexuales. En casos severos trastornos en el rol sexual y/o de la identidad sexual.

FISIOPATOLOGÍA

Consecuencias psiconeurobiológicas

Los niños que han recibido abuso físico y sexual presentan una elevación sustancial en las concentraciones matutinas de cortisol.

Las mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual infantil, pueden presentar concentraciones persistentemente irregulares de cortisol o alteraciones en la reactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, así como patrones alterados en la respuesta de la hormona del crecimiento en niños del sexo masculino.

La investigación de las bases neurobiológicas está en pleno desarrollo, incluye el uso de imágenes cerebrales funcionales, nuevos sistemas de investigación de factores neuroendocrinos (eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y tiroideo), neuroquímicos (noradrenalina, serotonina y opioides endógenos) y neuroinmunológicos, todo esto en base de la tomografía por emisión de positrones que evidencia un crecimiento en la actividad de algunas regiones cerebrales prefrontales y temporales.

Los estudios se han focalizado en dos sistemas biológicos: el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y el sistema nervioso simpático.

La exposición precoz a una situación de estrés puede traducirse en cambios a largo plazo en los sistemas neurobiológicos que están involucrados en la respuesta al estrés.

Durante el desarrollo, las catecolaminas son importantes para determinar las propiedades funcionales de las neuronas maduras, lo que incluye cambios en la densidad de receptores. Un niño en un ambiente de abuso o abandono podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado, haciéndolo más susceptible al desarrollo de signos y síntomas más graves cuando se exponga a traumas a lo largo de la vida.

Distintos estudios han indicado que los sucesos traumáticos en la niñez también se asocian con cambios persistentes en el eje HHA. Newport , determinaron que la alteración de la retroalimentación de este eje media las secuelas neuroendocrinas en el maltrato infantil. Se aplicó la prueba de supresión con dexametasona a mujeres con historia de abuso infantil (n = 19), y sin abuso infantil (n = 16), mujeres con Trastornos Postraumáticos sin abuso (n = 10), y mujeres sin enfermedad mental y sin historia de abuso infantil (n = 19).

Las mujeres con historia de abuso infantil tuvieron mayor supresión de cortisol que los otros grupos, y mayor supresión de ACTH que las voluntarias sanas con o sin abuso. Se concluyó que la supresión de cortisol fue evidente en las pacientes que habían sido abusadas en su niñez, pero no en la paciente sana con historia de abuso. Esto indica que el aumento de la retroalimentación del eje HHA es una consecuencia variable del maltrato infantil, pero está más relacionado a enfermedad en sujetos que han sido víctimas de trauma durante su niñez.

Los resultados de neuroimágenes, tanto de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) como de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) indican que los pacientes

tienen reducción significativa del volumen y actividad metabólica del hipocampo comparado con los controles. Bremner et realizaron un estudio en que se comparó, mediante RNM, el volumen del hipocampo de adultos con antecedente de abuso infantil y de controles. En todos los pacientes con abuso infantil se encontró disminución del volumen del hipocampo izquierdo en un 12% con respecto a los controles. Este hallazgo continuó siendo significativo luego de controlar la edad, consumo de alcohol y nivel educacional. Se cree que los sucesos traumáticos producen liberación de neurotransmisores tóxicos que probablemente provocan daño neuronal irreversible, lo que podría explicar mayor vulnerabilidad a otras patologías psiquiátrica.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

DEFINICIÓN

El trastorno alimentario es una enfermedad psíquica, aparecen por lo general entre los 12 y los 19 años, pero también se dan en personas de más edad. Un 90% de los afectados son mujeres, aunque también hay hombres que pueden desarrollar trastornos alimenticios. La enfermedad se presenta en todos los ámbitos, aunque es más frecuente en campos relacionados con daños en la niñez como maltrato infantil y abuso sexual, la estética, el deporte, el ballet y la moda.

Los desórdenes alimenticios más comunes son anorexia nerviosa y la bulimia. La anorexia es un desorden emocional que puede comenzar con una pérdida de peso extrema y la incapacidad de subir de peso.

PREVALENCIA

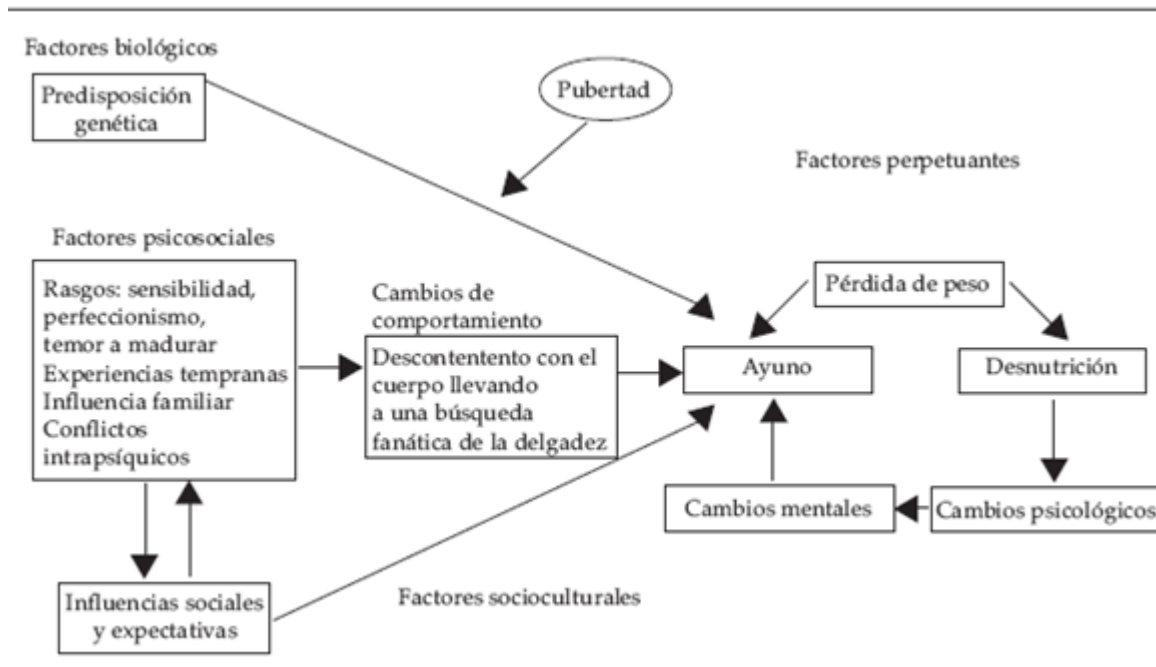
El 90 por ciento de las personas que sufren de éste desorden son mujeres. Los estudios científicos sugieren que una de cada 250 mujeres sufre de anorexia, y sus síntomas aparecen por primera vez durante los primeros años de la adolescencia.

La bulimia se caracteriza por episodios de comer en exceso y luego vomitar intencionalmente, el ayuno y el ejercicio extremo. La bulimia tiende a presentarse entre las adolescentes mayores, y muchas de ellas también han padecido de anorexia.

“Alrededor de 27.000 mujeres sudamericanas, de entre 15 y 44 años, tienen anorexia; 18.000 tienen bulimia y 28.000 padecen de atracones compulsivos.”⁴

⁴ Professor McNicolas F., Eating Problems in Children and Adolescents, Lucena Clinic, 2002

GRAFICO 1.- Etiología trastornos conducta alimentaria



CLASIFICACIÓN

1.- ANOREXIA NERVIOSA

Es una enfermedad que se caracteriza por una extrema aversión a la comida, por un intenso miedo a engordar, así como por el deseo constante de adelgazar, aún a pesar de estar por debajo de los límites adecuados de peso. El peso se pierde por ayunos o reducción extrema de la alimentación, pero casi el 50% de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o antidiuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso.

FISIOPATOLOGÍA

Esencialmente, la fisiopatología de la Anorexia Nerviosa es la del ayuno, purga, intoxicación hídrica y síndrome de realimentación.

Ayuno

Es de utilidad conceptualizar la fisiología del ayuno como el intento del organismo de adaptarse a la falta de alimento. Esto ocurre a un nivel metabólico y neuroendocrino. El descenso notable del metabolismo puede verse como un intento de mantener la homeostasia de la glucosa (fase inicial) y conservar las proteínas (fase final). Inicialmente hay aceleración de la gluconeogénesis hepática. “Cuando el ayuno se prolonga, el organismo responde a la depleción proteica con un desplazamiento metabólico a quemar grasas y producir cuerpos cetónicos, con lo que se prioriza la conservación proteica. Gradualmente la acetona reemplaza a la glucosa como combustible cerebral. Además, los cuerpos cetónicos mandan señales a los músculos para reducir el catabolismo. Son habituales en este estado la cetonemia, cetonuria y el aliento cetónico.”⁵ Si se agrava la desnutrición, el estado hipometabólico progresa a la bradicardia severa, hipotensión marcada, acrocianosis y ortostatismo. Finalmente, si no se interrumpe el ayuno se atraviesa la última barrera a la supervivencia, con el desencadenamiento de un síndrome cerebral orgánico que progresa desde la lentitud y confusión a la obnubilación, letargo, estupor, coma y muerte. En última instancia, la muerte por estado de inanición es consecuencia del deterioro neurológico que ya no permite la alimentación.

Purga

⁵ Rome ES, Ammermann S. Medical complications of eating disorders: An update. J Adolesc Health 2003; 33:418-426

Los pacientes que en forma reiterada se autoinducen el vómito desarrollan anomalías metabólicas graves debido a la pérdida de ácido clorhídrico. La pérdida de hidrogeniones lleva a la alcalosis. La pérdida de cloro interfiere con el mantenimiento de un volumen arterial efectivo, que depende en parte de las propiedades osmóticas del cloruro de sodio. La hipovolemia conduce al hiperaldosteronismo secundario compensatorio, que induce la reabsorción tubular de sodio (como bicarbonato) y excreción de potasio. Esto provoca alcalosis hipoclorémica hipocalémica. Las pacientes que abusan de laxantes suelen manifestar deshidratación crónica y acidosis.

Intoxicación hídrica

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

Síndrome de realimentación

La hipofosfatemia, con sus manifestaciones, se presenta en su mayoría en pacientes hospitalizados que reciben una carga nutricional excesiva sin suplemento de fósforo. No se produce en pacientes con AN no tratadas, ya que el

fósforo está presente prácticamente en todos los alimentos que consumen. Además, durante la fase hipometabólica, el organismo no necesita fósforo. En la paciente hospitalizada, con la llegada de nutrientes en abundancia, el fósforo extracelular ingresa a la célula rápidamente, a lo que sigue la hipofosfatemia. Esto también es cierto ante la administración de fluidos endovenosos, ya que el metabolismo de la glucosa requiere la presencia de fosfato. “El síndrome de realimentación hipofosfatémico se manifiesta con náuseas, vómitos, dolor óseo y articular, debilidad y anorexia. En casos severos puede haber anemia hemolítica, rabdomiólisis, cardiomiopatía, insuficiencia respiratoria y paro cardíaco.”⁶ El sistema nervioso central es particularmente sensible a la hipofosfatemia y responde con confusión, delirio, psicosis, convulsiones y muerte. Resulta trágico que el accionar médico pueda ser la causa de muerte en pacientes con Anorexia Nerviosa.

La mortalidad que provoca es una de las mayores causadas por trastornos psicopatológicos.

Tipo restrictivo: Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso. Durante el periodo de anorexia nerviosa los pacientes no recurren a atracones ni purgas.

Tipo compulsivo purgativo: Se utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas. En este tipo, algunos pacientes no presentan atracones, pero si recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas

⁶ Rome ES, Ammerman S, Piper DS, et al. Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. Pediatrics 2003; 111:98-108.

cantidades de comida. Su causa es desconocida, pero hay una serie de factores causantes de la anorexia que son una combinación de: elementos biológicos (predisposición genética y biológica); elementos psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos); elementos sociales (influencias y expectativas sociales).

La pérdida de peso conduce a la malnutrición la cual a su vez contribuye a los cambios físicos y emocionales del paciente y perpetúa el círculo vicioso que se sintetiza en el modelo psicosocial de la anorexia nerviosa.

Síntomas

- Disminución de peso significativa con atrofia muscular y prominencias óseas.
- Excesiva sensibilidad al frío; piel pálido-amarillenta, reseca. Puede haber acné y pérdida significativa del cabello, debido a anemia y trastornos hormonales.
- Debilidad y mareos.
- Palpitaciones. Ritmo cardíaco alterado, hipotensión, calambres musculares.
- Halitosis, agrandamiento de las glándulas parótidas.
- Constipación / meteorismo
- Trastornos auditivos por pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído.

- Propensión a las infecciones debido a inmunodeficiencia.

Trastornos en la esfera psíquica:

- Alteraciones en el carácter: ira, irritabilidad, agresividad.
- Inseguridad, sensación de incapacidad para desempeñarse en innumerables tareas.
- Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta de comida.
- Ansiedad desmedida. Frecuentes casos de tabaquismo.
- Insomnio.
- Aislamiento social, desinterés sexual.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.

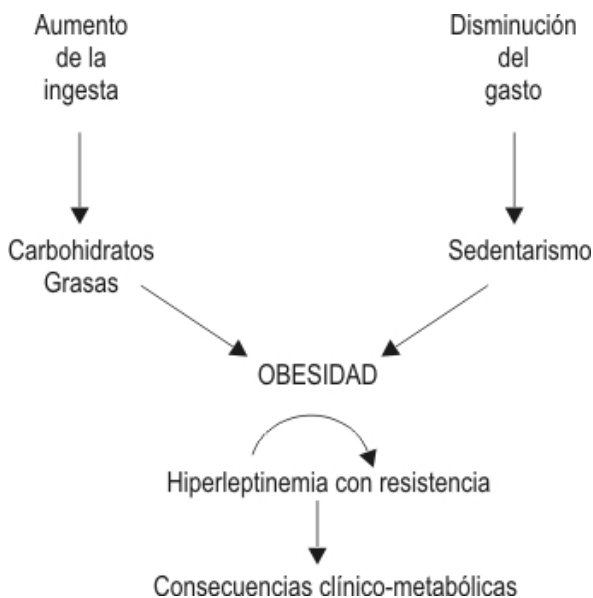
La evaluación del paciente anoréxico debe incluir una historia exhaustiva y un examen físico completo. Las preguntas sobre el comportamiento en relación con el control del peso que pueden ser útiles son de este tipo: ¿Cómo maneja el /la adolescente el control de su peso?, ¿Cuánto le gustaría pesar?, ¿Cada cuánto tiempo verifica su peso?, ¿Existe algún comportamiento adelgazante del tipo de vómitos, abuso de purgantes, uso de diuréticos o empleo de píldoras dietéticas?, ¿Cuál es la imagen que el/la adolescente tiene de sí mismo.?

2.- BULIMIA NERVIOSA

Es una enfermedad mortal que se manifiesta como un gran deseo por comer, seguido del uso de laxantes y ejercicio excesivo e inducirse el vómito, todo esto provoca desarreglos y cambios en la alimentación diaria.

Generalmente es una enfermedad que padecen las mujeres y en menor proporción los hombres. La razón más común para llevar a cabo conductas bulímicas es querer tener una excelente figura.

GRAFICO 2. FISIOPATOLOGÍA BULIMIA



Tipo "Purgativo": la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.

Tipo "No purgativo": la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.

Entre las múltiples causas más comunes se encontrarían:

- Una marcada presión social a la delgadez ("Si eres una top model triunfarás en la vida").
- Turbulento pasado de "gordita".
- Sentimiento interno de gordura (no es necesario un sobrepeso real).
- El modelo de una madre a la que se considera gruesa.

Factores pertenecientes a la historia personal: presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual y diabetes mellitus. Determinados rasgos de personalidad y presencia de ideas sobrevaloradas sobre la figura y el peso. La presión sociocultural a la esbeltez junto a la estigmatización de la obesidad juegan un papel fundamental pero evidentemente es necesario que aparezcan otros elementos para que se desarrollen los trastornos alimentarios, como pueden ser: un contexto educativo y familiar que particulariza el modelo estético-corporal, una baja autoestima, un estilo de afrontamiento deficiente.

TABLA 1.- Criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales para los Trastornos de la Alimentación. (DSM IV)

Anorexia nerviosa	Bulimia	Trastorno de la conducta alimenticia no especificado
<p>A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso.</p> <p>B. Alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.</p> <p>C. Pérdida de por lo menos</p>	<p>A. Episodios recurrentes de voracidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos. - Falta de control sobre la alimentación durante el episodio. 	<p>A. Distinciones de grado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares. - Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro

<p>25% del peso original. En menores de 18 años de edad debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico.</p> <p>D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad, estatura. A estos criterios pueden agregarse los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física. • Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual. Se especifican dos tipos de anorexia: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo restrictivo: la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas. • Tipo compulsivo-purgativo: se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas. 	<p>B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.</p> <p>C. Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales.</p> <p>D. Conducta compensatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos. - No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes 	<p>de los límites de la normalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, pero con menor frecuencia. <p>B. Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir dos galletas).</p> <p>C. Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.</p> <p>D. Trastorno compulsivo: se presentan atracones recurrentes sin tener conductas compensatorias</p>
---	---	--

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar. “Se han llevado a cabo estudios en pacientes con depresión a largo plazo, encontrando que existen dos formas básicas de depresión: la exógena

y la endógena y que las causas pueden incluir factores: genéticos, químicos y psicosociales”⁷. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica, como ocurre en las psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva), ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo afectado. Ese valor afectivo varía de individuo a individuo y es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. “En otras palabras, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y éste no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Por lo tanto, se puede inferir que la llamada depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral.”⁸

“La depresión es caracterizado por los siguientes síntomas cardinales: estado de ánimo decaído la mayor parte del día y casi todos los días, y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer. Además, comprende un espectro de variantes clínicas de acuerdo con la evolución, respuesta al tratamiento, tendencia

⁷ Leyla Guadarrama, Alfonso Escobar, Limei Zhang

⁸ Escobar A. Neurobiología de la depresión 2010

a la cronicidad, recurrencia, y gravedad, que puede aparecer en forma de trastorno leve hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos.”⁹ Otros síntomas comunes incluyen baja concentración, reducida autoestima, pensamientos de culpabilidad, pesimismo, ideas de autodaño o suicidio, disturbios del sueño y alteraciones del apetito.

PREVALENCIA

La depresión representa un problema de salud pública. Según estudios recientes, 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo. Ésta puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio y la disfunción sociofamiliar. Se estima que para el 2020 la depresión se convertirá en la segunda afección más discapacitante, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica. “La prevalencia en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25%, aproximadamente y se estima que varía en función del sexo, siendo más recurrente en mujeres (25%) que en hombres (12%). La depresión grave, por su parte, puede desarrollarse a cualquier edad, pero la edad promedio de aparición se sitúa alrededor de los 25 años.”¹⁰

“Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. A su vez, se subdividen en tres grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. De éstos, la

⁹ Recalde, JM, 1999. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria.

¹⁰ American Psychiatry Association. DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3 rd. Edn. Washington, DC: APA, 1994

depresión mayor (también llamada depresión unipolar) y la distimia son las categorías más frecuentes.”¹¹ El DSM define al trastorno depresivo mayor por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias); fatiga o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicómotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Estos factores problemáticos provocan deterioro social y laboral y no se explican mejor por la presencia de un duelo, ni son debidos al consumo de sustancias o a una enfermedad médica.

CLASIFICACIÓN

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber

¹¹ López Piñero, José María. 2002 Medicina en la Historia

historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

Trastornos del estado de ánimo. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

CAUSAS

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores genéticos.
- Factores químicos: alteraciones de neurotransmisores.
- Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima, abuso sexual.

Factores genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. “El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21.”¹²

“En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee

¹² . Baldwin D, Birtwistle J

la evidencia de la interacción genético ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo.”¹³

Alteraciones de neurotransmisores

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

“La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años.”¹⁴ Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO). “En su forma original la hipótesis propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica por medio del incremento de los

¹³ Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A.)

¹⁴ Blows WT. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline 2009 p,234-254

niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas.”¹⁵. Se ha demostrado que el tabaquismo crónico inhibe la monoamino-oxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina y de la monoamino-oxidasa A. Esta acción explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina. Estudios clínicos y de laboratorio indican la participación de los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en varias funciones cerebrales complejas como la memoria, atención y procesos cognoscitivos, pero también en la patogénesis de varias aflicciones neuropsiquiátricas como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer. Éstas se caracterizan por la disminución de la densidad de nAChRs, o como en la epilepsia autosómica dominante nocturna del lóbulo frontal y posiblemente en la esquizofrenia, las cuales parecen ser producidas por alteraciones genéticas que afectan las funciones de los nAChRs. “Estudios realizados indican que el tabaquismo podría representar una forma de automedicación en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el desorden de déficit de atención e hiperactividad así como en la depresión.”¹⁶ Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdalahipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre esas estructuras. Se piensa que los dos principales circuitos neuroanatómicos involucrados en la regulación del talante son: el circuito límbico-talámico-cortical (circuito de Alexander) que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo, y la corteza prefrontal tanto la medial como la

¹⁵ Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant 2007 p-p254

¹⁶ Neuroanatomía de la depresión Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, Hayward C, Varady A. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence

ventrolateral; así como el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. De acuerdo con este modelo las alteraciones del talante podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos que podrían ser el inicio de trastornos del talante, o conferir cierta vulnerabilidad biológica que, en combinación con factores ambientales tenga como consecuencia alguno de estos desórdenes.

CAMBIOS ENDÓCRINOS

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

Los estudios acerca del funcionamiento endocrino en pacientes depresivos han revelado anormalidades del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol. La prueba de supresión de cortisol con dexametasona, que en algún momento fue considerada una prueba diagnóstica para depresión, se encuentra alterada en un subgrupo de enfermos depresivos y puede identificar pacientes con una anormalidad del eje HHA.

En los últimos años ha despertado gran interés el estudio de los mecanismos centrales que intervienen en la regulación de los niveles de cortisol circulante. En el núcleo paraventricular del hipotálamo existe un grupo de neuronas que secretan el péptido llamado factor liberador de corticotrofina (más conocido por la sigla CRF derivada de su nombre en inglés: "*corticotrophin releasing factor*"). El CRF es transportado a la hipófisis por la circulación hipotálamo-hipofisiaria portal. En la hipófisis estimula a las células productoras de la hormona adenocorticotrofina (ACTH), la que pasa a la circulación periférica y estimula a la corteza suprarrenal para que secrete glucocorticoides, particularmente cortisol. Los glucocorticoides, a su vez, ejercen retroalimentación negativa en la hipófisis anterior, hipotálamo e hipocampo, mediante la estimulación de receptores de glucocorticoides. De este modo, la cantidad de corticoides es mantenida dentro de un nivel normal.

“Las investigaciones sugieren que la perturbación hipotalámica primaria en la depresión puede consistir en un número aumentado de neuronas que contienen CRF en el núcleo paraventricular, el que se traduciría en una hipersecreción de CRF por el hipotálamo.”¹⁷ Se presume que el aumento en la síntesis y liberación de CRF desencadena una secuencia de hechos, partiendo por un crecimiento de la hipófisis y un aumento de la secreción de ACTH, el que a su vez lleva a un crecimiento de la glándula suprarrenal y a un aumento de los niveles basales de cortisol. Esta hipercortisolemia provocaría una alteración en los receptores de glucocorticoides, los que sufrirían una regulación a la baja, permaneciendo

¹⁷ Raadsher FC, Van Heerikhuize JJ, Lucassen PJ. Corticotrophin-releasing hormone mRNA levels in the paraventricular nucleus of patients with Alzheimer disease and depression. *Am J Psychiatry* 2009;152:1372-6

disfuncionales o con una "resistencia a los glucocorticoides" en algunos pacientes depresivos. También podría suceder a la inversa, es decir, que la resistencia a los glucocorticoides podría ser el defecto primario que lleva a una hipercortisolemia secundaria a la ausencia de la retroalimentación inhibitoria de los glucocorticoides en la hipófisis y el hipotálamo.

Esta alteración explicaría los resultados anormales de la prueba de supresión de cortisol por dexametasona y la respuesta aplanada de ACTH a la administración intravenosa de CRF exógeno en algunos enfermos depresivos, en comparación con controles normales.

Se supone que la alteración de los receptores de glucocorticoides en algunas regiones cerebrales, particularmente en el hipocampo, podría contribuir a la sintomatología depresiva. Normalmente el hipocampo tiene un efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. "Sin embargo, cuando los receptores de glucocorticoides se encuentran afectados secundariamente a la hipercortisolemia, se altera este efecto inhibitorio, lo que lleva a una persistente secreción de cortisol. La hipercortisolemia, por su parte, está asociada con neurotoxicidad y con una reducción de la neurogénesis en el hipocampo. Un hipocampo que funciona mal puede estar asociado a algunos de los síntomas depresivos" ¹⁸.

Eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT)

¹⁸ Sapolsky RM. Stress, glucocorticoids, and damage to the nervous system: the current state of confusion. *Stress* 1996;1:1-19

Los pacientes depresivos presentan varias alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT). Hay un aplanamiento del ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con pérdida del pico normal de secreción nocturno de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) . Algunos pacientes depresivos tienen elevadas concentraciones de hormona liberadora de tirotrófina (TRH) en el líquido cefalorraquídeo. La hipersecreción de TRH puede llevar a regulación a la baja de los receptores de TRH en las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explicaría la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH exógena, anomalía que ha sido ampliamente documentada. La administración directa de TRH en el líquido cefalorraquídeo por inyección intratecal puede ejercer un efecto antidepresivo agudo. Esto sugiere que los elevados niveles de TRH en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos pueden representar una reacción compensatoria más que tener un papel causal en la depresión. “Sin embargo, la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH no es específica y también se ha observado en pacientes alcohólicos y maníacos.”¹⁹

Pacientes con niveles normales de hormonas tiroideas y sin disfunción tiroidea evidente pueden tener niveles elevados de anticuerpos tiroideos, lo que indicaría la existencia de tiroiditis subclínica, la que puede estar asociada con cuadros depresivos.

Hormona del crecimiento

¹⁹ Weeke A, Weeke J. Disturbed circadian variation of serum thyrotrophin in patients with endogenous depression. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 57: 281-9

La hormona del crecimiento es secretada por la hipófisis anterior y juega un papel esencial en el crecimiento somático. Su secreción es afectada por el estrés.

La secreción de la hormona del crecimiento es controlada por dos péptidos hipotalámicos: la hormona liberadora de hormona del crecimiento que tiene un papel estimulante, y la somatostatina que tiene un papel inhibitorio. Los pacientes depresivos tienen un aplanamiento de la curva de secreción diurna de hormona del crecimiento y en especial del pico nocturno. Este aplanamiento puede ser consecuencia del sueño fragmentado que presentan los pacientes depresivos.

También se ha observado un aplanamiento de la respuesta de hormona del crecimiento a la estimulación por clonidina, por estrés y por hipoglicemia en pacientes depresivos.

Alteraciones del sistema inmune

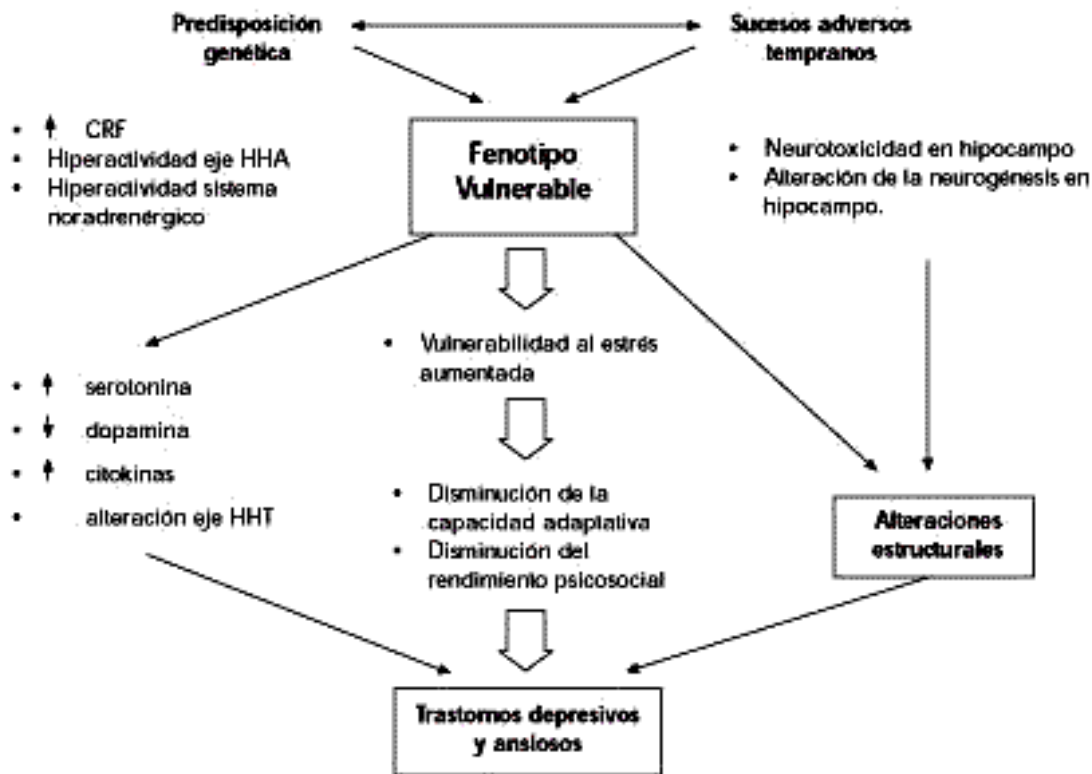
Una serie de evidencias sugiere la existencia de una comunicación recíproca entre el sistema inmune y el sistema nervioso central, la que se efectúa mediante una serie de hormonas, transmisores y péptidos. El estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos severos afectan la respuesta inmune y el curso de las enfermedades mediadas por este sistema. Al parecer, los estresores pueden tanto aumentar como disminuir la respuesta inmune, dependiendo si el estrés es agudo o crónico y del tipo de componente estudiado.

“Por otra parte, las alteraciones del sistema inmune inducidas por la depresión varían dependiendo de la severidad clínica, de la edad y del sexo del paciente. Por ejemplo, los pacientes viejos y con depresión severa tienen una disminución del número de células CD4 y de la respuesta del mitógeno de los linfocitos, en comparación con los controles.”²⁰

En la depresión parecen jugar un papel importante los mediadores inmunes denominados citokinas (interleukinas, interferón y factor de necrosis tumoral). En los pacientes depresivos se han encontrado niveles elevados de citokinas proinflamatorias. Estas citokinas podrían activar el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal de un modo directo a través de sus efectos sobre CRF, o indirectamente a través de volver resistente al receptor de glucocorticoides, lo que puede llevar a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Como ya se ha señalado, esta hiperactividad de CRF y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal puede contribuir a la génesis de los trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, las citokinas proinflamatorias pueden alterar los sistemas de transmisión monoaminérgicas en varias regiones cerebrales, por ejemplo reduciendo la disponibilidad de L-triptofano, que a su vez lleva a una reducción de los niveles de serotonina.

GRAFICO 3.- FISIOPATOLOGIA DEPRESION

²⁰ Schleifer SJ, Keller SE, Bond RN. Major depressive disorder and immunity: role of age, sex, severity and hospitalization. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 81-7



Simetría cerebral

Cambios asimétricos podrían estar presentes en los desórdenes del talante. Los estudios regionales del metabolismo cerebral de la glucosa encontraron incremento en el metabolismo en el lado derecho, y no coincidieron con hallazgos de disminución del flujo sanguíneo del lado derecho que reportan algunos estudios. Así, en la literatura de neuroimagen funcional hay evidencia conflictiva acerca de los cambios en la lateralidad del hemisferio cerebral en pacientes con depresión unipolar y bipolar. Algunos estudios mostraron disminución en las mediciones de metabolismo o flujo sanguíneo cerebral en el hemisferio izquierdo, y otros en el derecho.²¹

²¹ Shiah IS, Yatham LN. GABA function in mood disorders

Anormalidades cerebrales regionales

Los trastornos del talante podrían estar asociados con anomalías funcionales del cerebro de tipo regional o localizada, en lugar de anomalías globales. Cambios localizados independientemente de las alteraciones globales son indicadores potenciales de regiones cerebrales involucradas más directamente en la patogénesis de los trastornos del talante. Han sido investigadas varias estructuras cerebrales, entre ellas: Regiones corticales como lóbulo temporal, estructuras límbicas (formación hipocámpica, amígdala, uncus), lóbulo parietal, lóbulo occipital. Regiones subcorticales: ganglios basales, tálamo; estructuras de la fosa posterior como el cerebelo; otras regiones cerebrales como la circunvolución del cíngulo. También se sugieren anomalías en los ganglios basales, el lóbulo temporal y estructuras límbicas relacionadas. La depresión unipolar parece estar caracterizada por disfunción primaria en la corteza prefrontal y los ganglios basales, mientras que la depresión bipolar podría estar asociada con disfunción en el lóbulo temporal, además de las áreas mencionadas antes, en sujetos de control. Se tenía la hipótesis de que tanto el factor edad como la duración de la depresión estarían inversa e independientemente correlacionados con el volumen hipocámpico.

NEUROBIOLOGIA DE LA DEPRESION

Los estudios más detallados de la lateralización de los trastornos afectivos secundarios a daño cerebral han sido realizados en pacientes con accidentes cerebrovasculares, quienes han demostrado repetidamente que las lesiones

agudas del hemisferio izquierdo causan depresión mayor, distimia y ansiedad, mientras que las lesiones del hemisferio derecho causan jovialidad inapropiada, hipomanía, manía y trastorno bipolar. La depresión mayor (depresión endógena) se asocia a lesiones en el lóbulo frontal o en los ganglios basales (caudado, putamen) izquierdos, y la depresión menor (distimia) se asocia a lesiones en los lóbulos parietales. La depresión asociada con lesiones vasculares del hemisferio izquierdo es relativamente común, mientras que la manía y el trastorno bipolar por lesión del hemisferio derecho es menos frecuente. La manía secundaria se asocia a lesiones en el hemisferio derecho que afectan las cortezas orbitofrontal y baso temporal o a estructuras subcorticales (tálamo, caudado), mientras que el trastorno bipolar ocurre asociado, casi invariablemente, a lesiones subcorticales en el hemisferio derecho. En este contexto, es importante señalar que la fenomenología de los trastornos psiquiátricos asociado a lesiones del hemisferio cerebral derecho es mucho más variada (manía, psicosis, delirio, síndromes confusionales, paramnesias, etc.) que lo que ocurre en pacientes con lesiones de hemisferio izquierdo (depresión, ansiedad).

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACION CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESION

Algunos aspectos que han motivado este interés han estado dados, porque historias de trauma infantil y abuso sexual se obtienen más frecuentemente de lo esperado en pacientes psiquiátricos, particularmente en pacientes con trastornos

afectivos, trastornos por alimentación, trastornos obtenidos en la niñez y trastornos de personalidad

A lo anterior, se ha sumado la evidencia empírica de que fuentes de estrés ambiental, particularmente eventos vitales significativos, permitirían entender algunos de los hallazgos neurobiológicos encontrados en los cuadros depresivos, por lo que actualmente la depresión se conceptualiza en un modelo integrado que se origina en la interacción compleja entre una disposición genética y sucesos vitales significativos

“Las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual.”²²

También es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes que las consecuencias iniciales, sin embargo el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta.

El interés que me lleva a investigar el tema es porque el Abuso Sexual Infantil se encuentra dentro de los más frecuentes malos tratos hacia los niños con

²² Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000

importantes y perdurables efectos psicológicos, tanto a corto como a largo plazo, que interfiere en el desarrollo adecuado del niño.

La experiencia de abuso sexual infantil puede considerarse una situación extrema que, tal y como exponen Lazarus y Folkman (1999), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de individuos. Los niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente muestran una variedad de síntomas psicológicos, físicos y conductuales que pueden variar en su severidad, pero que dejan siempre marcas indelebles en su personalidad.

Los problemas que se presentan incluyen depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, disfunción sexual en la madurez, aislamiento social o, al contrario, conductas antisociales o impulsivas.

La Asociación Americana de Psicología (APA) recomienda prestar atención cuando un niño muestra cambios súbitos en su conducta, como regresiones, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, depresión, problemas de conducta o de aprendizaje en la escuela y falta de motivación para participar en actividades sociales y escolares, ya que estas alteraciones pueden indicar la existencia de abuso o trauma.

Los efectos del abuso sexual no se manifiestan únicamente en la niñez. A veces los recuerdos permanecen reprimidos en el inconsciente por muchos años y salen a la superficie mucho tiempo después, en la adultez, muchas veces reactivados

por sucesos vitales importantes como el matrimonio, el embarazo o la pérdida de un ser querido.

Se ha observado que las personas que han sufrido abusos en la niñez (sexuales, físicos o emocionales) presentan con frecuencia el conjunto de síntomas que indican la presencia de una depresión clínica.

“Las consecuencias del abuso probablemente dependan de la duración, las características del ataque (si hubo violencia o amenazas) y de la relación del abusador con la víctima.”²³

En la actualidad se sabe que experiencias traumáticas en la niñez, tales como el abuso sexual, desencadenan cambios en la estructura química del cerebro es por eso que la depresión y los trastornos alimenticios que son las consecuencias de este abuso son tomadas en cuenta en este trabajo.

Una investigación difundida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que para 2020 el abuso sexual infantil provocará una buena parte de las enfermedades entre ellos depresión, trastornos alimentarios y de la conducta que pueden terminar en algún tipo de discapacidad y que, sobre todo, afectarán a personas de entre 17 y 50 años.

Sobre los efectos y señales de abuso se han realizado investigaciones, tales como la de Gallego, Medina, & Montoya (2007), que muestra una relación estadísticamente significativa entre abuso sexual infantil y depresión.

²³ <http://www.aldiatx.com>

“La investigación de Wilson (2010), enfocada desde una perspectiva holística, presenta características sintomatológicas a largo plazo enfocado en las víctimas de ASI, así como las posibles consecuencias de este. Una fuerte incidencia de problemas psicológicos a largo plazo existen en las víctimas de actos de abuso sexual en la niñez George (1996), citado por Wilson (2010), encontró que los adultos que habían experimentado el abuso sexual en la niñez presentaban el doble de probabilidades de sufrir trastornos de salud mental, que su contraparte que no había sido abusada.”²⁴ Aunque no todas las víctimas de ASI presentan síntomas psicopatológicos relacionados con el abuso al que han tenido que sobreponerse, sí sufren de algunos síntomas a corto y largo plazo, fundamentalmente depresión. Resulta necesario aclarar la relevancia del papel de la depresión como síntoma predominante en situaciones de abuso, como lo han presentado Western (2006) y Yonai (2007). También el trabajo de Barrett (2010) enfatiza el papel de la depresión, cuando sugiere como este tópico esencial en psicopatología se encuentra mediando las relaciones del ASI y el afecto de los padres en casos de victimización de los cónyuges. El ASI puede presentar como consecuencias en las madres que han abusado de sustancias y que presentan trastornos depresivos un aumento en la rabia y en la impulsividad. En todo caso las causas de ésta se deben clarificar a la luz de todos estos factores.

“Las historias de abuso sexual en la niñez han sido ligadas al miedo, a la ansiedad, a la depresión, al insomnio, a los desajustes sexuales, al

²⁴ Sintomatología del abuso sexual infantil Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 25: 128-154, 2010

comportamiento auto-destructivo, a los dolores de cabeza, a la agresión, a la rabia, a la baja autoestima, al abuso de sustancias, a los intentos de suicidios y a la obesidad.”²⁵ Retomando lo anterior, particularmente en lo referente a la obesidad como síntoma, el estudio de Fischer, Stojek, & Hartzell, 2010 sugiere que los trastornos alimentarios no están relacionados con el ASI, aunque el tema está sujeto a discusión; Szumska (2005) ha encontrado una alta prevalencia de abuso físico y sexual en las mujeres con desórdenes alimenticios en un estudio 3.615 mujeres.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar relación de abuso sexual infantil con los trastornos de la conducta alimentaria y depresión, en adolescentes de los Colegios Joel Osteen y Manuel Córdova Galarza .

ESPECÍFICOS

²⁵ Bridgeland, Duane & Stewart 2001; Cornman, 1997; Hall, 2000; Knisely, Barker, Ingeroll & Dawson, 2000; Roberts, 1996; World Health Organization, 1997, citados en Wilson 2010

- Determinar el porcentaje de abuso sexual infantil , trastornos de la conducta alimentaria y depresión en los adolescentes de los Colegios Joel Osteen y Manuel Córdova Galarza
- Analizar la relación entre el abuso sexual infantil asociado a los trastornos de la conducta alimentaria, en adolescentes de los Colegios Joel Osteen y Manuel Córdova Galarza.
- Analizar la relación entre el abuso sexual infantil y depresión en adolescentes de los Colegios Joel Osteen y Manuel Córdova Galarza.

HIPÓTESIS

- El abuso sexual infantil se presentan en mayor proporción en mujeres que en varones

- Los trastornos de la conducta alimentaria se relaciona con el Abuso Sexual en la Infancia.
- La depresión se relaciona con el abuso sexual infantil.

MÉTODOS

La presente investigación reúne características de investigación de tipo analítico, transversal o de prevalencia. La técnica diseñada por la investigadora es una encuesta personal sobre algunas variables sociodemográficas usando las siguientes escalas (Anexo 1):

Escala de Problemas del comportamiento en niños y adolescentes (CBC), para identificar el abuso sexual infantil. La lista de síntomas del niño CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist) es el instrumento para evaluar psicopatología en niños y

adolescentes de 4 a 18 años. El Child Behavior Checklist (CBCL) obtiene informes sobre elementos de composición abierta que cubre los problemas físicos, preocupaciones y abuso sexual infantil. El CBCL / 18/06 tiene 118 elementos específicos que describen los problemas de conducta y emocionales, además elementos de composición abierta para informar de los problemas adicionales entre ellos abuso sexual infantil el cual será tomado textualmente y únicamente estas preguntas para la valoración en este estudio. Calificando en una escala de 0-2 tipo Likert.: 0 = no es cierto, 1 = poco o algunas veces es verdad, 2 = muy cierto o a menudo cierto. Se evaluará con el coeficiente alfa de Cronbach; el alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, cuanto más se aproxime a su valor máximo 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Todos los ítems miden la característica deseada en la misma dirección. Es decir, los ítems de cada una de las escalas tienen el mismo sentido de respuesta a mayor puntuación, mayor índice de abuso sexual infantil, en este sentido de respuesta viene ya especificada. A modo de ejemplo, ocurre que cuando se redacta un test con respuestas tipo Likert (pongamos 0=nada; 3=mucho) el coeficiente alfa de Cronbach evaluara la respuesta validada por el ASEBA es un sistema de evaluación basado en los informes completos en 2001

$$\alpha_{est} = \frac{kp}{1 + p(k-1)}$$

donde

k es el número de ítems

p es el promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems

Además se decidió ingresar para una mejor validez de la tesis el cuestionario autoadministrado TLEQ que cuenta con 24 ítems, aplicable a la población con un mínimo nivel de lectura. Este test identifica la historia de trauma con fines de investigación clínica, además de la severidad y características del acontecimiento traumático vivido. Requiere un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos. Evalúa 21 tipos de eventos traumáticos, los cuales son examinados en orden gradual, comenzando por aquellos acontecimientos menos personales (tales como desastres naturales y accidentes de vehículo), hasta eventos especialmente íntimos (tales como diferentes experiencias de abuso). Diversos ítems presentan preguntas relacionadas con los diferentes sucesos evaluados y la frecuencia en que se han experimentado. En este trabajo se han considerado para los análisis exclusivamente los ítems relacionados a la experiencia de abuso sexual (ítems 1 al 8) y de la agresión sexual en la adultez (ítem 9), permite obtener información acerca del agresor, el uso de fuerza o amenazas, la presencia de heridas graves en la víctima como consecuencia del abuso y la experiencia de penetración oral, anal o vaginal; asimismo, estos ítems permiten conocer el rango de edad en que fue padecido el abuso, Asimismo, según los estudios realizados, el cuestionario presenta una validez de contenido, convergente y discriminante adecuada por Kubany en el 2000 y Kubany & Haynes en el 2001.

Escala de Zung para screening de depresión es una escala autoaplicada, desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue validada por Conde y cols. En 1970, formada por 20 frases relacionadas con la depresión cada ítem puntúa de 1 a 4 con un rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación) en este caso el rango de valores entre 20 y 100. Calificándola como: No depresión < 35 (< 28 puntos), Depresión leve 36-51 (28-41 puntos), Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos), Depresión grave >68 (>53 puntos), Depresión moderada-severa 60 (> 47 puntos).

La Escala de actitudes alimentarias (EAT-26) que evaluara los trastornos alimentarios The Eating Attitudes Test (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982. Validación española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991, con punto de corte 20). El objetivo es valorar el trastorno de alimentación. Prueba auto aplicada de 26 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con Anorexia. El EAT es el cuestionario auto aplicado con una escala de seis puntos tipo Likert. Los ítems de la prueba están

estructurados a partir de tres factores: Dieta. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios. Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y control oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura de quinto año de primaria para contestarlo.

CÁLCULO DE LA MUESTRA

$$Z^2 p q$$

$$n = \frac{N}{e^2}$$

N=tamaño de la población 570 (Colegio Joel Osteen)

900 (Colegio Manuel Córdova Galarza)

e=error estimado 0.06

Joel Osteen Academy

n= 180

Colegio Manuel Córdova Galarza

n= 280

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes escogidos al azar que desean participar después de haber leído consentimiento informado.
- Edad entre 11 y 20 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que no aceptan participar en el estudio.
- Estudiantes menores de 11 años y mayores de 20 años.
- Estudiantes que hayan sido o fueron víctimas de maltrato en la adolescencia.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La técnica de investigación que se empleó en esta investigación fue la encuesta personal. Para el presente estudio se realizó la encuesta en dos centros educativos de la ciudad de Quito que son La Academia Cristiana **Joel Osteen** y **El Colegio Nacional Mixto Manuel Córdova Galarza**, cada una de ellas permitió recoger información de una porción del objeto de interés.

Fuentes de Información Las principales fuentes a las cuales se recurrió para recolectar información para la presente investigación fueron las primarias y secundarias.

Fuentes Secundarias.- En este caso se resalta la información obtenida de las instituciones INNFA DINAPEN.

Fuentes Primarias.-Para el presente estudio se llevó a cabo el muestreo del investigador. Es decir que el investigador elige los elementos de estudio de acuerdo a lo que el necesite.

En este caso los elementos fueron que el objeto de estudio sea una persona adolescente, que este cursando el ciclo básico y bachillerato de educación y que tenga un nivel socio económico alto y medio. Para este estudio se calculó dos tipos de muestras, de esta forma se podrá estudiar tanto a los jóvenes que estudian en un colegio de clase media y de clase alta, el objeto de subdividir en clases el estudio es el demostrar la presencia de abuso mayoritario según las condiciones en las que el joven se ha desarrollado.

El Colegio Cristiano Joel Osteen se encuentra ubicado en la urbanización Ontaneda calle Rubén Dávila OE6-185 y Fidel López Conocoto, presenta nivel de Educación Básica desde primero a decimo nivel y Bachillerato, se realizaron a 180 estudiantes.

El Colegio Nacional Mixto Manuel Córdova Galarza se encuentra ubicado en el Centro de Quito Sector de La Vicentina en las calles Anagoytia N18-146 y Padre Jácome, presenta nivel de Educación de octavo a decimo de Básica y Bachillerato, a esta institución se le considera de nivel medio bajo y las encuestas se realizaron a 280 estudiantes.

Se debe considerar que por ser todos los entrevistados estudiantes adolescentes menores de edad y estar en la Unidad Educativa se pidió el respectivo permiso y consentimiento informado. (Anexo 2).

Además del permiso previo solicitado a las Rectora y Rector de cada Unidad Educativa.

Los datos se procesaron en el programa SSPS versión 19 licencia PUCE en forma de tablas y gráficos.

RESULTADOS

A continuación se presentarán tabulaciones y análisis de los resultados de las encuestas realizadas tanto en el Colegio Cristiano Joel Osteen como en el Colegio Nacional Mixto Manuel Córdova Galarza respectivamente.

El Colegio Cristiano Joel Osteen

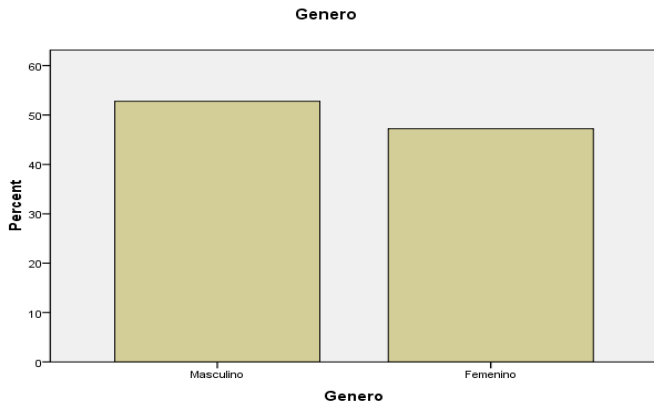
Se encuestó a 180 personas en total, mismas que cumplieron con el perfil determinado a criterio del investigador, de una forma personalizada, dando asistencia a las mismas en caso de ser necesario.

En la siguiente presentación de resultados se podrá encontrar un análisis individual de género, lo que nos dará una mejor visión estadística y se podrán determinar de mejor manera las conclusiones.

A continuación se presenta este análisis y tabulación de datos obtenidos mediante las encuestas realizadas.

Inicialmente se ha realizado un análisis univariado de los principales datos de las encuestas

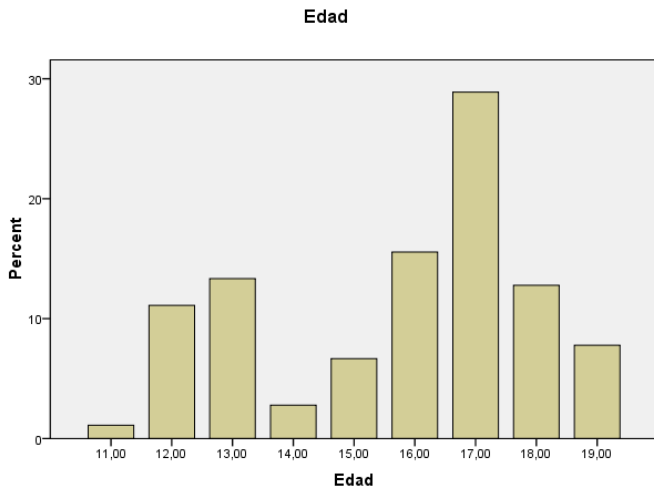
Gráfico 1.- Distribución por Género del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Como se observa, del total de personas en este colegio (180 estudiantes), un 53% son hombres 95 personas y un 47% son mujeres 85 personas.

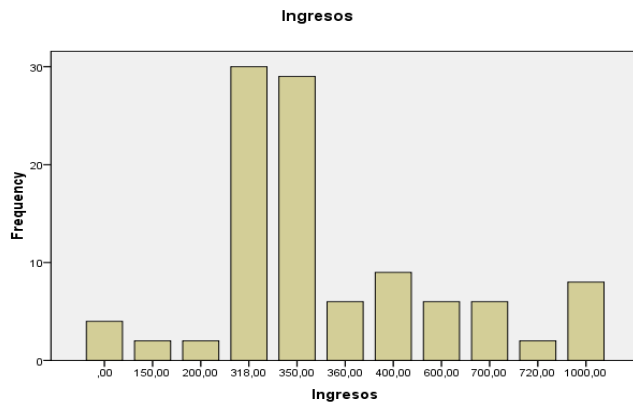
Gráfico 2.- Distribución por Edad del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Como se observa, las edades son variadas y van desde 12 años, hasta 19 años , con un promedio de 17 años

Gráfico 3.- Distribución por Nivel de Ingresos del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se puede observar, los niveles de ingresos familiares en su mayoría son de \$300 a \$350, pero sí existe también un importante grupo que tienen ingresos mayores a \$400 y hasta \$1000. A pesar de que estos ingresos pueden estar subestimados por los adolescentes.

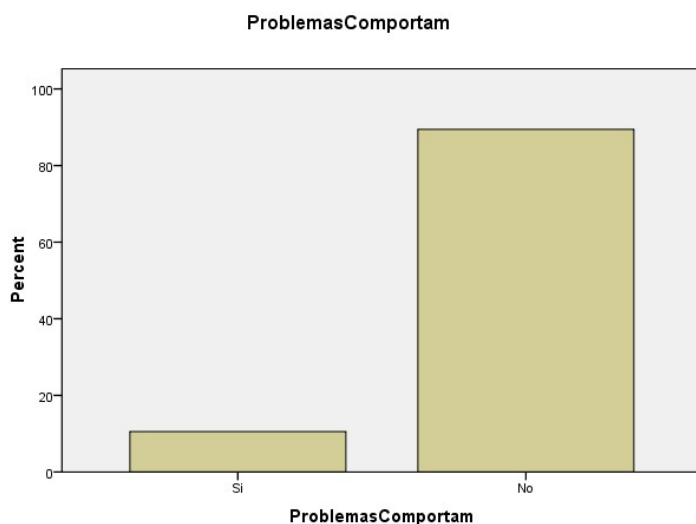
TEST CBL

En la aplicación del Test CBL con respecto a la psicopatología en niños y adolescentes se obtiene informes sobre elementos de composición abierta que cubre los problemas físicos, preocupaciones y abuso sexual infantil.

El análisis ha permitido de acuerdo a lo previsto, presentar los resultados de cada uno de los test, donde inicialmente en base al análisis del porcentaje de los resultados obtenidos, se ha podido determinar si existe o no un problema de comportamiento, resultado que parte de superar el valor de 8 puntos en el puntaje de los resultados totales de las preguntas del test de comportamiento

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 4.- Distribución por Problemas de Comportamiento del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas

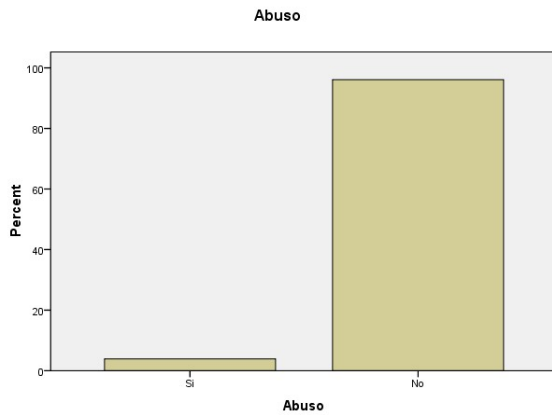
Elaboración: Denis González

Como se puede observar en el gráfico, solamente un 10% de los encuestados pueden asociarse a un problema de comportamiento, es decir 19 personas del total de estudiantes, lo cual posteriormente se correlacionará con los resultados del abuso u otro tipo de problemas.

TEST TLEQ

En la aplicación del Test TLEQ se identifica la historia de trauma con fines de investigación clínica, además de la severidad y características del acontecimiento traumático vivido. En este trabajo se han considerado para los análisis exclusivamente los ítems relacionados a la experiencia de abuso sexual (ítems 1a la 8) y de la agresión sexual en la adultez (ítem 9) ya que es el tema de análisis de la presente tesis.

Gráfico 5.- Distribución del Colegio Joel Osteen sobre Abuso Sexual Quito marzo 2011



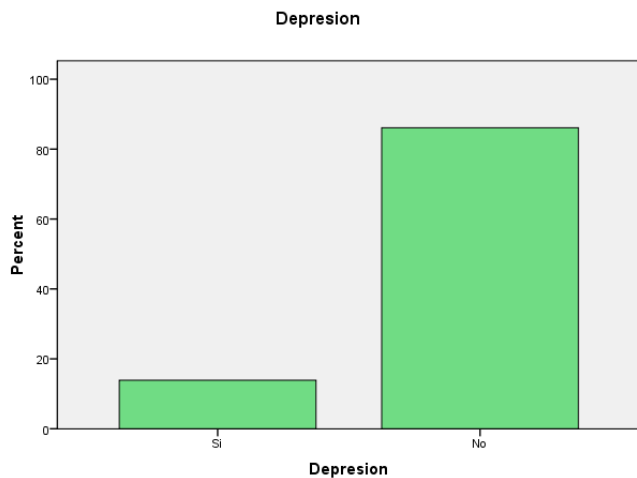
Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se puede observar en el resultado, son pocos los casos de jóvenes que han tenido algún tipo de abuso sexual identificado, el cual no supera el 4% de todos los estudiantes, pero que no es un porcentaje insignificante, pues indica que 7 de los 180 jóvenes han tenido algún tipo de problema en este ámbito.

A continuación se analizará los resultados de las personas que respondieron positivamente en las siguientes escalas EAT-26 y ZUNG

ESCALA ZUNG

Gráfico 6.- Distribución del Colegio Joel Osteen sobre Depresión Quito marzo 2011

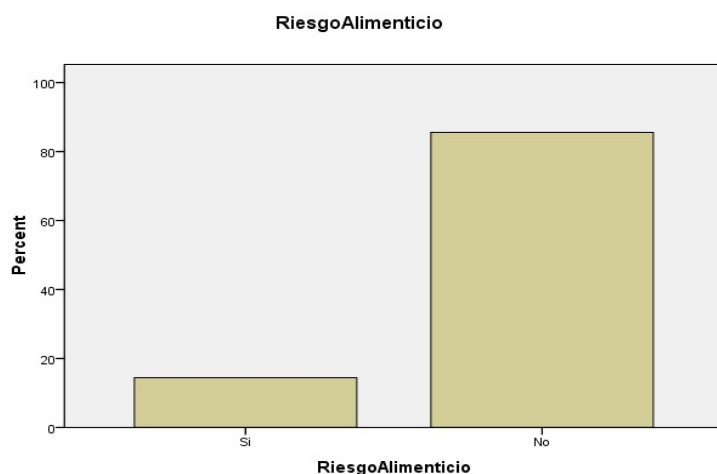


Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

En esta escala se realizó una sumatoria de los datos de cada una de las encuestas para sacar un valor normalizado de ellas y saber cuántos de ellos presentan depresión. Se puede observar que cerca de un 14% puede identificarse con una depresión moderada o severa, aspecto que posteriormente se correlacionará con otro tipo de afectaciones.

EAT-26

Gráfico 7 Distribución del Colegio Joel Osteen sobre Trastornos Conducta Alimentaria Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Podemos observar que de los adolescentes encuestados 14% es decir 26 personas respondieron al Test en forma positiva teniendo un puntaje más de 20 puntos que requiere la escala para ser positiva, lo que quiere decir que existe un trastorno alimentario; de estas se puede observar que en las preguntas 3,4,9,18,21,26; 35 personas respondieron positivamente a las encuesta teniendo ya un trastorno bulímico. Esta escala muestra un parámetro de preocupación, que requiere subsiguientes evaluaciones a tratar en estudios posteriores.

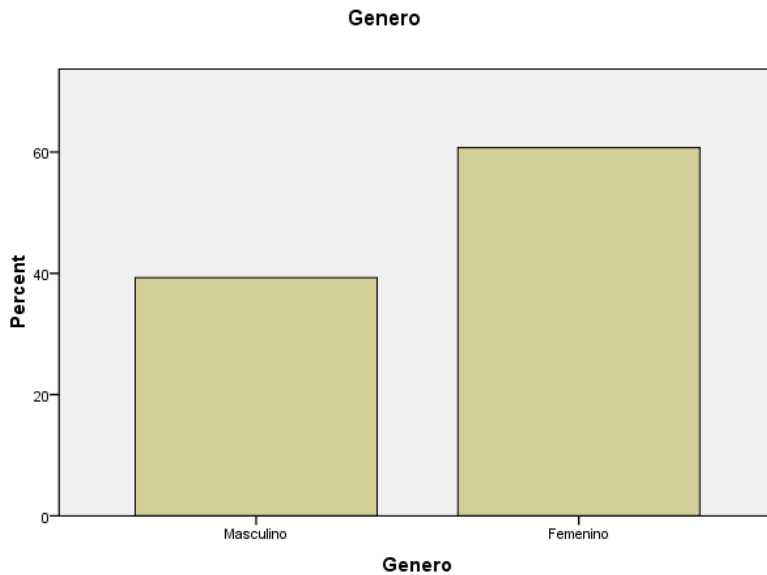
El Colegio Manuel Córdoba Galarza tiene 280 estudiantes desde el primer curso hasta el tercer año de bachillerato, a esta institución se le considera de nivel medio por su condición de colegio fiscal y de mayor acceso a la población. Las encuestas se realizaron a todos los estudiantes.

En la siguiente presentación de resultados se podrá encontrar un análisis individual de género es decir que se evaluara los resultados por separado tanto de hombres como de mujeres, lo que nos dará una mejor visión estadística y se podrán determinar de mejor manera las conclusiones.

Cabe recalcar que posterior a la pregunta 21 del test TLEQ se presenta el análisis de las personas que respondieron positivo al haber sido abusados sexualmente por una persona que fuese 5 años mayor cuando tenían una edad inferior a la actual ya que esta es la razón del estudio y de esta forma se determinará las consecuencias y conclusiones.

A continuación se presenta este análisis y tabulación de datos obtenidos mediante las encuestas realizadas.

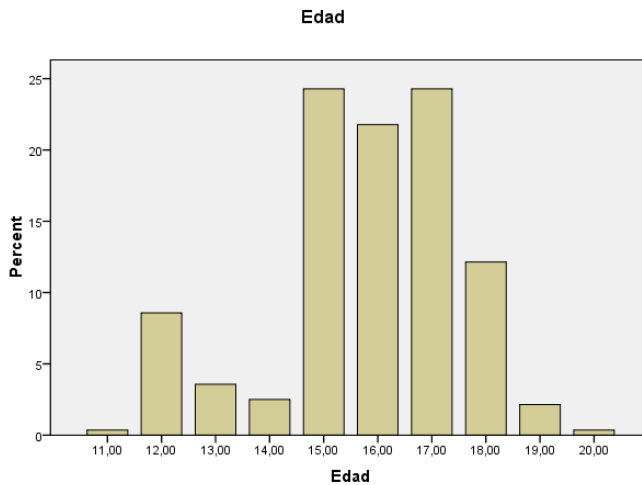
Gráfico 1.- Distribución por Género del Colegio Manuel Córdoba Galarza Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se puede observar en el estudio, existe una mayor cantidad de mujeres que de hombres, representando el 60% es decir 168 personas de la población de estudio.

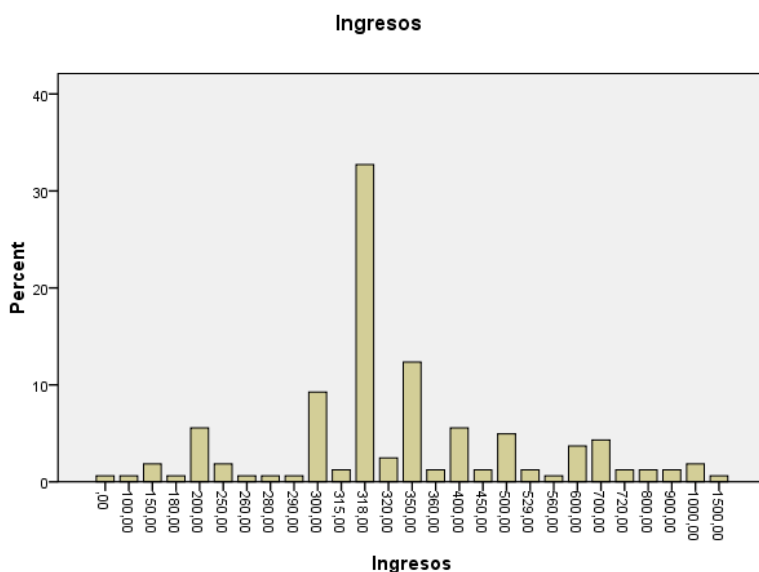
Gráfico 2.- Distribución por Edad del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al analizar la edad, similar al caso anterior, aunque existen edades que van desde los 11 años hasta los 20 años en este caso el promedio es de 17 años, con DS 1 año ,es decir en una adolescencia media.

Gráfico 3.- Distribución por Nivel de Ingresos del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se observa, los niveles de ingreso aproximados para los padres de los estudiantes de este colegio son variados, pero como se observa, en su mayoría corresponden al actual salario básico 315 dolares, aunque hay varias personas que también tienen ingresos que alcanzan valores hasta los \$1.500. valor que esta igualmente subestimado.

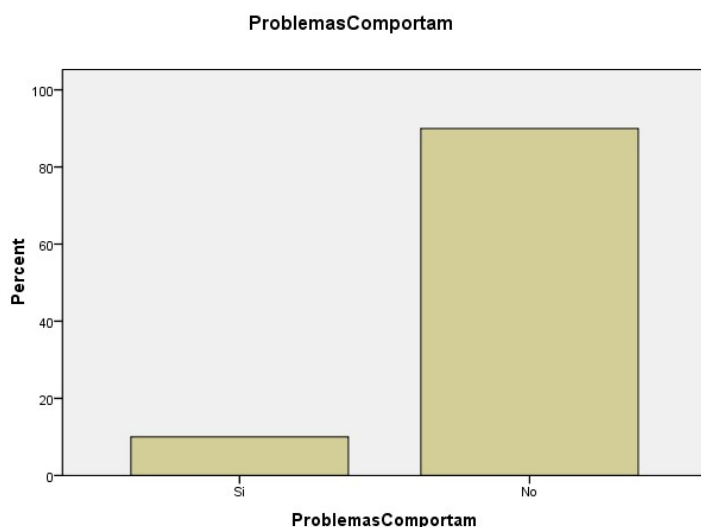
TEST CBL

En la aplicación del Test CBL con respecto a la psicopatología en niños y adolescentes se obtiene informes sobre elementos de composición abierta que cubre los problemas físicos, preocupaciones y abuso sexual infantil.

El análisis ha permitido de acuerdo a lo previsto, presentar los resultados de cada uno de los test, donde inicialmente en base al análisis del porcentaje de los resultados obtenidos, se ha podido determinar si existe o no un problema de comportamiento, resultado que parte de superar el valor de 8 puntos en el puntaje de los resultados totales de las preguntas del test de comportamiento

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 4.- Distribución por Problemas de Comportamiento del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011



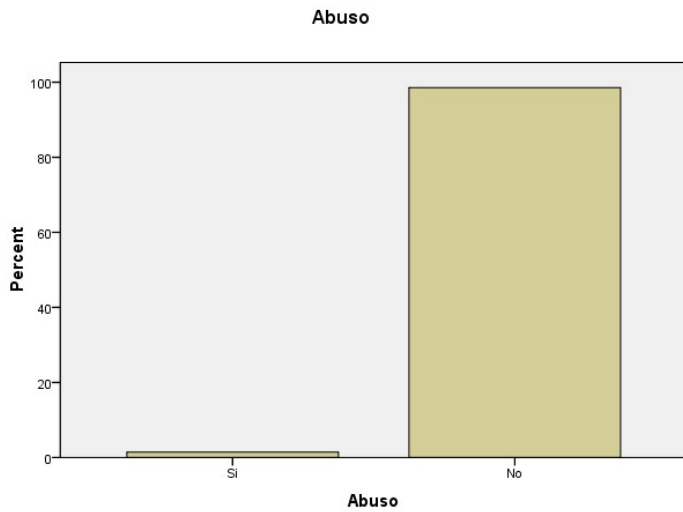
Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al analizar los problemas de comportamiento, se puede observar que un 10% tienen problemas que se identifiquen como de comportamiento de acuerdo al test utilizado, lo cual es similar a los resultados del colegio Joel Osteen anteriormente analizado.

TEST TLEQ

En la aplicación del Test TLEQ se identifica la historia de trauma con fines de investigación clínica, además de la severidad y características del acontecimiento traumático vivido. En este trabajo se han considerado para los análisis exclusivamente los ítems relacionados a la experiencia de abuso sexual (ítems 1a la 8) y de la agresión sexual en la adultez (ítem 9) ya que es el tema de análisis de la presente tesis.

Gráfico 5.- Distribución del Colegio Manuel Córdova Galarza sobre Abuso Sexual Quito marzo 2011



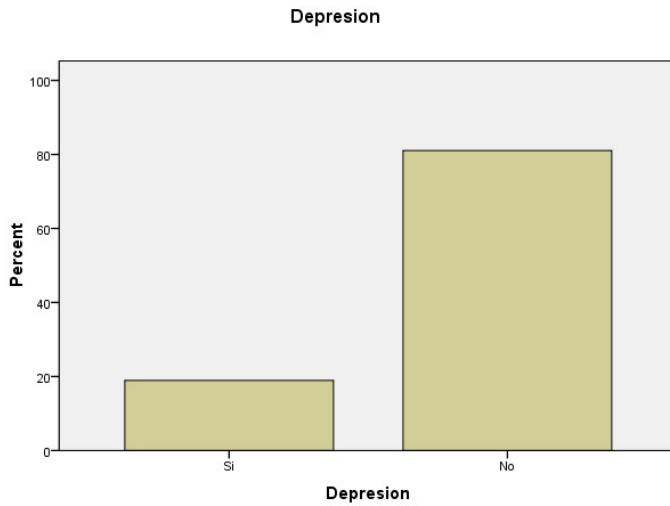
Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Al analizar los casos de abuso sexual, se puede observar que existe menor cantidad de casos, pues la frecuencia es 4 personas, representando solamente un 1,4% del total, mientras en el caso del otro colegio representaba cerca de un 4%.

A continuación se analizará los resultados de las personas que respondieron positivamente en las siguientes escalas EAT-26 y ZUNG

ESCALA ZUNG

Gráfico 6.- Distribución por Depresión del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

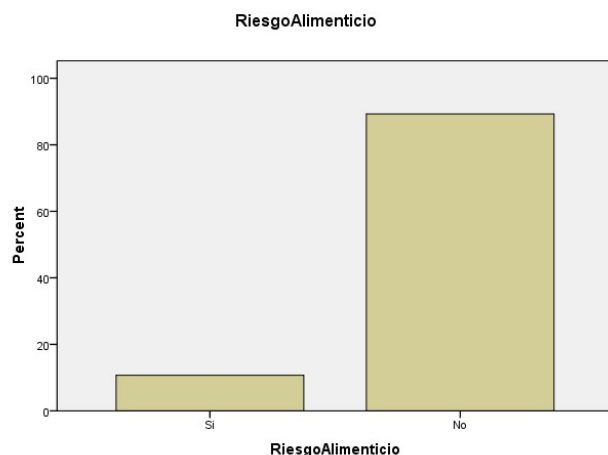


Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Por otro lado la depresión en los estudiantes del colegio Cordova Galarza, tienen un porcentaje alto, alcanzando cerca de un 19%, valor comparativamente más alto que en el colegio Joel Osteen.

EAT-26

Gráfico 7.- Distribución del Colegio Manuel Córdoba Galarza sobre Trastornos Conducta Alimentaria Quito marzo 2011



Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Podemos observar que de los adolescentes encuestados 11% es decir 30 personas respondieron al test en forma positiva teniendo un puntaje más de 20 puntos que requiere la escala para ser positiva, lo que quiere decir que existe un trastorno de la conducta alimentaria en ellos; de estas se puede observar que en las preguntas 3,4,9,18,21,26; 35 personas respondieron positivamente a las encuesta teniendo ya un trastorno bulímico.

ANÁLISIS BIVARIAL

En los siguientes cuadros a continuación analizaremos cruce de variables del tema en estudio

Las tablas cruzadas, conjuntamente con el análisis estadístico Chi cuadrado por el tamaño muestra en el Colegio Manuel Córdova Galarza, mientras que el Chi cuadrado con corrección de Yates por el tamaño de la muestra del Colegio Joel Osteen, pero al realizar el valor esperado de cada análisis bivarial se puede observar que se realiza el test exacto de Fisher en ambos Colegios, que permitirán demostrar si existe una relación entre las variables, o contrariamente que no existe esta relación.

En base a los cálculos realizados mediante tablas cruzadas en base al programa SPSS versión 19 licencia PUCE, se puede obtener los resultados de los cruces entre variables con 1 Grado de libertad y un nivel de confianza del 95% de esta manera será posible demostrar si existe una relación directa o son dependientes el tipo el abuso sexual con otras variables.

ABUSO SEXUAL Y GÉNERO

Cuadro 1.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y el Género del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	1	94	95
	Femenino	6	79	85
Total		7	173	180

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se observa en la tabla, existe solo 1(uno) caso de abuso sexual en hombres en este colegio y 6 (seis) casos de abuso sexual en mujeres, una diferencia importante, aspecto que se analizará si tiene significancia en el siguiente análisis

Tabla 1.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.330 ^a	1	.037		
Continuity Correction ^b	2.872	1	.090		
Likelihood Ratio	4.709	1	.030		
Fisher's Exact Test				.053	.043
N of Valid Cases	180				

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Los resultados del Test de Fisher que se puede observar son cercanos al nivel de significancia del <0.053 OR: 014 IC 0.01-1.21 lo que nos demuestra que no existe asociación entre las dos variables a pesar de ser estadísticamente significativo.

Cuadro 2 .- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y el Género del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

	Abuso		Total
	Si	No	
Genero			
Masculino	2	108	110
Femenino	2	168	170
Total	4	276	280

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al analizar el abuso sexual existente en hombres y mujeres, se puede observar que en este caso, por una parte existe una cantidad menor de personas con abuso, pero por otra parte se puede observar que existen dos casos de abusos en mujeres y dos casos en hombres, lo cual contrasta con el caso anterior, donde casi todos los casos presentados fueron en mujeres, por tanto, no existir una diferencia significativa con un Fisher de 0.64 que no es significativo y un OR: 1.56 con IC: 0.15 -15.70 no hay asociación entre los casos de abuso en hombres y en mujeres, que se han presentado específicamente en este colegio.

ABUSO SEXUAL Y PROBLEMAS COMPORTAMIENTO

Cuadro 3.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y los Problemas de Comportamiento del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Problemas	Si	7	12	19
Comportamiento	No	0	161	161
Total		7	173	180

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se observa, existen 7 personas que han sufrido abuso sexual, las 7 tienen problemas de comportamiento, de las 19 personas con problemas de comportamiento, por tanto a continuación se podrá determinar si existe una relación entre problemas de comportamiento y abuso sexual.

Tabla 2.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	61.716 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	52.252	1	.000		
Likelihood Ratio	34.175	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
N of Valid Cases	180				

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al observar test exacto de Fisher se puede observar que este es < 0.00005 lo que indica que existe muy clara demostración de que los problemas de comportamiento están relacionados al abuso sexual.

Cuadro 4.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y los Problemas de Comportamiento del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Problemas	Si	4	24	28
Comportamiento	No	0	252	252
Total		4	277	280

Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Como se observa, existen 4 personas que han sufrido abuso sexual, las 4 tienen problemas de comportamiento, de las 28 personas con problemas de comportamiento, por tanto a continuación se podrá determinar si existe una relación entre problemas de comportamiento y abuso sexual.

Tabla 3.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	36.665 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	27.191	1	.000		
Likelihood Ratio	18.993	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
N of Valid Cases	280				

Fuentes: Encuestas
 Elaboración: Denis González

Al analizar si los problemas de comportamiento tienen relación o son dependientes de los casos de abuso sexual, nuevamente se puede demostrar (Dado un valor de 0.0000005 en Test de Fisher) que es significativo entre las dos variables.

ABUSO SEXUAL Y DEPRESION

Cuadro 5.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y la Depresión del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Depresión	Si	7	18	25
	No	0	155	155
Total		7	173	180

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se observa, existen 7 personas que han sufrido abuso sexual, las 7 tienen depresión, de las 25 personas con depresión, por tanto a continuación se podrá determinar si existe una relación entre ambas variables.

Tabla 4.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	45.156 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	37.975	1	.000		
Likelihood Ratio	29.535	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	44.905	1	.000		
N of Valid Cases	180				

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al analizar los resultados se puede observar, de manera similar que 7 de los 18 casos de depresión existentes están relacionados al abuso sexual. Al observar el Test de Fisher de 0.000004 existe una clara demostración que los problemas de depresión tienen una dependencia de los problemas de abuso sexual, es decir son significativos con un OR: indefinido

Cuadro 6.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y la Depresión del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Depresión	Si	4	49	53
	No	0	227	227
Total		4	276	280

Fuentes: Encuestas

Elaboración: Denis González

Como se observa, existen 4 personas que han sufrido abuso sexual, las 4 tienen depresión, de las 53 personas con depresión, por tanto a continuación se podrá determinar si existe una relación entre ambas variables.

Tabla 5.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.456 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.492	1	.000		
Likelihood Ratio	13.597	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	17.394	1	.000		
N of Valid Cases	280				

Fuentes: Encuestas

Elaboración: Denis González

En los casos de depresión, también, con un valor de Fisher 0.0011516 se demuestra una dependencia entre la depresión y el abuso sexual.

ABUSO SEXUAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuadro 7.- Distribución por Relación entre el Abuso Sexual y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Riesgo Alimenticio	Si	3	23	26
	No	4	150	154
Total		7	173	180

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Como se observa, existen 7 personas que han sufrido abuso sexual, las 3 tienen trastornos de la conducta alimentaria, 4 no tienen trastorno de la conducta alimentaria, por tanto a continuación se podrá determinar si existe una relación entre ambas variables.

Tabla 6.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Joel Osteen Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.758 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	2.666	1	.102		
Likelihood Ratio	3.486	1	.062		
Fisher's Exact Test				.063	.063
Linear-by-Linear Association	4.731	1	.030		
N of Valid Cases	180				

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Finalmente bajo los mismos parámetros analizados previamente, se puede observar que existe un nivel cercano de la significancia entre el abuso sexual y los problemas de conducta alimentaria, con un valor de Test de Fisher de 0.063 de igual manera demuestra significancia cercana entre las dos variables para el grupo en estudio y para un 95% de confianza con un OR: 4.89 con IC: 0.80-28.33 lo que demuestra ser no significativo.

Cuadro 8.- Distribución por Relación entre el abuso sexual y problemas alimenticios del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

		Abuso		Total
		Si	No	
Riesgo Alimenticio	Si	2	28	30
	No	2	248	250
Total		4	276	280

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Tabla 7.- Distribución por Chi-Square Tests del Colegio Manuel Córdova Galarza Quito marzo 2011

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.580 ^a	1	.010		
Continuity Correction ^b	3.062	1	.080		
Likelihood Ratio	3.950	1	.047		
Fisher's Exact Test				.058	.058
Linear-by-Linear Association	6.556	1	.010		
N of Valid Cases	280				

Fuentes: Encuestas
Elaboración: Denis González

Al analizar el Riesgo de la Conducta Alimentaria en relación al Abuso Sexual, en el caso del Colegio Córdova Galarza, tenemos valor de Test de Fisher (0.058) que es significativa entre las dos variables con un OR: 8.89 IC: 0.85 – 92.96 lo que demuestra no tener asociación

DISCUSIÓN

Se ha establecido que el abuso sexual infantil tiene mayor presencia en la población femenina en varios estudios realizados en población estadounidense y española, se evidencia un valor significativo en el colegio Joel Osteen.

Otros estudios que sirvieron de base para esta investigación se puede identificar que las mujeres manifiestan haber sufrido algún tipo de abuso sexual infantil comparadas con varones y que, cuando la experiencia de abuso contempla abuso físico, las mujeres prevalecen sobre los hombres.

Tal como se propuso en la primera hipótesis de trabajo, en este estudio se observó que las mujeres presentaron porcentajes de abuso sexual infantil significativamente más altos en uno de los colegios a pesar de que no existió asociación, mientras que en el otro el colegio se dio resultado similares para mujeres como en varones. Si bien los porcentajes son diferentes a los encontrados en otras investigaciones, se mantiene siempre una proporción similar entre los géneros.

Sin embargo, la prevalencia obtenida en otros países en grupos de varones resultan aún más bajas que las presentadas en esta investigación.

Kinzl et al. (2008) informan una presencia de abuso sexual infantil en un 4% en su muestra de universitarios austriacos, y Laws & Golding (2007) comunican un 5.9% de presencia de abuso sexual en cualquier etapa evolutiva en los varones de una muestra nacional estadounidense. De este modo, se corrobora la importante diferencia de prevalencia observada entre los diversos estudios que se abocan al tema. Se podría decir que esto se deba a diferencias metodológicas más que a diferencias reales entre las distintas poblaciones dentro de las cuales destaca la

delimitación del término de abuso en sí mismo, así como de las características que lo definen. Del mismo modo hay que considerar que se trabaja con distintos tipos de instrumentos y cohortes.

Cabe recalcar que este estudio, se llevó a cabo con la confianza puesta en cada uno de los encuestados, tomando en cuenta que por su falta de madurez acerca de este tema, pueden presentar temor y vergüenza al entorno social que nos rodea y presentarse falsos positivos o falsos negativos que afectaron la investigación.

En síntesis, los resultados obtenidos sugieren que el tema del abuso sexual infantil es una limitación en el desarrollo de esta investigación y despierta una alarma social que requiere urgente acogida. Es curioso observar que pese al cambio de rol de la mujer en la época actual, siga siendo un problema significativamente mayor en población femenina. Sin embargo, no deja de resultar sorprendente la importante presencia que tiene también en los varones.

El abuso infantil, qué duda cabe, produce unas consecuencias dolorosas y, en muchos casos, psicopatológicas que se conservan en la edad adulta. Los análisis que se han realizado en el presente estudio han señalado una asociación significativa entre el abuso sexual infantil y la depresión. El estudio más profundo de la relación entre el abuso infantil y este tipo de sintomatología psicopatológica trasciende los objetivos de esta investigación, pero induce a investigarlo más a fondo en futuros estudios.

Los estudios que proponen concretamente estudiar los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios en población no clínica no son muchos. Los que lo hacen suelen utilizar instrumentos como el Eating Attitudes Test (EAT) y el EDI y coinciden en encontrar asociación con el abuso sexual infantil, tanto en muestra comunitaria femenina (Kenardy et al., 1998), como en grupos de adolescentes y escolares (Calam, 1989; Hund & Espelage, 2005; Messman-Moore et al., 2007; Smolak et al., 1990; Weiner et al., 1997). Son escasos los autores que han realizado estudios de la relación entre el abuso sexual infantil y las actitudes alimentarias en este tipo de muestra como la citada por Kent, Waller, & Dagnan, 1999; Kinzl et al., 1994.

Resultados bastante parecidos los hallamos en población no clínica de mujeres, tanto en estudios de muestras comunitarias (Wonderlich et al., 1996; Dansky et al., 1997; Striegel-Moore et al., 2002; Kendler et al., 2000), como en aquellos que trabajan con adolescentes (Beckman et al., 1990; Borman et al., 2005; Murray et al., 2002; Simental, 1999; Villarroel, 2007; Williams et al., 2003). todos ellos estudiados de manera individual y no en conjunto.

Si bien pocos, todos estos estudios que han trabajado con análisis estadísticos más integradores y que obtienen resultados que divergen de la mayoría, sugieren la necesidad de seguir investigando el tema.

Asimismo, confirman la noción de que cualquier tipo de asociación ha de evaluarse con una técnica de análisis que permita el control de las variables susceptibles de producir fenómenos de confusión.

CONCLUSIONES

En síntesis, los resultados obtenidos en esta investigación sugieren que:

1. El abuso sexual padecido en la infancia no tiene asociación con el género en ninguno de los dos colegios, a pesar de ser presentarse en mayor proporción en el grupo de mujeres del Colegio Joel Osteen.
2. Los adolescentes abusados sexualmente en la infancia presentan una preocupación por el peso significativamente mayor en ambos colegios con respuestas positivas en preguntas sobre la bulimia pero sin tener relación entre las dos variables.
3. En el grupo de adolescentes que fueron abusados sexualmente, existe una clara relación con la depresión en ambos Colegios con buena asociación y significancia con valores en el Test de Fisher 0.05, lo cual se demuestra 95% de confiabilidad y 5% de error.
4. El colegio Joel Osteen se observa 3.8 % mayor abuso sexual infantil y su relación con la depresión que el otro Colegio estudiado que representa un 1.4 % .
5. En base al universo el porcentaje traspulado es de 2.14% es decir que 6 de 500 estudiantes sufren abuso sexual en los colegios de la capital con IC 0.98% - 3.33% con 95% de confianza y 5 % de error
6. Finalmente se comprueba dos de las hipótesis planteadas mientras que una se desestima.

RECOMENDACIONES

- Tal como se señaló, el estudio de la problemática en varones ha sido bastante escaso, por lo cual esta investigación podrá considerarse como un aporte para futuras investigaciones que amplíen el estudio del fenómeno, tanto aquí como en otros países. Al respecto sería interesante el diseño de un estudio de replicación en el que la selección de la muestra se realice de forma aleatoria.
- El tema del abuso no debe tratarse como un tema aislado, sino dentro de un contexto global sobre lo que el adolescente tiene que estar atento, además es necesario que si una persona ya es víctima de Abuso Sexual se rodee de personas de su confianza y busque ayuda profesional para manejar los problemas que esto conlleva y poder estabilizarse a nivel emocional.
- Se espera haber contribuido con datos importantes de esta investigación sobre algunos de los problemas actuales de nuestra sociedad, como son el abuso sexual y la conducta alimentaria y depresión, que son urgentes de evaluar adecuadamente, para tomar acciones en cada una de las instituciones y colegios de nuestra ciudad .
- Educar a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno, crear programas de intervención para el diagnóstico oportuno de factores de riesgo y contribuir a su control o erradicación son formas prácticas de minimizar la incidencia de tan

desagradables acontecimientos y de garantizarle a la niñez y la juventud una vida feliz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Azaola, E. (2006). Maltrato, Abuso y Negligencia Contra Menores de Edad. Violencia y Salud. México: Secretaria de Salud. 2006; 19-49
- Vitriol, Vásquez, Iturra, Muñoz. Sintomatología del abuso sexual infantil .Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 25: 2007; 128-1542007
- www.who.int/es/O.M.S., [UNICEF .int/es](http://UNICEF.int/es)
- Professor McNicolas F., Eating Problems in Children and Adolescents,.Lucena Clinic, USA .2002.
- Rome ES, Ammermann S. Medical complications of eating disorders: An update. J Adolesc Health 2003; 33:418-426
- Leyla Guadarrama, Alfonso Escobar, Limei Zhang. Bases neuroquímicas de la depresión. Revista de medicina .México. 2011. CP04510.
- Escobar A. Neurobiología de la depresión. Temas selectos de Neurociencias.UAM. Mexico. 2010
- Recalde, JM, . Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria.1999.vol:1
- American Psychiatry Association. DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3 rd. Edn. Washington, DC: APA, 1994
- López Piñero, José Maria. Medicina en la Historia. La esfera de los libros. Madrid 2002.
- Baldwin D.,Birtwistle J., Atlas de depresion. Harcover. Healthcare. Version traducida.;100
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A,Blows WT. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline.2009; 234-254
- Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant .2007; 254

- Neuroanatomía de la depresión Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, Hayward C, Varady A. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence
- Raadsher FC, Van Heerikhuize JJ, Lucassen PJ. Corticotrophin-releasing hormone mRNA levels in the paraventricular nucleus of patients with Alzheimer disease and depression. *Am J Psychiatry* 2009;152:1372-6
- Sapolsky RM. Stress, glucocorticoids, and damage to the nervous system: the current state of confusion. *Stress* 1996;1:1-19
- Weeke A, Weeke J. Disturbed circadian variation of serum thyrotrophin in patients with endogenous depression. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 57: 281-9
- Schleifer SJ, Keller SE, Bond RN. Major depressive disorder and immunity: role of age, sex, severity and hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 81-7
- Echeburúa y Guerricaechevarría, Sintomatología del abuso sexual infantil Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 25: 128-154, 2010
- <http://www.aldiatx.com>
- Bridgeland, Duane & Stewart 2001; Cornman, 1997; Hall, 2000; Knisely, Barker, Ingeroll & Dawson, 2000; Roberts, 1996; World Health Organization, 1997, citados en Wilson 2010
- Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual Psicopatología.5°rev.ed. España: Mc. Graw Hill; 2008: Vol1 c.IV-VI.
- Kim j., Lomis D., Sim M. Original article: Depressive symptoms .[en línea]. *Occup. Environ. Med.* 2012 [accesado Agosto 2012]. Disponible <http://www.occenvmed.com>
- Carrasco J. Evidencia Científica de ansiedad y depresión. Manual de Actuación. España: Madrid International Marketing & Communications; 2005.
- Villarroel Lastra AM. El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria. [tesis Doctoral Psicología]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona 2008.
- Intebi I. Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Colección documento técnicos. Febrero-mayo 2007.

- Gabriel Lago B., Céspedes Londoño J. Abuso sexual infantil. Precop SCP = Ascofame. 2005. CCAP. Módulo 3.
- Tafet GE., Feder DJ. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Buenos Aires. Fundación Acta; 2009:Vol 55 N0. 4.
- Seldes J., Ziperovich V., Viota A., Leiva F. Maltrato infantil. Buenos Aires. Archivos Argentinos de pediatría; Sociedad Argentina de Pediatría. Dic. 2008. Vol.106. [ISSN 0325-0075].
- Palusci Vincent J., Palusci John V. Instrumentos de validacion de abuso sexual. J. Pediatr. (Rio J.) [en linea]. 2006, vol.82, n.6 ISSN 0021-7557. Similarity:0.53283 [accesado abril 2012] Disponible en : <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
- **Rorty M., Yager J., Rossotto E.** Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. Pub.Med.1994;Dic.;16(4):317-34.
- **Kellogg ND., Menard SW.** Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. Pub:med. 2003;Dic.;27 (12);1367-76.
- Rocha J. Limbic System: The Center of Emotions. The Healing Center. [accesado diciembre 2011]. Disponible: http://www.healing_art1.org/n-r-limbic.htm
- Fairburn C. La superación de los atracones de comida. 2ºed.Barcelona, Piados;1998:vol.1.
- Masoner R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ºed. USA. Americana; 2007: vol. 1.
- De la Cerda Paolinelli, Cecilia - Moncada Arenas, Ximena - Sandoval Gómez, Felipe (2006) _ Abuso Sexual Intrafamiliar - Imaginarios Sociales del Abuso Develado.
- <http://www.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv6.htm>
- Bearman SK., Presnell K., Stice E. Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. Developmental Psychology;2001: 37 (5), 608-619.

- Bearman SK., Stice E. Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*; 2001: 37(5), 597-607.
- Lauren A W., Nancy K., Bernard L H. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet* .2001;Sep;358(9285):881-887
- Bohon C., Fischer K., Marti, C., Stice E. Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: Further evidence of reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2001: 76(6), 1022-1033.
- Burton E., Shaw H., Stice E. Wade, E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2008: 74(2), 263-275

ANEXOS

ANEXO 1.- ENCUESTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

Fecha de nacimiento: Sexo: M: F: Año de estudio: Peso: Talla:

NSE: Quien es cabeza de Hogar: Ingresos mensuales en el hogar:

Escolaridad: Padre: Madre:

Ocupación: Padre: Madre:

CUESTIONARIO

El propósito de este cuestionario es identificar experiencias vitales importantes que pueden afectar el bienestar emocional de una persona. Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y marque las respuestas que mejor describen su experiencia.

Por favor escriba. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0=No es cierto (como lo que usted sabe); **1** =Algo o algunas veces es verdad; **2**= Muy cierto o cierto a menudo

- 0 1 2** 1. Tus actos son adecuados para tu edad
0 1 2 2. Tomas Bebidas alcohólicas sin la autorización de tus padres

(Describir): _____

- 0 1 2** 3. Se aferra a los adultos o demasiado dependientes
0 1 2 4. Se queja de la soledad
0 1 2 5. Lloro mucho
0 1 2 6. Cruel con los animales
0 1 2 7. Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos / ella
0 1 2 8. Deliberadamente daña uno mismo o intentos de suicidio
0 1 2 9. Se siente inútil o inferior
0 1 2 10. Se pasea con otros que se meten en problema
0 1 2 11. Impulsivo o actúa sin pensar
0 1 2 12. Prefiere estar solo que con otras personas
0 1 2 13. Tiene Pesadillas
0 1 2 14. Demasiado miedo o ansiedad
0 1 2 15. Se siente muy culpable

TEST TLQ

1. ¿Ha experimentado alguna vez un desastre natural (una inundación, terremoto, etc.)?

no sí

Si respondió sí

¿Experimentó temor?

¿Resultó usted seriamente herido?

¿Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte?

2. ¿Se ha visto involucrado en un accidente de tránsito por el cual usted recibió atención médica o en el que alguien fue gravemente herido ? no sí

Si respondió sí

¿Experimentó temor?

¿Resultó usted seriamente herido?

¿Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte?

3. ¿Ha sido asaltado, o ha presenciado un robo, en donde el asaltante utilizó un arma?

no sí

Si respondió sí

¿Experimentó temor?

¿Resultó usted seriamente herido?

Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte?

4. Cuando eras menor: ¿Fuiste castigado físicamente de tal manera que sufriste moratones, quemaduras, cortes o fracturas? no sí

Si respondió sí

¿Experimentó temor?

¿Resultó usted seriamente herido?

Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte?}

5. ¿Alguna vez su esposo(a), novio(a) o pareja íntima le ha dado una bofetada, puñetazo, patada, paliza o le ha infringido cualquier otro tipo de daño físico? no sí

Si respondió sí

¿Experimentó temor?

¿Resultó usted seriamente herido?

Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte?

6. Cuando eras menor, alguien que era por lo menos 5 años mayor que tú, tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual? no sí
Si respondió sí ¿Era esta persona un extraño? no sí *¿Un amigo o un conocido?* no sí
¿Un pariente? ¿Una pareja íntima? no sí *¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?* no sí
¿Fuiste dañado seriamente? no sí *¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?.* no sí
¿Experimentó temor?
¿Resultó usted seriamente herido?
¿Pensó que usted estaba en peligro de muerte?

7.. Antes de cumplir los 12 años: ¿Alguien que era por lo menos 5 años mayor que tú, tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual? no sí
Si respondió sí ¿Era esta persona un extraño? no sí *¿Un amigo o un conocido?* no sí
¿Un pariente? ¿Una pareja íntima? no sí *¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?* no sí
¿Fuiste dañado seriamente? no sí *¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?.* no sí
¿Experimentó temor?
¿Resultó usted seriamente herido?
¿Pensó que usted estaba en peligro de muerte?

8. Después de cumplir los 12 años y antes de los 18: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento? no sí
Si respondió sí ¿Era esta persona un extraño? no sí *¿Un amigo o un conocido?* no sí
¿Un pariente? ¿Una pareja íntima? no sí *¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?* no sí
¿Fuiste dañado seriamente? no sí *¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?.* no sí
¿Experimentó temor?
¿Resultó usted seriamente herido?
¿Pensó que usted estaba en peligro de muerte?

9. En la actualidad alguien tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual? no sí
Si respondió sí ¿Era esta persona un extraño? no sí *¿Un amigo o un conocido?* no sí
¿Un pariente? ¿Una pareja íntima? no sí *¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?* no sí
¿Fuiste dañado seriamente? no sí *¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?.* no sí
¿Experimentó temor?
¿Resultó usted seriamente herido?
¿Pensó que usted estaba en peligro de muerte?

TEST EAT-26

	0=Nunca, rara vez, a veces 1=Frecuentemente 2=Casi siempre 3=Siempre				
N.		0	1	2	3
1	Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso				
2	Evito comer cuando tengo hambre				
3	Me preocupo por los alimentos*				
4	He tenido atracones de comida*				
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños				
6	Me preocupa el contenido calórico de los alimentos				
7	Evito especialmente las comidas altos en carbohidratos				
8	Siento que los demás quieren que yo coma mas				

9	Vomito después de haber comido*				
10	Me siento extremadamente culpable después de haber comido				
11	Me preocupo por estar más delgado				
12	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio				
13	Los demás piensan que estoy muy delgado				
14	Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo				
15	Como más lento que los demás o me demoro en terminar mis comidas				
16	Evito los alimentos que contienen azúcar				
17	Como alimentos dietéticos				
18	Siento que la comida controla mi vida*				
19	Mantengo un control de mi ingesta				
20	Siento que los demás me presionan para comer				
21	Pienso demasiado en la comida*				
22	Me siento culpable después de comer dulces				
23	Gusto de hacer dieta				
24	Me gusta sentir el estomago vacío				
25	No disfruto probando nuevas comidas apetitosas				
26	Tengo el impulso de vomitar luego de comer*				

TEST DE ZUNG:

A continuación , escoge la afirmación de cada grupo que describe como te sientes

N.	Qué has experimentado, en forma casi diaria, en el último mes	Poco tiempo	Algo tiempo	Parte del tiempo	Todo el tiempo
1	Me siento triste y deprimida				
2	por las mañanas me siento peor que por las tardes				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5	Ahora tengo menos apetito que antes				
6	Me siento menos atraído por el sexo opuesto				

7	Creo que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñida				
9	Tengo palpitaciones en el pecho sin control				
10	Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías				
11	Mi cabeza no esta tan despejada como antes				
12	No hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento agitada e intranquilo y no puedo estar quieta				
14	No tengo esperanza ni confianza en el futuro				
15	Me siento más irritable que habitualmente. Me enojo fácilmente				
16	Encuentro difícil la toma de decisiones				
17	No me creo útil y necesario para la gente				
18	No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena				
19	Creo que sería mejor para los demás que me muriera				
20	Ya no me gustan las mismas cosas que antes me agradaban				

ANEXO 2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Alumno del Colegio.....

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

Entiendo que la participación es voluntaria y anónima

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

Doy mi consentimiento para la extracción de información necesaria en la investigación de la que se me ha informado, sin posibilidad de compartir o ceder éstas preguntas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudiante:

Firma:

Fecha: