

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA PROBABILIDAD  
DE PADECER TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS  
CORAZONES DE RUMIPAMBA. QUITO 2013-2014”**

**Elaborado por:**

**DIANA PAOLA CALVOPINA LOAIZA**

**QUITO, ABRIL 2014**

## RESUMEN

A lo largo de la última década ha ido aumentando el número de personas que padecen Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en el mundo, específicamente en la etapa de la adolescencia. Por esta razón se dio énfasis en estudiar a los adolescentes que tienen riesgo medio y elevado de padecer TCA. Para desarrollar este tema se tomó una muestra de 554 adolescentes divididos en 93 hombres y 461 mujeres de similares características socio demográficas para aplicar el Eating Attitude Test (EAT-26) (Ver anexo 3). De la muestra estudiada el 12,8 %, 60 mujeres y 11 hombres, tiene riesgo medio de padecer TCA y el 7,1 %, 37 mujeres y 2 hombres, tiene riesgo alto de padecer TCA. Los resultados obtenidos confirman estudios anteriores al resaltar que ha aumentado la prevalencia del riesgo medio y alto de padecer dichos trastornos con los factores de riesgo como las prácticas de conducta alimentaria inusuales, las conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión.

**Palabras Clave:** Trastornos de conducta alimentaria, conductas compensatorias, prácticas alimentarias inusuales y depresión.

## **ABSTRACT**

In the last decade, the number of people with Eating Disorders - ED-, specifically in adolescence, has increased. Therefore, the emphasis was placed on studying adolescents with a high to medium risk of developing an eating disorder. To develop this topic, a sample of 554 adolescents divided into 93 men and 461 women of similar socio-demographic characteristics were assessed with the Eating Attitude Test (EAT-26). Of the sample 12,8 %, 60 women, and 11 men had an average risk of developing an eating disorder, and 7,1 %, 37 women and 2 men were at high risk for developing an eating disorder. The results confirm previous studies that highlight the increased prevalence of medium and high risk for these disorders with risk factors such as the unusual practices eating behavior, compensatory behaviors, perceived social pressure with body image, and depression.

**Keywords:** Eating Disorders, compensatory behaviors, unusual dietary practices and depression.

## **DEDICATORIA**

“Quien ha encontrado un amigo, ha encontrado un tesoro”

Hermana Glenda

Dedico este proyecto a Lizette Toapanta, quien aparte de ser una persona fuerte y valiosa, ha sido mi guía, soporte y confidente, me ha apoyado cuando la he necesitado y sobre todo nunca me ha fallado.

## **DEDICATORIA**

“La muerte hace parte de la vida, y no es posible morir sin permanecer, sin quedar en la memoria.

Morir es sólo ausentarse por un momento, irse de viaje a un lugar sereno para luego regresar.

La muerte, en cierto modo, es nuestro verdadero destino; nuestro destino ineludible.

La muerte en sí misma no existe. Es sólo que abandonamos el cuerpo y nos hacemos invisibles.

La muerte es el comienzo de la vida, de una vida legítima, de una vida sin las ataduras del mundo, sin los deseos ni las vanidades del mundo.” (Anónimo)

Dedico también esta tesis a Juan Pablo Sáenz Valdiviezo, que en paz descansa, quien en vida fue una persona excepcional, como pocas en este mundo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco de manera especial a mi madre, que por su arduo esfuerzo y dedicación, pude culminar mi carrera profesional con éxito y por su incondicional apoyo que día tras día formó en mí la mujer de ahora. También doy mis más sinceros agradecimientos a mis hermanos que me han apoyado a lo largo de mi vida y sobretodo de mi carrera profesional.

Agradezco a la Dra. Myriam Andrade, a la Mgr. Andrea Estrella y a la Lcda. Verónica Espinosa que con sus conocimientos y entrega me han guiado de manera sabia para concluir la tesis, además agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a la Facultad de Enfermería por haberme brindado las herramientas éticas, morales y profesionales necesarias para terminar mi carrera.

Agradezco a mis amigas de la Universidad por su ayuda a lo largo de la carrera, en especial a Marco Granda por su colaboración en la recolección de datos para concluir mi tesis.

Por último agradezco a las autoridades de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba, de manera especial al Dr. José Chingaiza Vicerrector de la Unidad, por la apertura que recibí para el desarrollo de mi investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: .....	3
GENERALIDADES .....	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Justificación .....	6
1.3 Objetivos .....	8
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos .....	8
1.4 Metodología.....	9
a) Tipo de Estudio .....	9
b) Universo y Muestra .....	9
c) Fuentes, Técnicas e Instrumentos.....	10
d) Plan de Análisis de Información .....	11
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO .....	13
2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	13
2.1.1 Importancia del Problema .....	14
2.1.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria .....	15
2.1.1.1 Anorexia Nerviosa (AN) .....	15
2.1.1.2 Bulimia Nerviosa (BN).....	16
2.1.1.3 Otros Trastornos de la Conducta alimentaria .....	18
2.2 Imagen Corporal en los Adolescentes .....	20
2.2.1 Insatisfacción del adolescente con su cuerpo .....	20
2.2.2 Rol de los padres frente a los trastornos alimentarios que adoptan los adolescentes .....	20
2.3 Conductas de Riesgo de Padecer Trastornos de Conducta Alimentaria.....	21
2.4 Factores Desencadenantes de la Anorexia y la Bulimia .....	23
2.4.1 Individuales.....	23
2.4.1.1 Factores de vulnerabilidad personal.....	23
2.4.1.2 Trastornos emocionales.....	24
2.4.1.3 Factores temporales .....	24
2.4.2 Factores familiares.....	24
2.4.3 Socioculturales .....	25

2.4.3.1 La moda.....	25
2.4.3.2 Influencia de los medios de comunicación .....	25
2.4.3.3 Ejercicio físico intenso.....	26
2.5 Detección de los Trastornos de Conducta Alimentaria .....	27
2.5.1.1 Instrumentos específicos para la evaluación de los TCA .....	27
2.6 Hipótesis .....	28
CAPÍTULO III.....	29
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	29
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	56

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA NERVIOSA .....	16
<b>Tabla 2:</b> SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LA BULIMIA NERVIOSA .....	17
<b>Tabla 3:</b> TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS.....	18
<b>Tabla 4:</b> ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON DENTRO DEL ESTUDIO .....	29

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### **Gráfico 1:**

TOTAL DE ALUMNOS PARTICIPANTES EN LAS ENCUESTAS SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 29

### **Gráfico 2:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO, EDAD Y TIPO DE RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.  
..... 31

### **Gráfico 3:**

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES QUE REALIZAN DIETA COMO FACTOR DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26 PARA DETERMINAR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 33

### **Gráfico 4:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO UN ATRACÓN POR NO PODER PARAR DE COMER, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 34

### **Gráfico 5:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CONSUMEN ALIMENTOS DE RÉGIMEN, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014. .... 35

### **Gráfico 6:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE EVITAN CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS Y AZÚCARES, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 36

### **Gráfico 7:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE TIENEN PENSAMIENTOS RECURRENTE Y ABRUMADORES SOBRE ALIMENTOS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 38

### **Gráfico 8:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CORTAN LOS ALIMENTOS EN TROZOS PEQUEÑOS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014. .... 39

### **Gráfico 9:**

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE LES GUSTA TENER SENSACIÓN DEL ESTÓMAGO VACÍO, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014..... 41

<b>Gráfico 10:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SE CONTROLA EN LAS COMIDAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014. ....	42
<b>Gráfico 11:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE DISFRUTAN PROBAR COMIDAS NUEVAS Y SABROSAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014. ....	43
<b>Gráfico 12:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE REALIZA MUCHO EJERCICIO PARA QUEMAR CALORÍAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.....	44
<b>Gráfico 13:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE VOMITAN Y TIENEN GANAS DE VOMITAR DESPUÉS DE LAS COMIDAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.....	45
<b>Gráfico 14:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SE SIENTEN CULPABLES DESPUÉS DE INGERIR ALIMENTOS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.....	46
<b>Gráfico 15:</b> DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN LA PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA CON LA IMAGEN CORPORAL, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.....	47

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	56
<b>Anexo 2.</b> MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	57
<b>Anexo 3.</b> CUESTIONARIO EAT-26 (EATING ATTITUDES TEST).....	60
<b>Anexo 4.</b> CUESTIONARIO APLICADO A LOS ADOLESCENTES .....	61

## INTRODUCCIÓN

Según Del Bosque y Romo (2009), en los últimos 15 años el número de pacientes que presentan TCA se ha multiplicado por 10, estimando así que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia y bulimia y probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes.

En la actualidad, múltiples factores sociales, ambientales, familiares e individuales, en su mayoría hacen que los adolescentes se sientan inconformes con su cuerpo, pudiendo así desarrollar TCA especificados como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. La población femenina entre 12 y 21 años padece un 0,3% de anorexia, 0,8% de bulimia (DSM-IV, 2011), que se encuentran íntimamente relacionados con la morbi-mortalidad; siendo la tasa de mortalidad anual entre las personas con anorexia del 0,56% (Chica, Coronel y Romero, 2009). Además, estos trastornos se han ubicado dentro de las tres enfermedades principales que padecen los adolescentes (OMS, 2010)

La magnitud del problema es evidente, pues afecta al menos a una de cada diez chicas adolescentes (DSM-IV, 2011). Padecer de un TCA acarrea una serie de complicaciones que comprometen de manera inherente la calidad de vida de los adolescentes, y entre éstas se puede mencionar el aislamiento del individuo que la padece, ya que al tener una baja autoestima carecen del ánimo necesario para desarrollar a plenitud la vida social que en esta etapa específicamente se forja; la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los síntomas más importantes ya que por lo general los adolescentes no tienen una adecuada aceptación de su cuerpo; y, sobre todo, la baja utilización biológica de los alimentos por las conductas compensatorias que realizan para evitar ganar peso.

En vista de la problemática se realizó la presente investigación en la ciudad de Quito en la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba, en la cual se analizó a 554 estudiantes adolescentes de 11 a 18 años a quienes se les aplicó el cuestionario EAT-26, ya que ofrece un estimado del riesgo que tienen los adolescentes de padecer TCA en un futuro. Además, es una medida práctica de prevención, ya que se puede trabajar con los

adolescentes que tienen riesgo para corregir las prácticas alimentarias inapropiadas a tiempo, evitando así que se desencadene el trastorno.

La investigación arrojó datos estadísticos del tipo de riesgo que tienen los adolescentes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de desarrollar TCA en un futuro. Además, proyectó datos de las prácticas de conducta alimentaria inusuales que están asociadas a dichos trastornos, al igual que la presión social percibida con la imagen corporal, las conductas compensatorias y la depresión. Esta investigación aportó resultados estadísticos claros y fiables para que las autoridades del plantel, conjuntamente con el Departamento de Consejería Estudiantil, se empoderen de la situación de sus estudiantes tomando medidas correctivas tempranas para tratar el trastorno.

# CAPÍTULO I

## GENERALIDADES

### 1.1 Planteamiento del Problema

En la etapa de la adolescencia, la imagen corporal es el rasgo de personalidad que tiene mayor relación con el desencadenamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), ya que los adolescentes, al no tener definida su personalidad y la aceptación de la imagen corporal, buscan alcanzar una falsa imagen relacionada al prototipo ideal de belleza, que los medios de comunicación han asociado al éxito erróneamente. Además, los TCA tienen una estrecha relación con características como el perfeccionismo, el miedo a madurar, que es una característica muy marcada en adolescentes que han sido sobreprotegidos, la ansiedad y la desconfianza interpersonal. (Arilla, 2008)

Cuando los adolescentes comparan la imagen corporal propia con el «cuerpo ideal», nacen sentimientos de insatisfacción corporal y personal, ansiedad y una necesidad compulsiva y extrema de cambio físico. Entonces aparecen los TCA, y las personas que los padecen toman medidas estrictas para lograr el «cuerpo ideal», y recurren a la inanición, purgas mediante vómitos, toma de diuréticos o laxantes, aislamiento, ejercicio físico compulsivo o el desgaste de zonas corporales concretas que ponen en grave peligro la salud física y psicológica.

Actualmente los TCA se encuentran entre las 3 principales enfermedades que padecen los adolescentes (OMS, 2010). Estos trastornos se desencadenan por diferentes factores según Arias (2013); y estos son: la predisposición, baja autoestima, antecedentes de obesidad o sobrepeso, malos hábitos alimentarios, la mala comunicación, la sobreprotección, la mezcla de roles familiares, en algunos casos, los antecedentes de abuso sexual o físico, los prejuicios contra la obesidad, algunas profesiones y los deportes que demanda la estética corporal.

Según Del Bosque y Romo (2009), en los últimos 15 años el número de pacientes que presentan TCA se ha multiplicado por 10, estimando así que un 3 % de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia y bulimia y probablemente un 6 % padezcan variantes clínicas importantes en un estudio realizado en México.

Estas patologías aparecieron en la antigüedad. En el año 155, Galeno registró ya un cuadro de adelgazamiento morboso y la *kynos orexia*, que hoy se conoce como bulimia (BN). Además, en 1694 el Dr. Richard Morton describió a una paciente de 18 años como «un esqueleto cubierto sólo por la piel», enfermedad que, a mediados del siglo XIX, se conocería como *anorexia nerviosa*; además estableció que el origen del trastorno, era una perturbación del sistema nervioso acompañado de tristeza y preocupaciones. Sir William Gull y Ernest Lasegue, en Londres y París, respectivamente, propusieron que el principal síntoma era el de la distorsión de la imagen corporal. Por su parte Freud, en 1895, expuso que las mujeres adolescentes rechazan la sexualidad mediante la anorexia (Francisco Javier Ramón Jarne, 2010).

Los TCA son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres, en una proporción 10:1 para la anorexia, y 4:1 para la bulimia. Además, el grupo etario más afectado por estos trastornos son los adolescentes y están comprendidos en edades entre 11 y 18 años. La tasa de mortalidad anual entre las personas con anorexia se ha estimado en 0,5 % por año y aproximadamente el 5,6 % por década, y apenas el 50 % de personas que padecen anorexia y el 60 % de las personas que padecen bulimia buscan una salida, por decisión propia o impuesta. (Chica, Coronel y Romero, 2009).

Estudios epidemiológicos han estimado que en la década de los sesenta había un 0,37 % casos por año de Anorexia Nerviosa por cada 100.000 habitantes, luego aumentó esta cifra en un 0,64 % en la década de los setenta y posteriormente a 6,3 % en la década de los noventa, evidenciando un aumento significativo de este trastorno. (Toro, 2000). La magnitud del problema es evidente, pues afecta al menos a una de cada diez chicas adolescentes. La población femenina entre 12 y 21 años padece un 0,3 % de anorexia, 0,8 % de bulimia. El MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV, 2011) señala que la prevalencia de anorexia nerviosa oscila entre el 0,5 % y 1 % en mujeres; y la bulimia nerviosa, entre el 1 % y 3 %. En España, los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de TCA en la población adolescente, entre el 4,1 % y 4,5 %.

Lamentablemente en Ecuador no existe suficiente investigación del riesgo o prevalencia que presentan los jóvenes y adolescentes de padecer TCA. Sin embargo Chica, Coronel y Romero, (2011) realizaron un estudio en la Universidad de Cuenca en la población adolescente de algunos colegios, en donde se encontró que el 2,7 % de adolescentes padecían Anorexia Nerviosa, pese a que los estudios refieren que estos trastornos lo padecen en su mayoría mujeres, en el mismo estudio se encontró que el 53,1 % lo padecían hombres y el 46,9 % mujeres; por otra parte en la Escuela Politécnica Superior del Litoral (ESPOL), en la ciudad de Guayaquil realizó un estudio para prevenir los TCA en adolescentes, pero ya se encontró que el 36 % de los adolescentes de la

población en estudio, se encontraban inconformes con su peso actual y tenían algunas alteraciones de la percepción corporal (Cedillo, Salazar y Supo, 2010).

En datos obtenidos en las prácticas pre-profesionales de la carrera de Nutrición Humana en el año 2012, en un trabajo, se obtuvo que el 54,8 % de los adolescentes de Primer Año de Bachillerato General Unificado de la Unidad Educativa Sagrados Corazones presentaron riesgo de padecer TCA.

Los factores sociales, familiares e individuales, han ocasionado el incremento de TCA específicos como la anorexia y bulimia nerviosa en los y las adolescentes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de la ciudad de Quito, en el año lectivo 2013-2014.

## 1.2 Justificación

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos severos de la conducta alimentaria que, además de presentar un impacto en el cambio físico, producen alteraciones fisiológicas graves y trastornos de las funciones vitales del cuerpo que causan incluso la muerte. Por tanto, esta creciente aparición de TCA se ha considerado un problema de salud pública en varios países. (OMS, 2010)

Como se manifiesta anteriormente los TCA lo empiezan a padecer las personas desde edades tempranas como la adolescencia, ya que se encuentran atravesando una etapa de vulnerabilidad emocional y un intenso deseo de ser aceptados por la sociedad, al no tener una buena autoestima, los adolescentes tratan de imitar a modelos que promueven los medios de comunicación, en donde se da un falso significado de aceptación social y éxito, adoptando conductas y prácticas alimentarias negativas e inusuales que ponen en riesgo inminente su salud.

En México, el Sistema de Información de Salud (2007), ya vio la necesidad de realizar un estudio para ver la prevalencia de TCA en la población adolescente, encontrando así que 2787 adolescentes padecían de BN y 6211 de AN, estudio que se realizó en varios colegios de distintas ciudades del país.

Por lo general en países de América de Norte y Europa ya reportan datos estadísticos sobre el riesgo que tienen los adolescentes de presentar TCA. Pero lamentablemente Ecuador no ha puesto énfasis en realizar un diagnóstico precoz y significativo de los adolescentes que presentan estos trastornos, priorizando charlas de educación sexual y actualmente al creciente problema social el *bullying*.

El tratamiento de los TCA producen un fuerte egreso económico en las familias, ya que requieren de un equipo multidisciplinario para poder tratarlos y deben acudir a psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entre otros profesionales de la salud, además los centros especializados en los TCA, tienen honorarios demasiado altos que las familias de clase media por lo general no pueden pagarlos, viéndose obligados a darles a sus hijos una atención muy precaria incluso con profesionales que no están capacitados en el tema pudiendo así tratar mal a la enfermedad; además los adolescentes que inician su participación en la población económicamente activa, estarían imposibilitados de participar activamente en ella por presentar un estado de salud que les impide realizar sus actividades normalmente.

La investigación proporcionará datos estadísticos reales del riesgo elevado de padecer TCA en adolescentes, que servirá para anexar a la base de datos de problemas sociales en adolescentes y contribuirá a que los mandatarios se empoderen de esta situación que como se ha visto va en aumento, y que se pueda diseñar campañas de promoción y prevención de los TCA.

Además servirá para que el Departamento de Consejería Estudiantil (DCE) de la institución, puedan formar un grupo multidisciplinario para tratar a tiempo a los adolescentes tomando así medidas correctivas o intervenciones tempranas conjuntamente con la autorización de los padres de familia, para que los adolescentes no tengan consecuencias negativas desastrosas, baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidades asociadas a los trastornos o que por su parte desarrollen ya los trastornos como tal en el futuro.

Al mismo tiempo la investigación ayudará de manera indirecta a las familias de los adolescentes que presentan riesgo elevado de padecer TCA, ya que con un diagnóstico temprano, se puede ayudar a los adolescentes sin necesidad de internarlos en las instituciones que tratan estos trastornos, porque al estar alejado del núcleo familiar, del hogar, del contacto con el medio ambiente y la sociedad, produce un estrés al adolescente y puede considerarse en cierta forma negativo a la pronta recuperación.

Tomando en consideración lo anterior, la investigación ayudará de manera directa a los adolescentes que padecen riesgo elevado de padecer TCA, por medio del diagnóstico precoz del riesgo elevado, ya que se puede empezar un tratamiento inmediato y así eliminar las prácticas y conductas alimentarias inusuales que presentan los adolescentes que pueden llevarlos a un deterioro exagerado de su salud, afectando a órganos vitales, disminuyendo la capacidad funcional de su sistema.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de la ciudad de Quito en el período lectivo 2013-2014.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir el sexo y la edad que inciden mayormente en las conductas de riesgo alimentario en adolescentes
- Identificar las prácticas de conducta alimentaria inapropiadas más usuales que presentan los adolescentes
- Analizar si la presión social percibida con la imagen corporal influye en el riesgo de padecer TCA en adolescentes.
- Determinar las conductas compensatorias inapropiadas más frecuentes que tienen los adolescentes con riesgo individual

## 1.4 Metodología

### a) Tipo de Estudio

El tipo de estudio que se utilizó para la investigación científica fue cuali-cuantitativo, debido que demostró la relación de las prácticas de conducta alimentaria propias con el riesgo de padecer TCA en adolescentes.

El estudio fue de tipo observacional descriptivo, porque permitió detallar a los adolescentes que presentan riesgo de padecer TCA al momento de la investigación, y la relación entre las prácticas de conductas alimentarias inusuales, conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión.

### b) Universo y Muestra

El universo del estudio estuvo conformado por 587 estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de ambos sexos. Para garantizar que la muestra sea significativa y con un margen bajo de error, se realizó la siguiente fórmula:

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

#### **Dónde:**

n= es el tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

$\sigma$  = desviación estándar de la población

Z= valor obtenido mediante niveles de confianza, se lo toma en relación al 95% equivale a 1,96.

e= límite aceptable de error muestral

#### **Cálculo del tamaño de la muestra**

N= 587

n= 563.7548/ 1.019

$\sigma$  = 0.25

**n= 553.24**

Z= 3.84

e= 0.0001

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron a los adolescentes que se encuentren matriculados en la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba y que tienen entre 11-18 años de edad de ambos sexos.
- **Criterios de Exclusión:** Se excluyó únicamente a los alumnos cuyos padres no firmaron el consentimiento para que sus hijos formen parte del estudio, a los adolescentes que no se encontraron en el plantel los días de la aplicación del cuestionario y alumnos que no quisieron participar en el estudio.

La muestra final del estudio estuvo constituida por 554 estudiantes de ambos sexos comprendidos en edades entre 11 y 18 años, ya que 33 estudiantes estuvieron ausentes los días que se realizó la encuesta, o sus padres no firmaron el consentimiento informado para que sus hijos participen, pero tomando en cuenta el número de la muestra con 0.1% de margen de error, el total de encuestas efectivas resultó igual a la muestra, por lo tanto es un estudio válido.

**Consentimiento Informado:** Para asegurar la validación del estudio se envió a todos los padres de familia de los adolescentes un consentimiento informado (Anexo 1), en donde se explicó el propósito de la investigación, los procedimientos a realizarse y la confidencialidad del mismo. Con el propósito de realizar la investigación bajo las normas de bioética.

### c) Fuentes, Técnicas e Instrumentos

Las fuentes para el análisis de la información fueron:

- **Primarias:** Datos que se obtuvieron de la muestra de la población adolescente según los criterios de inclusión y exclusión.
- **Secundarias:** Revisión bibliográfica, para completar la información recolectada y asegurar así la validez de la investigación.

La técnica que se utilizó para este estudio es de tipo cuantitativa: la encuesta que fue previamente diseñada y validada, la cual tuvo una intervención por la encuestadora para la lectura de preguntas, la respuesta a cualquier inquietud por parte del encuestado y a la mayor comprensión de la misma en la manera de responder. La encuesta se divide en 2 partes:

1.- En la primera parte de la encuesta los adolescentes especificaron la edad y el sexo individualmente, y así se obtuvo los datos de la caracterización para la tabulación.

2.- Con la segunda parte de la encuesta se determinaron primero, las prácticas alimentarias inusuales de los adolescentes como: régimen alimentario, alimentos de dieta, atracones, cortar los alimentos en trozos pequeños, sentir el estómago vacío, controlarse en las comidas, evitar carbohidratos y azúcares y tener pensamientos recurrentes y abrumadores con respecto a la comida. Segundo, las conductas compensatorias como: el vómito, ganas de vomitar después de ingerir alimentos y realizar mucho ejercicio físico para quemar calorías. Tercero, la depresión como: los adolescentes que se sienten culpables después de ingerir alimentos y cuarto la presión social percibida con la imagen corporal como: temor a pesar demasiado, preocupación por tener grasa en el cuerpo, preocupación por el deseo de estar más delgados o que personas les vean más delgados.

El instrumento utilizado en la investigación fue:

- **Cuestionario EAT- 26 (Eating Attitudes Test):** Es el instrumento de auto reporte más conocido y ampliamente utilizado en la evaluación de la bulimia y la anorexia, es específico y puede ser auto administrado, diseñado y validado por Garner y Garfinkel (1984), con el fin de ayudar a los profesionales de salud con fines clínicos, epidemiológicos y de investigación a determinar el riesgo bajo, medio o elevado que tienen los pacientes de padecer TCA, además se puede determinar las prácticas alimentarias inusuales, las conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión.

#### **d) Plan de Análisis de Información**

Las variables del estudio tuvieron un análisis univariado al determinar el riesgo de presentar TCA en los adolescentes y al analizar las principales prácticas de conducta alimentaria inusuales, las conductas compensatorias inapropiadas, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión que presentan los adolescentes.

Se tabularon los datos obtenidos del cuestionario EAT-26 en hojas de cálculo de Microsoft Excel 2010, otorgando un código numérico a cada pregunta, y rigiéndose por el criterio de evaluación del mismo que se detalla a continuación:

Las respuestas se puntúan de la siguiente manera:

- Siempre: 3
- Muy a menudo: 2
- A menudo: 1
- A veces: 0

- Raramente: 0
- Nunca: 0

La pregunta 25 varía su puntuación:

- Siempre: 0
- Muy a menudo: 0
- A menudo: 0
- A veces: 1
- Raramente: 2
- Nunca: 3

El rango de puntuación del EAT-26 es de 0-78 con un punto de corte de 20, los niveles considerados en el análisis se han establecido en riesgo bajo con una puntuación menor o igual a 10, riesgo medio y con una puntuación entre 11 y 20, y riesgo elevado, si la puntuación es igual o superior a 21.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La Guía de Trastornos Alimentarios (2008), define a un trastorno como un conjunto de síntomas, signos y conductas de riesgo que puede presentarse con distintos niveles de severidad.

Turón (2001) concluyó, que los TCA son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan principalmente por medio de la modificación de la conducta alimentaria. Sin embargo, las personas que los sufren también son víctimas de factores psicológicos y emocionales, que tienen especialmente una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y una muy baja autoestima.

Los TCA se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica necesaria para que su cuerpo pueda funcionar de acuerdo con su edad, estatura, actividad física, entre otros. Según Papalia (2005), los trastornos de alimentación como «comer en exceso y falta extrema de alimentos», son más comunes en las sociedades industrializadas donde el alimento es abundante y lo atractivo se equipara con la delgadez.

Halgin (2004), dice que el significado psicológico de la comida se extiende más allá de sus poderes nutritivos y los define como trastornos caracterizados por conflictos sobre la comida, la alimentación, el ejercicio y la imagen corporal.

El psicólogo William Gull (1997) concluyó, que los trastornos alimentarios son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones de la conducta: unos directamente relacionados con la comida y el peso, y otros derivados de la relación consigo mismo, la relación y con los demás. Aunque aparecen alteraciones graves en la conducta alimentaria, existe un conflicto psicológico que causa de esta alteración y debe ser la base del tratamiento.

Durante algún tiempo estos TCA se caracterizaban casi por afectar solo a mujeres; pero hoy en día, muchos adolescentes varones son víctimas de éstos, por el deseo exacerbado de tener un mejor cuerpo. Según Gil, (2005), las personas que padecen cualquier tipo de TCA dan una especial importancia a los alimentos, ya que alrededor de

estos, giran la mayoría de sus pensamientos, sentimientos, sueños, ideales y problemas, desarrollando así un trastorno de identidad a partir de la enfermedad.

Las conductas desarrolladas pueden alterarse o no voluntariamente, y para ello están involucrados múltiples factores personales, familiares y sociales, en los que el nivel de autoestima, las comparaciones constantes entre amigos y familiares, la presión de los medios de comunicación con relación a la moda y la «belleza» y el miedo a tener sobrepeso, hace que quienes los padecen pierdan el sentido de la realidad, sometiéndose a dietas y hábitos que ponen en gran riesgo la vida y la salud integral.

Padecer algún tipo de TCA se acompaña de una serie de síntomas entre los cuales se destacan: aislamiento marcado, cansancio excesivo, sueño, irritabilidad, conductas violentas, agresión hacia personas conocidas como miembros de familia, autoagresión al no aceptarse, vergüenza, culpa y depresión. (González, 2012). Los síntomas específicos de cada trastorno se detallarán más adelante.

Los medios de comunicación tienen un gran impacto en la aparición de estos trastornos ya que permiten a los adolescentes encontrar algunas páginas web con información proveniente de fuentes no fiables, que influyen directamente en los hábitos y el criterio de consumo de los adolescentes.

El estudio publicado en la revista American Journal of Public Health (2011), concluyó que los adolescentes expuestos a sitios web que promueven los trastornos alimentarios denominados Ana y Mía, tienen mayores niveles de insatisfacción corporal que los adolescentes que no han sido expuestos. Otros estudios encontraron que los adolescentes que pasaban tiempo en estos sitios tienden a tener trastornos que son más difíciles de tratar, según la información de respaldo del estudio.

La característica común de todos los TCA es el comportamiento anormal en alimentación habitual. Los TCA son problemas de salud mental y pueden poner en peligro la vida de las personas que los padecen. Los principales TCA son: anorexia, bulimia, ortorexia<sup>1</sup>, vigorexia y trastorno de atracones. La mayoría de TCA aparece durante la adolescencia, porque en esta etapa existe una gran preocupación por el aspecto físico.

### **2.1.1 Importancia del Problema**

Un estudio realizado por Morales Alberto, et, al. (2002), demuestra que la estimación de la prevalencia de bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes varía de un 4% a un 10%.

---

<sup>1</sup> Trastorno de origen psicológico, caracterizado por la obsesión por la alimentación sana y el cuidado de la salud.

Según Alibes Carne, et, al. (2000). Concluyen que en los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para la anorexia nerviosa y del 2-3% para bulimia nerviosa, ambas en mujeres jóvenes y adolescentes.

“Anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en las mujeres adolescentes. Ocurre generalmente entre las edades de 14 y 18 años, aunque se encuentra en todos los grupos de edad. La gran mayoría de los pacientes con anorexia, cerca de 90%, son mujeres.” (Álvarez, 2013).

## **2.1.2 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria**

### **2.1.2.1 Anorexia Nerviosa (AN)**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la anorexia es un trastorno caracterizado por una búsqueda de adelgazamiento obsesivo, acompañada de prácticas voluntarias auto inducidas mediante una alimentación progresivamente restrictiva y de conductas purgativas. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad o al sobrepeso, en la que la persona genera una serie de conductas para conseguir el «cuerpo perfecto». Se debe considerar que una reducción de peso cercana al 15 % es valorada como riesgo médico.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), concluyó que las personas que padecen de anorexia no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales.

Se especifican dos tipos de anorexia:

- **Tipo restrictivo:**

Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no adopta con regularidad conductas de atracones o purga; durante esta etapa el enfermo restringe la cantidad de alimentos de una manera exagerada, pues casi no come. (Garrote, 2009)

- **Tipo purgativo:**

Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona adopta con regularidad conductas de alimentación excesiva y purga (es decir, se autoinduce el vómito o ingiere laxantes, diuréticos o enemas). (Garrote, 2009)

Las personas que padecen anorexia atraviesan una serie de síntomas que si no son tratados a tiempo pueden acarrear graves complicaciones que pueden provocar la muerte. Los síntomas y complicaciones se detallan a continuación:

**Tabla 1 Síntomas y complicaciones de la anorexia nerviosa**

<b>Síntomas</b>	<b>Complicaciones</b>
Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la edad y talla del enfermo	Huesos frágiles y músculos que se debilitan impidiendo el desarrollo de actividades
Miedo al aumento de peso	Presión arterial baja
Percepción distorsionada del cuerpo	Amenorrea <sup>2</sup>
Ausencia de ciclos menstruales consecutivos en las mujeres	Libido disminuida y esterilidad
Estreñimiento, dolor abdominal, vómitos, náuseas	Estreñimiento crónico, Hinchazones, dolores abdominales y dolores intestinales persistentes, Problemas con los dientes
Preocupación excesiva por la composición calórica y la preparación de los alimentos	Anemia o desnutrición
Constante sensación de frío	
Reducción progresiva de los alimentos	Parálisis de las extremidades
Obsesión por la imagen, la báscula y los estudios.	Insomnio
Utilización de trampas para evitar la comida	Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara
Uñas quebradizas o pérdida de cabello	Depresión
Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos	Convulsiones epilépticas
Piel seca y agrietada	Infarto del miocardio
Coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies	Pancreatitis
Hiperactividad	Agrandamiento de las glándulas salivares
Sensación de saciedad y plenitud antes de las comidas	Dedos hinchados
Calambres	Daño renal
Presencia de lanugo <sup>3</sup> en la espalda, los antebrazos, los muslos, el cuello y las mejillas	

Fuente: Karen J. Cooper 2009

Elaborado por: Paola Calvopina

### **2.1.2.2 Bulimia Nerviosa (BN)**

La bulimia es una enfermedad nerviosa que se caracteriza por la incapacidad que tiene la persona de controlar los deseos de comer, por lo que, después de un atracón<sup>4</sup>,

<sup>2</sup>Ausencia de periodos menstruales en las mujeres

<sup>3</sup> Vello fino y largo

asume una conducta purgativa como vomitar, usar laxantes, diuréticos o enemas, o realizar ejercicio físico excesivo, intentando compensar los efectos de la sobre ingesta (Garrote, 2009). Al igual que la AN las personas que la padecen muestran una preocupación enfermiza por el peso y la figura; además cabe recalcar que en este trastorno la persona puede presentar un ligero sobrepeso, por lo que su enfermedad pasa desapercibida incluso durante años (Riofrío, 2011).

Se especifican dos tipos de bulimia:

- Purgativa: El enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. (DSM-IV, 2011)
- No purgativa: el enfermo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar y realizar ejercicio físico intenso, pero no presenta actitudes purgativas. (DSM-IV, 2011)

Muchos individuos que padecen BN usan diversos métodos para compensar los atracones, como es el caso del vómito autoinducido, el 80-90 % de los sujetos que acuden al centro clínico para recibir tratamiento lo emplean; otras conductas de purga son el uso excesivo de diuréticos y laxantes, aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de sus picos de atracones. (DSM-IV, 2011)

Al igual que en la anorexia, la bulimia también tiene un sinnúmero de síntomas que si no se descubren y se tratan a tiempo, desencadenan una serie de complicaciones que conducen a la muerte. A continuación se detallan los más comunes:

**Tabla 2 Síntomas y complicaciones de la bulimia nerviosa**

Síntomas	Complicaciones
Atracones o sobreingesta de alimentos (mínimo 2 veces por semana)	Arritmias que pueden desembocar en infartos
Vómitos autoinducidos	Deshidratación
Irregularidades menstruales	Colon irritable
Ejercicio físico excesivo	Reflujo gastrointestinal o esofagitis
Libido disminuida	Hernia hiatal
Depresión, culpa y vergüenza	Pérdida de masa ósea
Debilidad	Perforación esofágica y cáncer al esófago
Dolores de cabeza	Úlceras gástricas

<sup>4</sup> Es el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían

Hinchazón del rostro	Pancreatitis
Problemas con los dientes	Caries dentales
Bruscos aumentos y reducciones de peso	Hemorroides
Vasos sanguíneos rotos en los ojos	Inflamación de la garganta
Boca seca	Desequilibrios electrolíticos
Salpullidos y granos	Hematemesis <sup>5</sup>
Pequeñas cortaduras y callosidades en las puntas de los dedos debido al vómito	Hemorragia digestiva
Mareos	Melena <sup>6</sup>
Pérdida de cabello	

Fuente: Linda J. Vorvick 2012

Elaborado por: Paola Calvopina

### 2.1.2.3 Otros Trastornos de la Conducta alimentaria

**Tabla 3 Trastornos de Conducta Alimentaria no especificados**

	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS	SÍNTOMAS
<b>TRASTORNO DE ATRACONES</b>	La persona ingiere grandes cantidades de alimento, por lo menos dos días por semana, y siente que no tiene control sobre estos episodios.	Difiere de la bulimia nerviosa en que los atracones no van seguidos por conductas purgativas Presenta un sentimiento de repugnancia por sí mismo a causa de la sobrealimentación	-Comer más rápido de lo normal -Comer hasta estar incómodamente llenos -Cambios frecuentes de peso -Baja autoestima -Pierden el deseo sexual -La persona siente que pierde el control por la comida y come cuando está solo
<b>ORTOREXIA</b>	Es una obsesión enfermiza por el consumo de alimentos saludables.	El problema empieza con signos inocentes de adquirir una alimentación más saludable, pero la persona que lo padece se fija en la calidad y la pureza. Pérdida de la capacidad intuitivamente, la cantidad que necesitan y cuando están llenos.	-Pensar más de 3 horas al día en cómo armar una dieta "sana". -Mostrar una clara obsesión por lo que comen. -Sentimiento de culpa cuando no se sigue el plan alimentario pactado. -Aislamiento de los demás por el modo de alimentarse.

<sup>5</sup> Enfermedad que provoca vomitar cantidades significativas de sangre

<sup>6</sup> Sangre en heces

<b>VIGOREXIA</b>	Es un trastorno que consiste en una imagen corporal distorsionada del individuo para consigo y se preocupa en exceso de ser demasiado pequeña o débil. Afecta más a hombres que se consideran “débiles”	Realizan ejercicio físico de manera continuada y exagerada Rechazan alimentos grasos e incorporan a su dieta gran cantidad de proteínas e hidratos de carbono.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Baja autoestima</li> <li>-Tendencia a la automedicación.</li> <li>-Suelen incluir productos anabólicos y esteroides.</li> <li>-Se pesan continuamente.</li> <li>-Están obsesionados con el culto al cuerpo.</li> <li>-Se aíslan socialmente.</li> <li>-Presentan un cuerpo desproporcionado.</li> </ul>
------------------	---	---	---

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Organización Mundial de la Otoraxia, 2010

Elaborado por: Paola Calvopina

Como se mencionó anteriormente existen varios tipos de Trastornos de conducta alimentaria, pero varios estudios demuestran que la BN y la AN son los trastornos con más prevalencia a nivel mundial en los adolescentes, es por esta razón que el estudio se medirá con el EAT-26 ya que mide el riesgo elevado de padecer BN y AN, este se detallará más adelante.

## **2.2 Imagen Corporal en los Adolescentes**

Según Gadea y Villaba (2007). El desarrollo de la imagen del yo físico o de la imagen corporal es una tarea intelectual, emocional y psicológica que se relaciona con las prácticas nutricionales.

Los adolescentes a menudo se sienten incómodos e inconformes con sus cuerpos que atraviesan cambios drásticos, y desean tener un cuerpo como sus compañeros o ídolos culturales más perfectos. Su autoestima se deriva de sentimientos sobre sus propios atributos físicos, un rasgo que los torna vulnerable a las distorsiones serias cuando se desarrolla un TCA. (García y colaboradores, 2010)

El deseo exagerado para modificar su tasa de crecimiento o sus proporciones corporales conduce a los adolescentes a modificaciones alimentarias que tienen graves consecuencias para su salud. Martínez (2013) menciona que, el rápido aumento de peso que se suscita en esta etapa, acompañada del desarrollo de las características sexuales secundarias como el ensanchamiento de las caderas, el crecimiento de busto, en las mujeres, hace que ellas limiten indebidamente la cantidad de alimento que consumen. Los adolescentes están tentados a utilizar suplementos nutricionales, con el objetivo de lograr el aspecto muscular y estético de algunos adultos y evitar así el temido *bullying* por parte de los compañeros.

### **2.2.1 Insatisfacción del adolescente con su cuerpo**

Según el artículo de la Revista TeenHealth (2012), en la adolescencia, la imagen corporal y la autoestima tienen una estrecha relación. La insatisfacción con el cuerpo es el principal factor que contribuye al desarrollo de comportamientos de dieta, prácticas y conductas alimentarias desordenadas y aparición de TCA. Los adolescentes con baja autoestima, y por ende con un nivel bajo de satisfacción corporal, tienen un mayor riesgo de recurrir a métodos enfermizos e inadecuados para controlar el peso.

### **2.2.2 Rol de los padres frente a los trastornos alimentarios que adoptan los adolescentes**

En un estudio realizado por Martinatto (2008), se demostró que el 40 % de las niñas entre 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos

excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas.

Entre los resultados de un estudio se menciona que:

Las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35 % en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez (Adriana Romo Quiñonez, 2010).

Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia «tienen una estrecha relación con las pautas de relación afectiva que se desarrolla con la madre en la infancia, existiendo un apego ambivalente en que la madre utiliza la comida como medio de refuerzo o castigo, lo que se reedita en la adolescencia». (Gómez, 2009)

Como se puede observar en los estudios anteriormente mencionados, en la actualidad, la situación emocional y económica juegan un papel importante en el desarrollo de los TCA, pero la relación que llevan las personas que padecen TCA con sus madres y familiares también tiene una estrecha relación, si bien es cierto que las madres quieren el bienestar para sus hijos, también pueden llegar a exagerar en algunos puntos, con tal de que su hija o hijo tengan un cuerpo considerado “normal” en la sociedad. Quiñonez, 2010 menciona que cada vez las madres presionan a sus hijas desde temprana edad para que guarden un bajo peso y aprendan a tener extremo cuidado hacia la comida que tiene altos porcentajes de grasas, azúcares y carbohidratos, creando así el rechazo y la disconformidad con su propio cuerpo desde que son pequeñas, agravándose este problema con el paso del tiempo, desencadenándose en la etapa de la adolescencia en donde los y las adolescentes, sienten un gran rechazo al cuerpo.

### **2.3 Conductas de Riesgo de Padecer Trastornos de Conducta Alimentaria**

Los adolescentes que tienen riesgo elevado de padecer TCA adoptan un sinnúmero de prácticas y conductas alimentarias y psicológicas inusuales que nos dan el signo de alerta para empezar un tratamiento precoz y así impedir que el riesgo elevado de padecerlos se convierta en un hecho.

De acuerdo con la OMS (2011) y la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB, 2010), estas prácticas son:

- Distorsión de la imagen corporal: es un problema psicopatológico que se caracteriza por el miedo intenso a engordar, descontento extremo con la forma y tamaño corporal o a la flacidez de algunas partes específicas del cuerpo.
- Trastornos endócrinos: se manifiesta en las mujeres con amenorrea y en los hombres con una pérdida del interés y de la potencia sexual.
- Trastornos del crecimiento: si el TCA se inicia antes de la pubertad, en las mujeres no se desarrollan las mamas y en los varones persisten los genitales infantiles.
- Trastornos psicológicos: pueden presentarse síntomas depresivos u obsesivos, miedo a perder el control en la comida y engordar, baja autoestima, dificultad para identificar y comunicar las emociones, perfeccionismo y, sobre todo, ausencia de un sentido de identidad, además pueden presentar cambios bruscos de carácter como ira, irritabilidad y agresividad, aislamiento social y abandono de tareas y responsabilidades.
- La alimentación y conductas relacionadas: ingesta calórica reducida, rechazo a los alimentos grasos, poco apetito, hinchazón estomacal frecuente, dificultad al comer frente a los demás, dietas crónicas a pesar de no padecer sobrepeso, episodios recurrentes de voracidad<sup>7</sup>, reducir la cantidad de comida, saltarse comidas, evitar de manera continuada tomar ciertos alimentos (por ejemplo, dulces), consumir productos bajos en calorías o ricos en fibra.
- La preocupación continua por la comida, acompañada por irresistibles deseos de comer, un gran sentimiento de culpa luego de haber ingerido algún alimento o por lo contrario.
- Conductas compensatorias: Inducirse al vómito o consumir laxantes y diuréticos luego de una toma de comida para evitar el aumento del peso corporal
- Pesarse con frecuencia
- Actividad física: participación en actividades físicas con exigencias sobre el peso y la talla, sobre-entrenamiento o actitud compulsiva respecto a la actividad física para perder peso.
- Antecedentes de salud: los signos de alarma son episodios de desmayos o mareos frecuentes y estreñimiento o diarrea inexplicables por otras causas.
- Mostrar un interés exagerado por la publicidad en productos para adelgazar.
- Patrones de comida: ayuno u omisión frecuente de comidas para bajar de peso, patrón errante de comidas con amplia variación en la ingesta calórica.

---

<sup>7</sup> Ocurre cuando la persona ingiere una cantidad excesiva de alimentos altamente calóricos, acompañada de una importante sensación de pérdida de control.

## **2.4 Factores Desencadenantes de la Anorexia y la Bulimia**

Existen tres factores alarmantes de predisposición que se citan a continuación:

### **2.4.1 Factores Individuales**

Los factores individuales juegan un papel en el desarrollo de TCA ya que la mayoría de éstos se suscitan por cambios corporales y emocionales que se dan en la etapa de la adolescencia. El sobrepeso infantil, perfeccionismo, alta autoexigencia, impulsividad, baja autoestima, miedo a madurar y al autocontrol, abuso de drogas, obesidad y diabetes, ideas distorsionadas del propio cuerpo, son rasgos que hacen que la probabilidad de desarrollar un TCA aumente. (Hernández, 2010)

Entre los factores individuales se destacan

#### **2.4.1.1 Factores de vulnerabilidad personal**

Maslow (1943), propone una pirámide de necesidades que deben estar satisfechas para poder llegar a la autorrealización de la persona, dicha pirámide debe cubrir las necesidades fisiológicas, seguido por las necesidades de seguridad que abarca tener buena salud, familia, vivienda y empleo, seguido por las necesidades de afiliación lo que significa tener una buena vida social, tener amistad, afecto e intimidad sexual, seguido de las necesidades de reconocimiento y por último viene la autorrealización. (Hernández, 2010)

Pero lamentablemente en el mundo en el que vivimos no se puede concebir a la familia idealizada por la sociedad, lo cual es un aspecto negativo ya que dentro del núcleo familiar se solidifica la autoestima y por esta razón los adolescentes no se aceptan como persona. Según Pedemonte, (2008), las personas que padecen TCA tienen falta de seguridad, son demasiado perfeccionistas y autocríticos, tienen auto exigencias desmedidas, se preocupan por lo que los demás piensen de uno, son muy sensibles a las influencias del entorno, perciben que tienen poco control sobre la propia vida (falta de autonomía), son poco habilidosos en las relaciones sociales, tienen una personalidad rígida, son inseguros, tímidos e introvertidos, sienten una responsabilidad mayor a la que deberían tomando en cuenta su edad, tienden a huir de los conflictos, y poseen una gran dependencia afectiva y en muchos casos por esta razón reciben abusos físicos y psicológicos y situación lo que conlleva a que se desencadenen TCA.

### **2.4.1.2 Trastornos emocionales**

Los trastornos que se relacionan con el comer están acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero los TCA pueden ser causas o resultados de los trastornos emocionales. (Ramos, 2010)

Los adolescentes que padecen riesgo elevado de padecer TCA, por lo general han pasado situaciones emocionales críticas o estresantes, que ponen en riesgo la construcción de su autoestima ya que se sienten culpables por las cosas que pasan a su alrededor, por ejemplo: el divorcio de los padres, *bullying* que reciben con respecto a su peso y talla corporal, aislamiento, soledad, dificultad de comunicarse con respecto a sus emociones y sentimientos, pérdida de algún ser querido, antecedentes de suicidio familiares, migración de los padres, entre otros aspectos.

### **2.4.1.3 Factores temporales**

Se denominan así a todos los factores que se suscitan en un tiempo específico, pero son pasajeros, no son constantes. Por ejemplo experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero), entre otros. Afectan a la estabilidad emocional de la persona haciéndolos vulnerables a los TCA. (Ramos, 2010)

### **2.4.2 Factores familiares**

Los factores negativos dentro de la familia, influyen de manera significativa en el adolescente, en especial cuando existen madres con extrema preocupación por el peso de sus hijos que las lleva a ser duras con ellos de una manera enfermiza, ya que constantemente recalcan que no deben comer porque están gordos o flácidos, dichos factores pueden ser hereditarios como ambientales y desempeñan una función importante en el aumento de los trastornos del comer, ya que generan una baja autoestima en el adolescente. (Ramos, 2010). Según Garrote (2009), tanto las madres como los padres y hermanos demasiado críticos influyen en el deseo de perder peso. Además si existe historial de familiares obesos, los adolescentes sienten pánico extremo al llegar a parecerse como ellos en algún momento y adoptan medidas extremas y enfermizas para evitarlo.

Según la Organización de Alimentación Sana (2010), también se dan por hábitos alimentarios familiares desestructurados, preocupación extrema por la figura, obesidad de algún familiar o historia de desórdenes alimentarios, problemas en la solución de

conflictos, pobre comunicación, sobreprotección, mezcla de roles familiares y trastornos afectivos, antecedentes de trastornos depresivos u obsesivos, abuso de estupefacientes y alcoholismo, historial de abuso sexual, específicamente en el caso de las personas que padecen BN, convivir con personas que ponen énfasis en el peso y la apariencia física, antes que en la formación de valores.

### **2.4.3 Factores Socioculturales**

Los factores socioculturales que predisponen a los TCA, los desencadenan e incluso los agravan, son varios y tienen una alta complejidad. La presión social actual que existe en nuestro entorno con respecto a estar en forma y el adelgazamiento extremo, la moda, los medios de comunicación y la publicidad recalcan el ideal de belleza antes que mantener una adecuada salud. (Amaya, 2008)

#### **2.4.3.1 La moda**

Desde muy jóvenes las personas, especialmente las mujeres, están sometidas a una gran presión para tener cierto ideal de belleza que la moda impone con firmeza y rigor. La moda exige la máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin medir las consecuencias (Ramos, 2010)

Aproximadamente, en los años 1960, la idea de que las personas gordas y obesas eran saludables se desvaloró, arduos estudios médicos concluyeron que ser obeso no solo no era saludable, sino que estaba íntimamente relacionado con la aparición de varias enfermedades no transmisibles que disminuían la calidad de vida. Con este concepto nació la industria de las dietas, la preocupación por la delgadez y la silueta. (Amaya, 2008)

En nuestra sociedad la delgadez se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, la plenitud sexual y el amor. Muchas personas suponen que una silueta de modelo les garantizará la felicidad y el éxito profesional e individual; ese deseo de adelgazar supone un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por ser aceptado y no rechazado.

#### **2.4.3.2 Influencia de los medios de comunicación**

La publicidad exagerada transmitida por los medios de comunicación que se da a prendas de vestir, cosméticos, maquillaje, perfumes, comida, entre otros y la presencia de modelos, actores y actrices que por lo general no son reales, lleva a muchas

adolescentes a tratar de tener ese aspecto ya que ellas lo lograron, sin importarles la propia salud, contribuyen a que los adolescentes desarrollen TCA (López, 2011). Además estamos inmersos en una sociedad de consumo, en donde el modelo de delgadez es sinónimo de éxito, en la otra cara de la moneda los adolescentes reciben otro mensaje contradictorio que promueve a los alimentos: “Fast food”, gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores ya que lo asocian con la amistad, compartir buenos momentos, con la unión familiar, entre otros aspectos, pero por desgracias son de poco valor nutritivo y de alto valor calórico (Guirao, 2009)

Es alarmante hoy en día la facilidad con la que los adolescentes encuentran en la Internet una cantidad de información impresionante sobre métodos para bajar de peso, siendo la mayoría de estos muy poco seguros con efectos nocivos para la salud de quien lo practica; además existen actualmente páginas dedicadas a todas las «princesas»<sup>8</sup> llamadas Ana y Mía para la anorexia y bulimia respectivamente, donde se encuentra con facilidad consejos para bajar de peso, carreras de ayuno, consejos para que los familiares no detecten algún tipo de anormalidad en los hábitos alimentarios, tablas de IMC en donde se exponen los pesos mínimos y poco saludables como los ideales, entre otras atrocidades que los adolescentes por intentar sentirse aceptados por la sociedad los siguen, afectando de manera significativa su vida y sobretodo su salud.

#### **2.4.3.3 Ejercicio físico intenso**

Se considera ejercicio físico intenso cuando éste interfiere de manera significativa en las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. (DSM-IV, 2011)

La actividad física excesiva va de la mano con la actitud desordenada en lo referente al comer, el ejercicio excesivo es el principal síntoma de las personas que padecen anorexia (Giraud, 2010). Actualmente se utiliza el término “tríada de atletas mujeres” para describir la presencia irregularidades en la menstruación, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas (Vásquez, 2009).

La anorexia retrasa la pubertad, dándoles a las atletas mujeres adolescentes una figura muscular, sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías

---

<sup>8</sup> Personas que padecen TCA

y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso la vida de los atletas. Algunos inclusive abusan de sus atletas si ellos sobrepasan el peso límite, los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. (Martinatto, 2007)

No existe una causa única o un factor exclusivo que desarrolle los TCA, por eso es necesario un tratamiento a cargo de un equipo multidisciplinario donde participen nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e incluso en algunos casos ginecólogos, para garantizar un trabajo íntegro y de calidad que permita curara a las personas que padecen estos trastornos, y en el caso de la BN a atenuar sus síntomas tanto psicológicos como fisiológicos.

Según Roca (2010), el tratamiento consta de 3 pasos:

- Terapia cognitiva conductual:
- Uso de fármacos
- Manejo nutricional

## **2.5 Detección de los Trastornos de Conducta Alimentaria**

### **2.5.1 Instrumentos específicos para la evaluación de los TCA**

- EAT (EATING ATTITUDES TEST) Test de actitudes alimetarias

El cuestionario de actitudes alimentarias fue diseñado y validado por Garner y Garfinkel, en 1979, posteriormente traducida al español y validado en la población española por Castro y colaboradores en el año de 1991. La primera versión del cuestionario es conocido como EAT-40 que contiene 40 preguntas que tienen como objetivo identificar síntomas y preocupaciones características de los TCA; posteriormente en el año 1984, diseñaron una versión corta con 26 preguntas denominado EAT-26, ya que consideraron que tenían preguntas redundantes que no interferían con la capacidad predictiva del instrumento.

Es el instrumento de auto-reporte más conocido y ampliamente utilizado en la evaluación de la bulimia y la anorexia, especialmente utilizado en estudios clínicos (detección y pronóstico), epidemiológicos y de investigación. (Ver anexo 3). El EAT evalúa síntomas de TCA, proporcionando 7 factores: preocupación por la comida, imagen corporal, vómitos y abuso de laxantes, restricción alimentaria, comer lentamente, comer a escondidas y presión social percibida para ganar peso.

Como se mencionó anteriormente el EAT-26 consta de 26 preguntas que admite 6 posibles. Las respuestas se puntúan de la siguiente manera:

- Siempre: 3
- Muy a menudo: 2
- A menudo: 1
- A veces: 0
- Raramente: 0
- Nunca: 0

La pregunta 25 varía su puntuación:

- Siempre: 0
- Muy a menudo: 0
- A menudo: 0
- A veces: 1
- Raramente: 2
- Nunca: 3

El rango de puntuación del EAT-26 es de 0-78 con un punto de corte de 20, los niveles considerados en el análisis se han establecido en riesgo bajo con una puntuación menor o igual a 10, riesgo medio y con una puntuación entre 11 y 20, y riesgo elevado, si la puntuación es igual o superior a 21.

Mintz y O'Hallaron, (1995), recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con TCA no especificado (TCANE), ya que la puntuación total del test distingue entre pacientes con anorexia y población normal y entre pacientes con bulimia y población normal, pero no lo hace entre anorexia y bulimia.

## **2.6 Hipótesis**

Los adolescentes de 14-16 años son más susceptibles de presentar riesgo medio y alto de padecer TCA.

## CAPÍTULO III

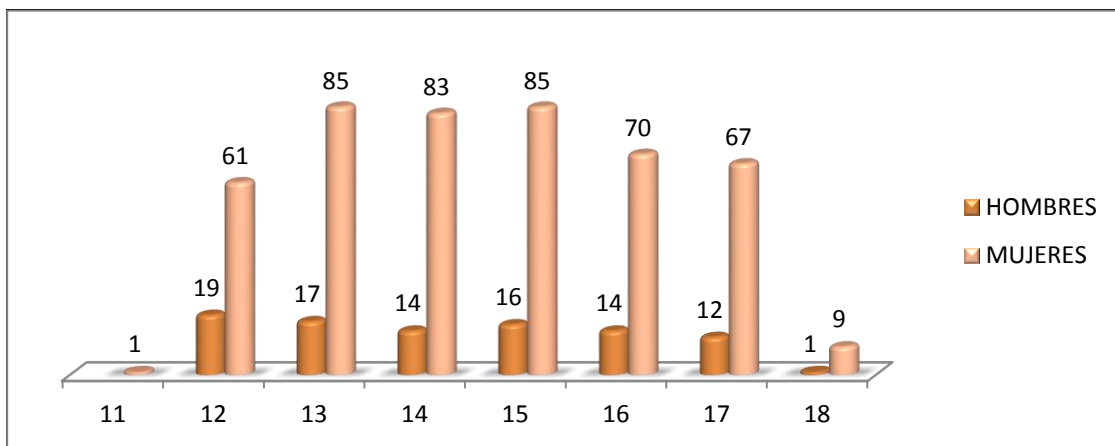
### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**Tabla 4 Adolescentes que participaron dentro del estudio**

ENCUESTAS EFECTIVAS	554	94.38%
ENCUESTAS INEFECTIVAS	33	5.62%
TOTAL DE ALUMNOS	587	

**GRÁFICO 1**

TOTAL DE ALUMNOS PARTICIPANTES EN LAS ENCUESTAS SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014

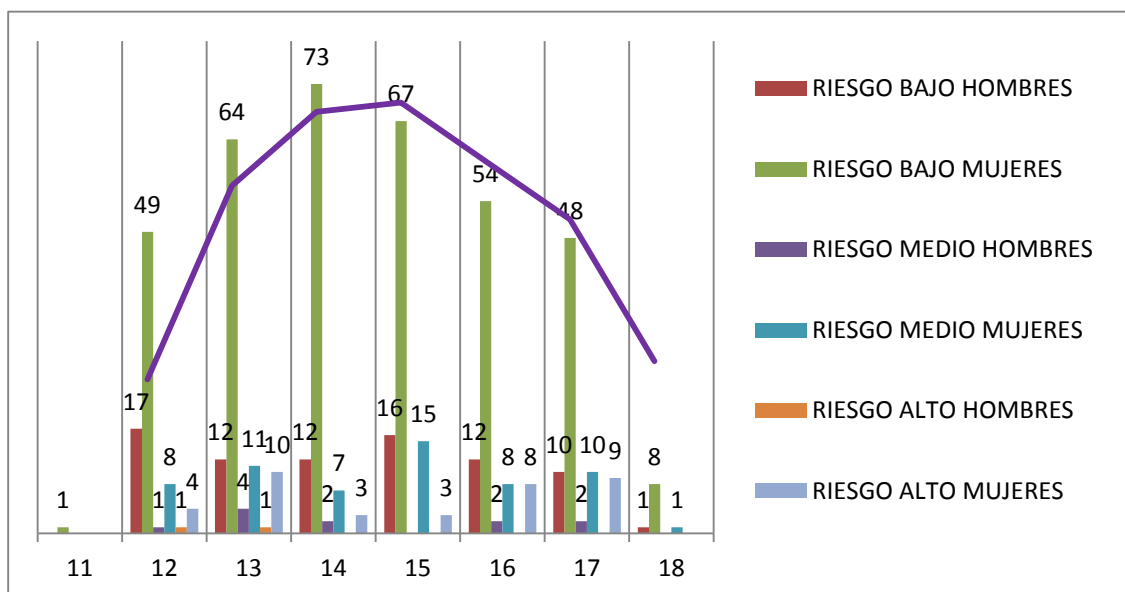


A pesar de haber estipulado que la muestra era de 587 adolescentes, se trabajó solo con 554 que coincide con tiene una estrecha relación con el número de muestra, además la recolección de datos de este estudio cumplió con las normas de bioética establecidas. El 5,6 %, es decir, 33 estudiantes, no participó dentro del estudio por las siguientes razones: los días de la aplicación de las encuestas no asistieron a clases, no estaban en sus aulas porque tenían otras actividades o sus padres no firmaron el consentimiento informado para que sus hijos puedan ser parte del estudio. Al tener una tasa baja de adolescentes que no participaron en el estudio, la muestra y el margen de error disminuyen notablemente haciéndolo un estudio más fiable.

En cuanto al sexo se puede observar que el 83,2 % de la muestra está constituida por mujeres y el 16,8 % corresponde a los hombres; por otra parte, las edades donde mayor mujeres hay es entre los 13 y los 15 años, y las edades en que mayormente se distribuyen los hombres son de los 12 a los 15 años.

## GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO, EDAD Y TIPO DE RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



**Fuente:** Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

**Elaborado por:** Diana Paola Calvopina Loaiza

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una proporción 10:1 para la anorexia y 4:1 para la bulimia. Además, el grupo de edad más afectado por estos trastornos es la adolescencia. (Chica, Coronel y Romero, 2009).

Según los datos obtenidos los adolescentes se puede evidenciar que las edades en las que se presenta riesgo alto de padecer Trastornos de Conducta Alimentaria varían dentro del rango de 12 a 13 años. Además las mujeres tienen una tendencia más marcada a desarrollar en el futuro dichos trastornos y estos datos se respaldan con el estudio mencionado anteriormente. El 6,7 % de las mujeres dentro del grupo estudiado presenta un riesgo alto y la edad de mayor incidencia es a los 13 años y manteniéndose bajo el riesgo hasta un incremento a los 17 años, puesto que cada vez es más temprana la preocupación por la imagen corporal en relación con los hombres, pues solo lo presenta el 0,4 % entre los 12 y 13 años.

Las edades en las que se presenta con mayor frecuencia el riesgo medio de padecer Trastornos de Conducta Alimentaria fluctúan entre 13, 15, 16 y 17, siendo el pico más alto a la edad de 15 años en las mujeres; en el caso de los varones el riesgo medio se mantiene más o menos estable hasta los 17 años, existiendo un ligero incremento a los

13 años. El 10,8 % de las mujeres estudiadas presentan riesgo medio mientras que en el caso de los hombres solo el 2 %.

Del análisis del gráfico se observa que el 79 % de las mujeres presenta un riesgo bajo de desarrollar Trastornos de Conducta Alimentaria, aunque existe una tendencia ascendente desde los 11 hasta los 14 años, para descender hasta los 18 años con apenas 2 %. En el caso de los hombres, el 86 % de encuestados presenta riesgo bajo. Existe una tendencia similar en todas las edades a partir de los 12 años y se reduce drásticamente a los 18 años.

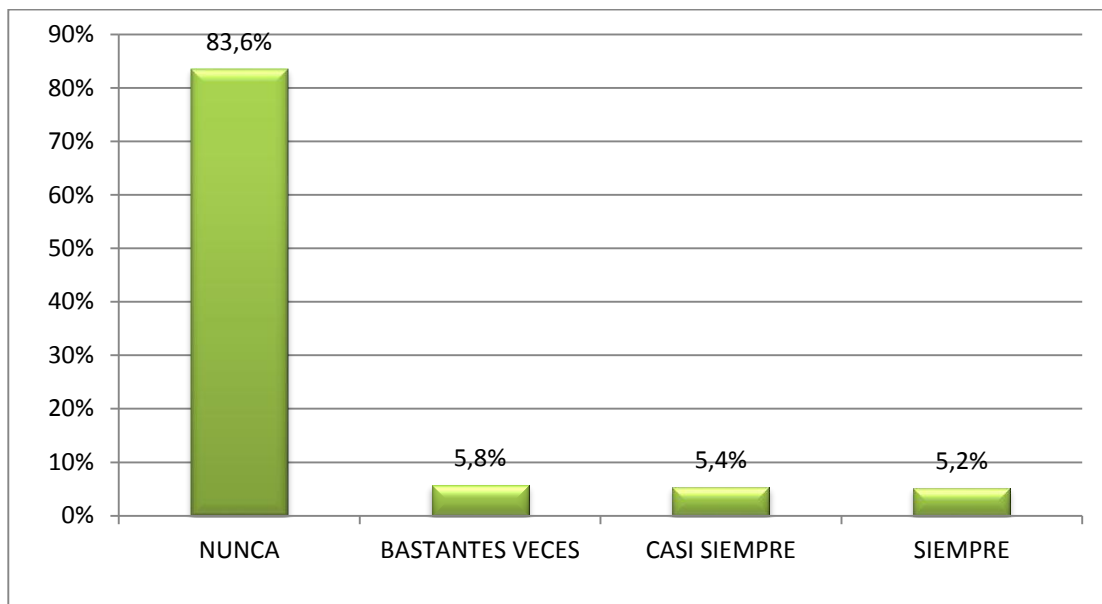
Si bien es cierto que los datos son bajos, al mismo tiempo son alarmantes ya que el 19,9 % de adolescentes de la muestra, 97 mujeres y 13 hombres, presenta riesgo de padecer trastornos.

Como se ha mencionado anteriormente, existen algunos factores que ayudan con el desencadenamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria, en especial en la etapa de la adolescencia, porque experimentan una serie de cambios físicos, emocionales y psicológicos que en muchos casos generan una baja autoestima. Los adolescentes son susceptibles y vulnerables a las influencias de los medios de comunicación y a factores ambientales, sociales, familiares y emocionales por lo que pueden desarrollarlos.

## PRÁCTICAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS

### GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES QUE REALIZAN DIETA COMO FACTOR DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26 PARA DETERMINAR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

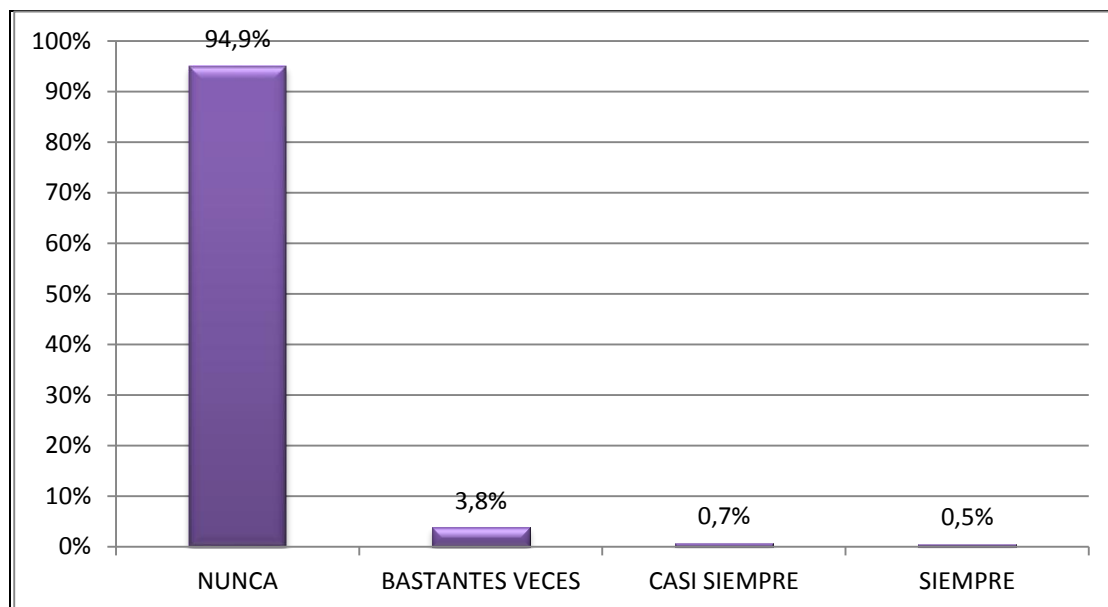
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Según datos de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria, el 25,2 % de los adolescentes entre 13 y 16 años cree que tienen sobrepeso y realizan régimen alimentario riguroso poniendo en peligro inminente su salud.

Los datos obtenidos en el Cuestionario EAT-26 muestran que el 16,42 % de los adolescentes se comprometen a hacer dieta, teniendo estas cifras relación con los datos obtenidos en el estudio anteriormente señalado. Esto puede deberse a que los adolescentes atraviesan una etapa de cambios físicos, psicológicos y emocionales que afectan la percepción de su imagen. Por esto tratan de ser aceptados por la sociedad disminuyendo en muchos casos el valor calórico total, sin pensar en las consecuencias negativas que atraen para su salud por la tasa metabólica basal más alta necesaria para su crecimiento y desarrollo. Además, muchas de las dietas que realizan los adolescentes no tienen supervisión de un profesional ya que se obtienen en fuentes poco fiables de Internet.

#### GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO UN ATRACÓN PROPIO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN EL EAT-26, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

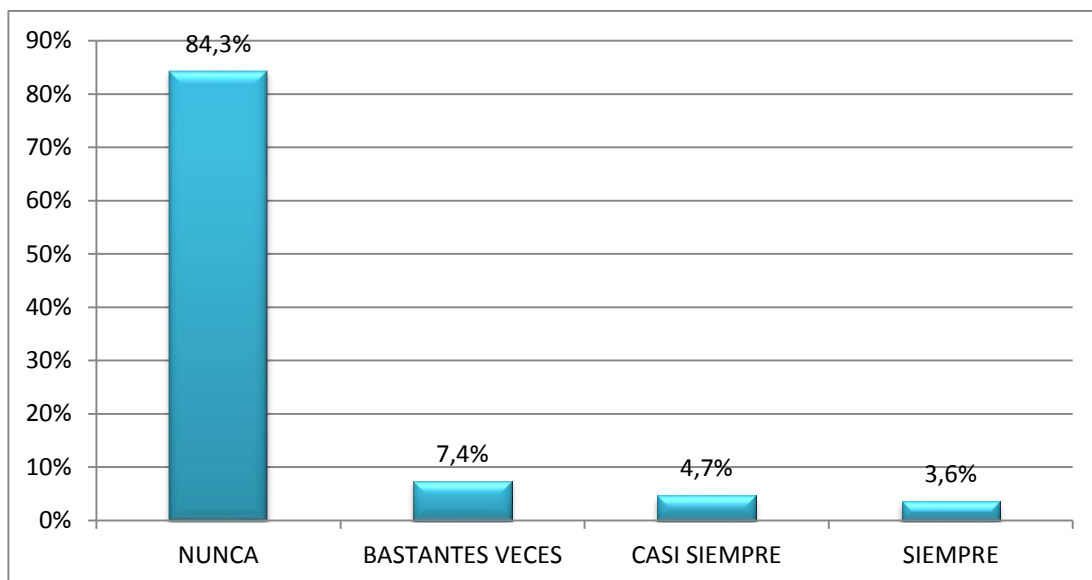
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

De acuerdo con un estudio realizado por Romo (2012) y publicado en un boletín de la Universidad de La Rioja y Oviedo, el 6,94 % de los adolescentes españoles entre 12 y 18 años ha tenido un episodio de atracón. Este estudio define que un atracón es un patrón desadaptivo que se caracteriza por un impulso irrefrenable de comer y por ingerir una gran cantidad alimento en un corto periodo de tiempo.

Mediante los datos obtenidos en la investigación se observa que el 5 % de los adolescentes ha tenido algún atracón frecuentemente. Al comparar estos dos estudios se puede concluir la prevalencia de atracones en los adolescentes, aun cuando estos datos no son significativos, ya reflejan un patrón inusual alimentario que determina el riesgo de desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria. Según las causas, la persona se encuentra en un breve lapso de excitación en donde come de manera voraz e insaciable, precedido por un malestar indefinido, en muchos casos para cubrir los sentimientos de rechazo, soledad, desilusión y sobretodo grandes periodos de restricción alimentaria. (Faur, 2013)

## GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CONSUMEN ALIMENTOS DE RÉGIMEN SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.

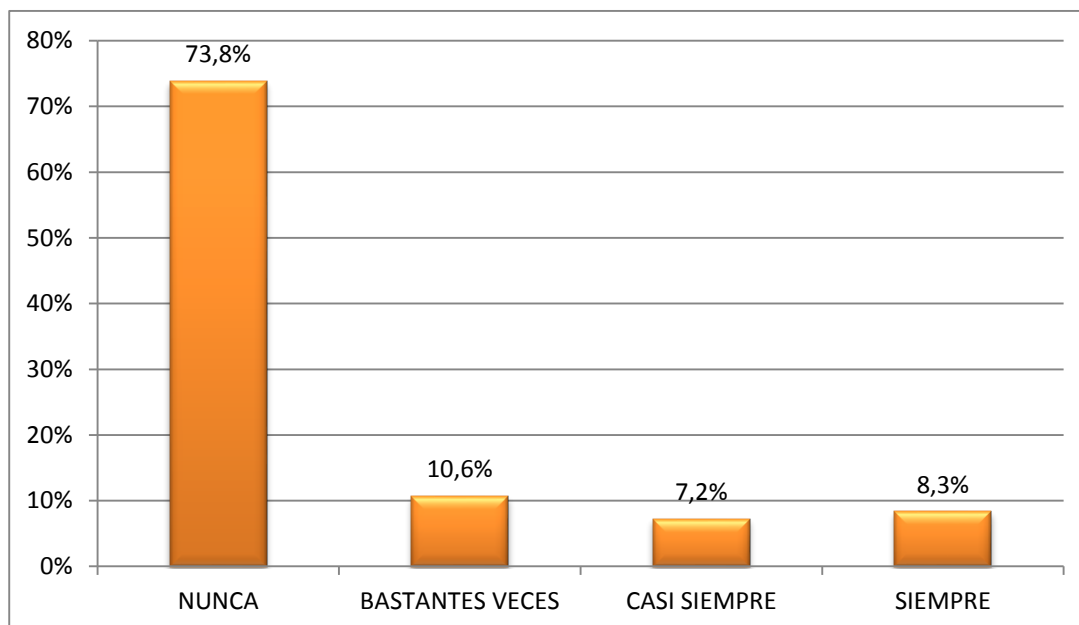


Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.  
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loiza

El estudio realizado por Parra del Río (2010) muestra que el 63,3 % de los adolescentes mexicanos acostumbran a consumir alimentos *light*, en contraste, los datos obtenidos con el Cuestionario EAT-26 muestran que solo el 15,7 % de los adolescentes consume este tipo de alimentos. Esta diferencia puede deberse a que los adolescentes no son los encargados del abastecimiento de alimentos en el hogar y de la diferencia de costumbres alimentarias entre países. Además se ha observado que la campaña publicitaria de este tipo de alimentos no siempre dice la verdad. Esto puede ocasionar que el usuario piense que por consumir este tipo de alimentos se va a mantener delgado. Los productos *light* no siempre tienen un bajo aporte calórico; a veces puede tener reducido algún tipo de micro o macronutriente.

## GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE EVITAN CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS Y AZÚCARES, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Un estudio realizado por Hidalgo (2007) demostró que los adolescentes han cambiado sus hábitos alimentarios de una manera significativa y abrumadora pues tienen una insuficiente alimentación de acuerdo con los requerimientos nutricionales diarios recomendados para este grupo etario. Los adolescentes estudiados distribuyen su alimentación de una manera desequilibrada en el aporte de macronutrientes de esta manera: lípidos, la mayoría saturados, 35-50 %; hidratos de carbono 36,5-43 %; y proteínas 20-30 %. Estos índices son muy superiores a los recomendados.

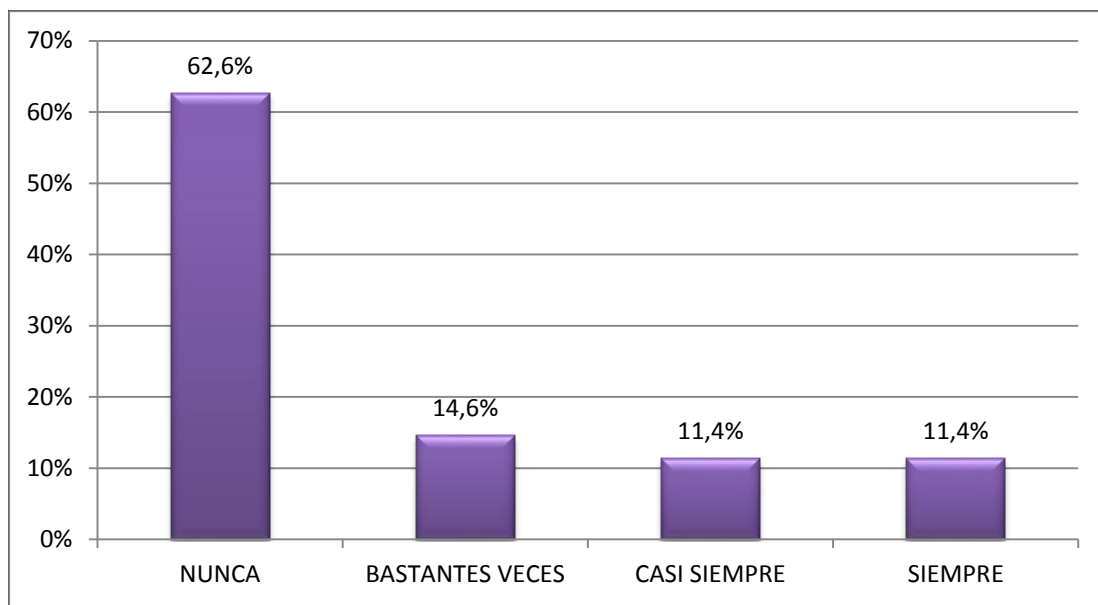
Los datos arrojados por un estudio realizado por Acosta y Gómez (2002) a adolescentes mexicanos señalan que el 35 % de los individuos estudiados disminuyeron el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y azúcares por la insatisfacción corporal y el deseo de estar más delgados para asemejarse a los ideales de esbeltez que imparten los medios de comunicación y la publicidad.

Mediante los resultados obtenidos con el Cuestionario EAT 26, el 26,17 % de los adolescentes evita consumir alimentos ricos en carbohidratos y azúcares refinados como productos de pastelería, bollería, galletería y panadería, incluyendo en muchos casos los carbohidratos complejos como arroz, papa, yuca, plátano. Estos datos obtenidos son

congruentes con el estudio anteriormente mencionado, ya que se cree que este tipo de alimentos tienden a engordar. Esta es una falsa creencia implantada de manera negativa por los medios de comunicación y la publicidad, que manipula la concepción de los adolescentes frente a este grupo de alimentos que son la principal fuente de energía y alimento para nuestro cuerpo, en especial para el cerebro. Al reducir los carbohidratos complejos se sustituye la mayor fuente de energía, y se priva a los adolescentes de un macronutriente esencial para su óptimo crecimiento y desarrollo.

## GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE TIENEN PENSAMIENTOS RECURRENTES Y ABRUMADORES SOBRE ALIMENTOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

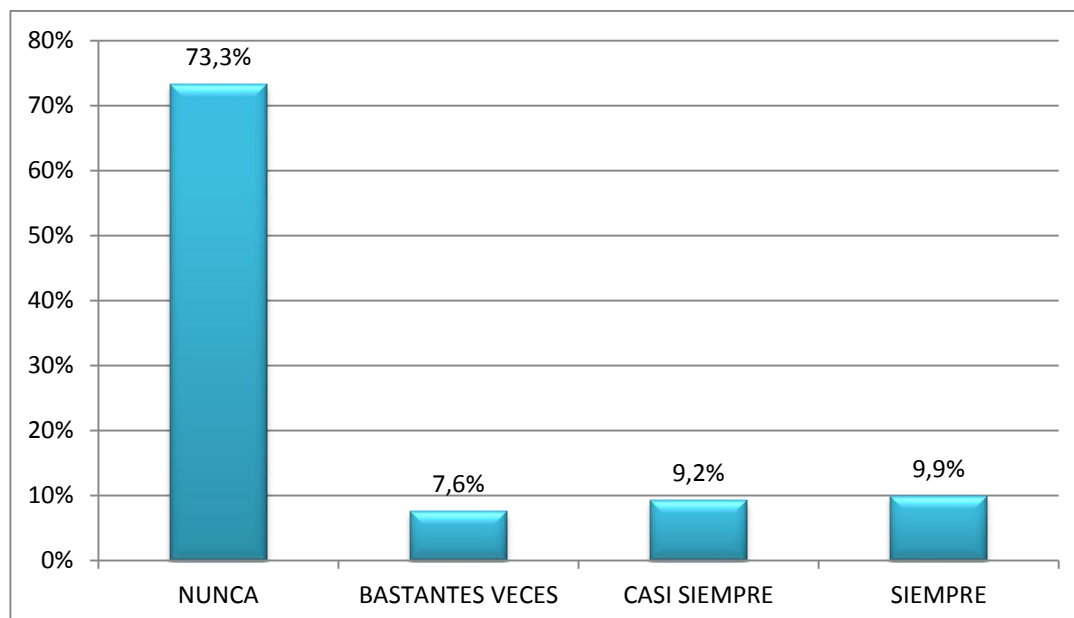
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Un estudio realizado por Arilla (2011) demuestra que el 40,7 % de adolescentes se preocupa por el aporte calórico que los alimentos puedan ofrecer, y que el 60 % de la población estudiada tiende a quedarse con hambre y se controlan en las comidas para no ganar peso.

De los adolescentes encuestados, el 37,4 % tiene pensamientos recurrentes y abrumadores sobre los alimentos, ya que se preocupan mucho por lo que comen, procuran no comer aunque tengan hambre, se obsesionan por la cantidad de calorías que tienen los alimentos. Los datos obtenidos en esta investigación corroboran los datos publicados anteriormente. Esta congruencia tiene varias razones, entre las cuales se destaca el miedo que tienen los adolescentes de que la cantidad o tipo de alimentos que consumen les hagan ganar peso, lo cual les alejaría del cuerpo ideal, idea impuesta por cambios sociales.

## GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CORTAN LOS ALIMENTOS EN TROZOS PEQUEÑOS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Según datos publicados por la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (2013), el 29 % de los adolescentes argentinos de la población estudiada corta los alimentos en trozos pequeños.

Stewart (2012), dietista y nutricionista, menciona que el cerebro y estómago registran las sensaciones de plenitud después de unos 20 minutos de haber ingerido alimentos y los fundamenta con la fisiología del cerebro, en donde señala que durante ese tiempo, los receptores informan al cerebro que el cuerpo está recibiendo nutrientes mediante el envío de señales hormonales. La hormona colecistoquinina es liberada por el intestino y la hormona leptina, es la encargada de comunicar al cerebro sobre la saciedad general basada en cuánta energía está almacenando tu cuerpo. La leptina amplifica las señales de la colecistoquinina y aumenta la sensación de saciedad ayudando a la dopamina un neurotransmisor a dar sensaciones de placer después de comer. Por lo tanto, si una persona come demasiado rápido, dichas hormonas pueden no tener tiempo de comunicarse apropiadamente.

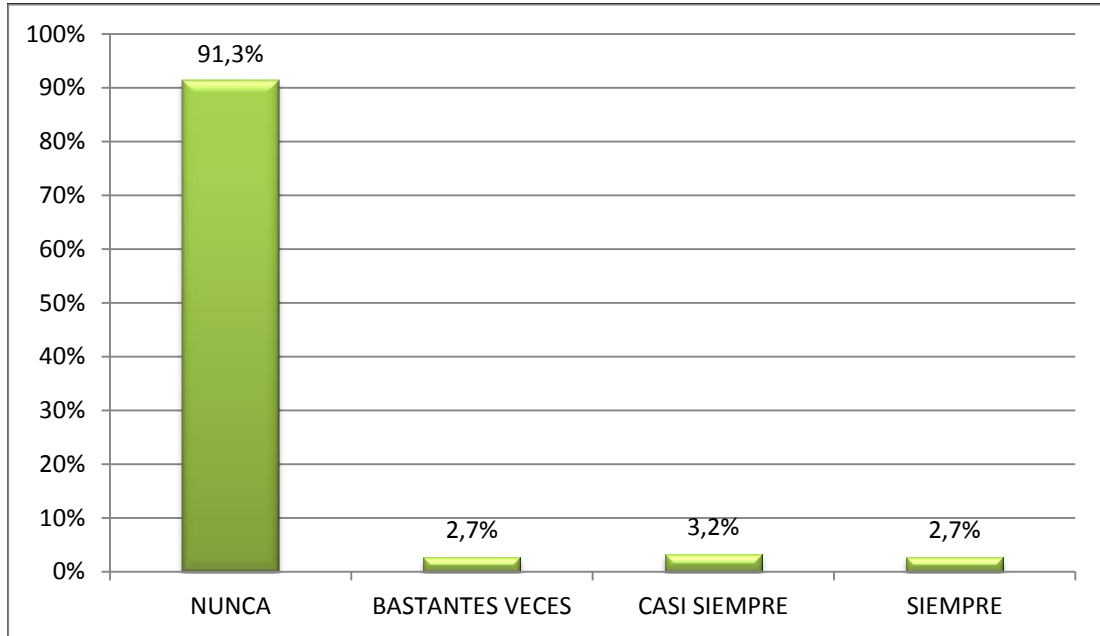
Como se puede observar en los datos obtenidos con la investigación, el 26,71 % de los adolescentes encuestados cortan los alimentos en trozos pequeños, y el 37,8 % de

ellos realiza esta práctica inusual siempre. Estos datos obtenidos coinciden con datos de la investigación anterior. Una de las razones de esta conducta alimentaria es que cuando se mastica más veces el cerebro crea una sensación de falsa saciedad; así, el adolescente se llena con un reducido aporte calórico y por consiguiente puede perder peso.

En un estudio realizado en 30 mujeres saludables que fueron estudiadas en dos ocasiones separadas en las cuales comieron a dos diferentes velocidades, se determinó que cuando consumían los alimentos despacio, comían significativamente menos calorías y mucha más agua que cuando comían a una velocidad más rápida. Además, se sentían menos saciadas cuando comían rápido. (MacDonald, 2008)

## GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE LES GUSTA TENER SENSACIÓN DEL ESTÓMAGO VACÍO, SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

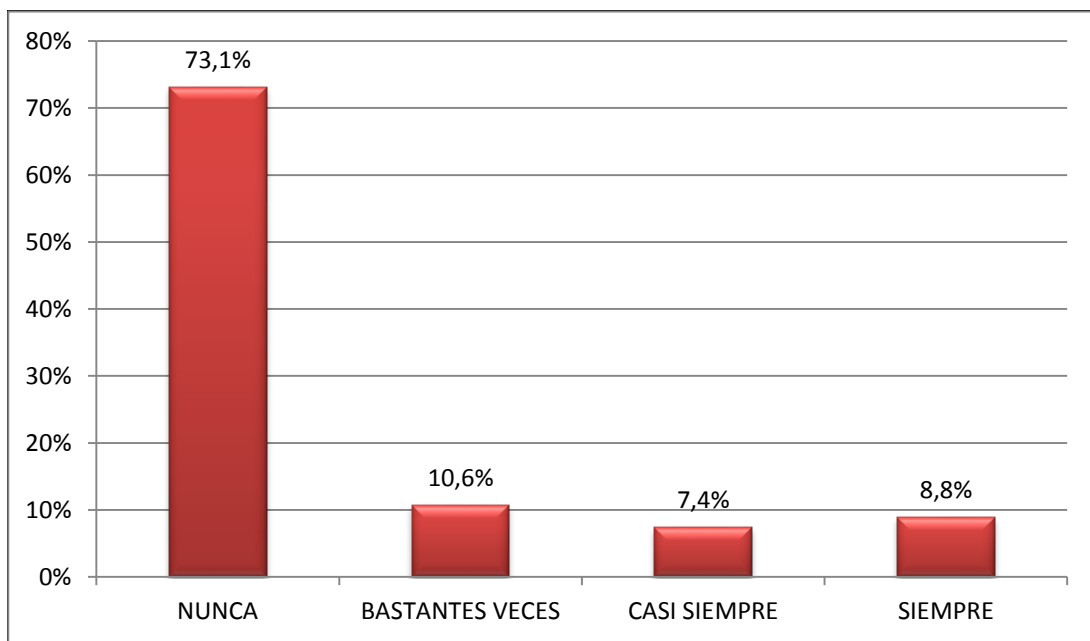
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Una publicación realizada por Domínguez (2012) menciona que sentir el estómago vacío es un síntoma característico de las personas que padecen Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, ya que genera sensación de calma debido a que al no tener nada en el estómago se sienten ligeros y no tienen sentimientos de angustia sobre el aumento de peso.

La mayoría de estudiantes sometidos a este estudio no presenta esta anomalía, únicamente el 8,66 % de la muestra estudiada tiene esta práctica de conducta alimentaria inusual y le gusta tener esta sensación y como se puede observar el 3,2 % lo realiza casi siempre demostrando ya una preocupación frecuente por el aumento de peso.

## GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SE CONTROLA EN LAS COMIDAS AL REDUCIR EL APORTE CALÓRICO DE LAS COMIDAS Y AL DISMINUIR LOS TIEMPOS DE COMIDAS, SEGÚN EL CUESTIONARIO EAT-26, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

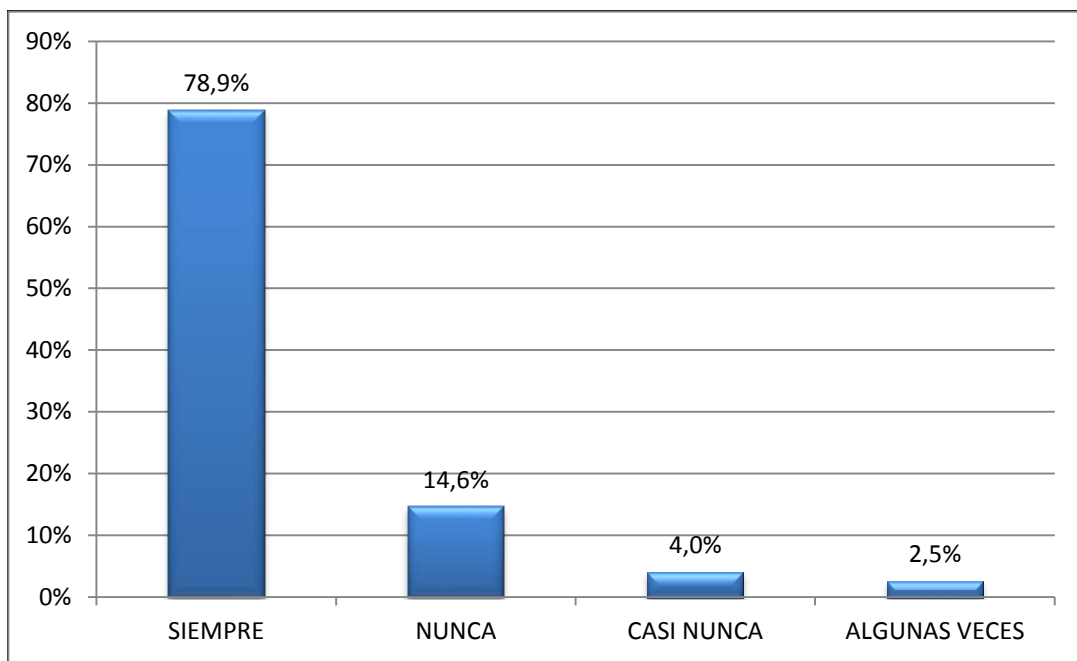
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Un estudio realizado por Hidalgo (2007) demostró que el 20 % de los adolescentes se controlan en la comida para no ganar peso. Esto se debe a que los adolescentes atraviesan una etapa de conflictos internos y externos, además de tener un deseo exacerbado de pertenecer a un grupo social. Para esto se exigen de manera rigurosa, e inclusive llegan a adoptar medidas de alto riesgo para llegar al ideal de esbeltez plasmado en la sociedad.

Según datos obtenidos en este estudio, el 26,89 % de los adolescentes adoptan este comportamiento de riesgo alimentario. La congruencia entre los datos de los dos estudios indica que los adolescentes hoy en día se controlan más que antes en las comidas independientemente de la saciedad que lleguen a sentir. En algunos casos incluso toman a la ligera la importancia que juegan los macro y micronutrientes, las vitaminas y los minerales en la formación de tejidos y hormonas durante esta etapa, por lo que, en muchos casos, tienen carencias importantes de nutrientes esenciales que dificultan el óptimo desarrollo y aprendizaje.

### GRÁFICO 11

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE NO DISFRUTAN PROBAR COMIDAS NUEVAS Y SABROSAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.  
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

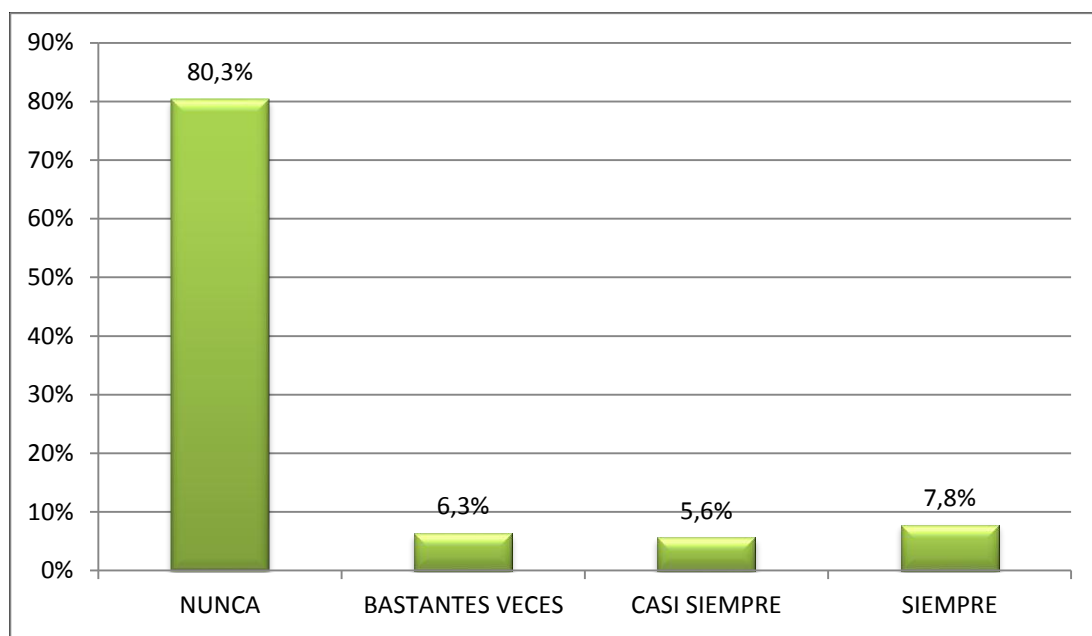
Según un estudio realizado por Ramírez (2013), el 68,1 % de los adolescentes mexicanos disfruta probando comidas nuevas que exaltan y estimulan su paladar, lo que nos deja con un 31,9 % de esta población que no disfruta comidas nuevas.

El 21,11 % de los adolescentes que participaron en el estudio no disfrutaban probando comidas nuevas y sabrosas, por lo que los datos de los estudios no difieren de manera significativa. La razón principal por la cual los adolescentes no disfrutaban de comida nueva, sabrosa y apetecible es por su exacerbado afán de bajar de peso. Por tanto, ven a la comida como su enemigo; han perdido la concepción de la comida como algo bueno, y en muchos casos solo comen porque deben hacerlo o porque se les obliga, no porque realmente el cuerpo les pida o porque tengan el razonamiento de que les va a hacer bien.

## CONDUCTAS COMPENSATORIAS

GRÁFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE REALIZA MUCHO EJERCICIO PARA QUEMAR CALORÍAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

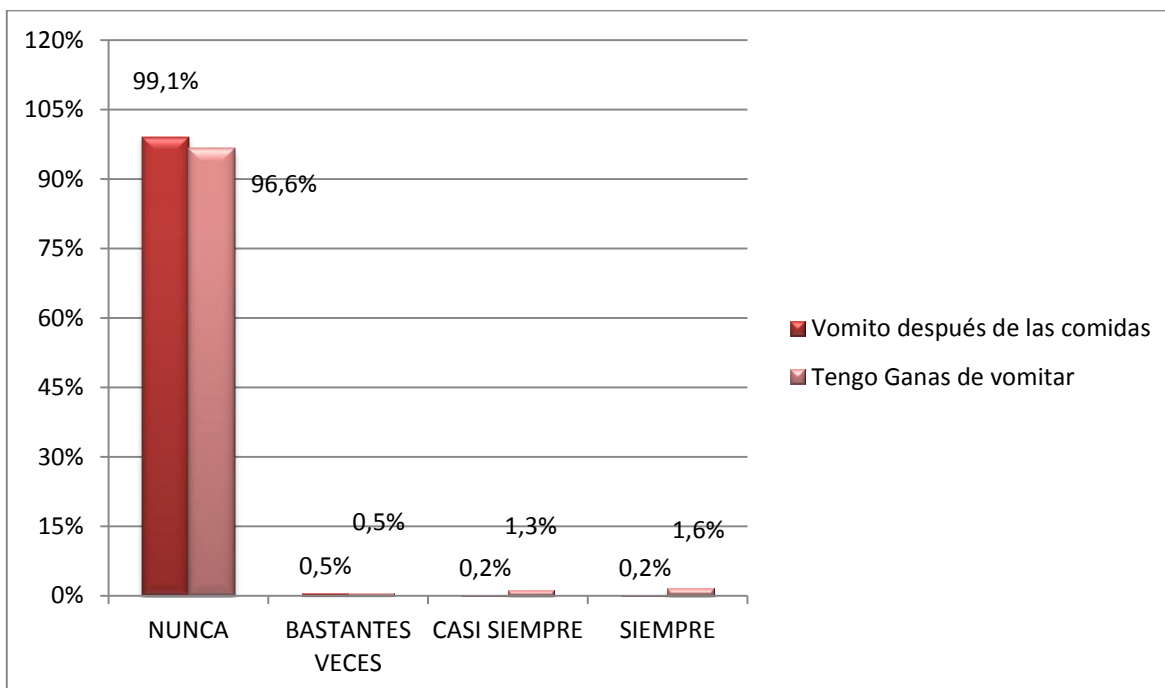
Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Un estudio realizado por Parra (2008) muestra que el 53,3 % de adolescentes de la ciudad de México practica ejercicio físico intenso como una medida compensatoria, con el afán de mantenerse dentro del prototipo de belleza.

De la población estudiada solo el 19,7 % realiza ejercicio físico intenso para quemar calorías. Como se puede observar, estos datos son incongruentes con los obtenidos en el estudio realizado previamente. Esta diferencia de resultados en los dos estudios puede explicarse con el estudio realizado por Valaguer (2012), el cual menciona que los adolescentes en los últimos tiempos no realizan la actividad física y el ejercicio necesario y suficiente para mantener una adecuada salud, sino que eligen actividades más sedentarias ofrecidas por el avance de la tecnología como la televisión, los videojuegos, las redes sociales.

### GRÁFICO 13

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE VOMITAN Y TIENEN GANAS DE VOMITAR DESPUÉS DE LAS COMIDAS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaza

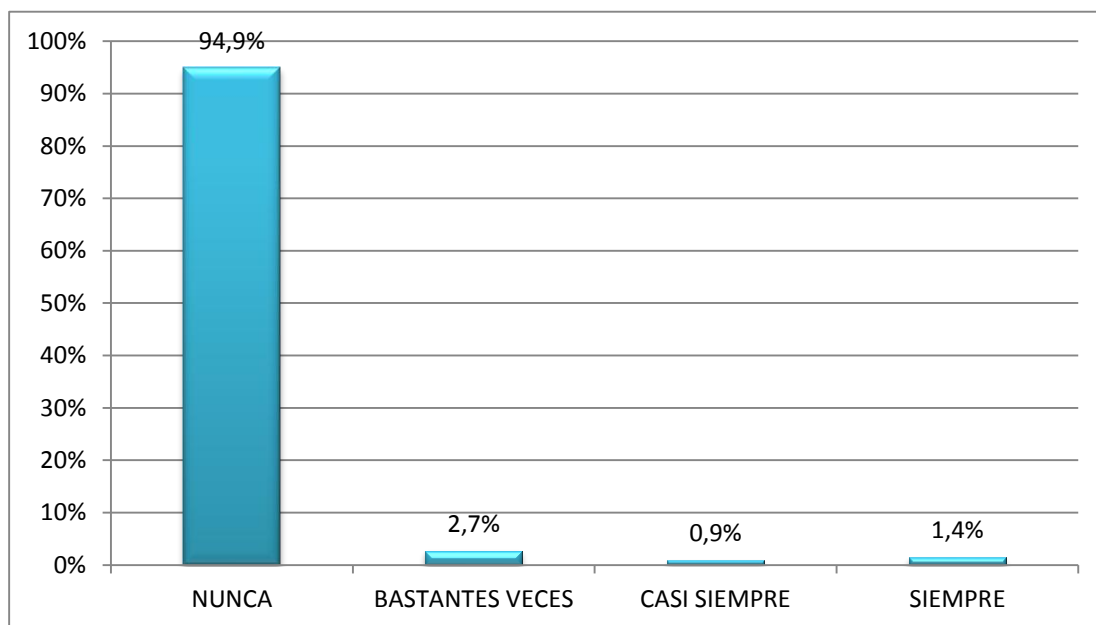
Los episodios de vómito repentino y que duran varios días, en especial después de haber ingerido algún alimento, es una práctica de conducta alimentaria inusual y señala un riesgo de padecer Trastornos de Conducta Alimentaria. Esto es muy peligroso para la salud porque vomitar repetidamente causa lesiones en el esófago y en el estómago por la distensión provocada por ingerir grandes cantidades de comida y el paso de los ácidos estomacales, además de dañarse el esmalte dental por causa de los jugos gástricos.

Como se puede observar en los resultados obtenidos de las encuestas, el 0,9 % de los adolescentes vomitan después de comer y el 3,4 % tienen ganas de vomitar después de ingerir algún alimento, pero son alarmantes los datos ya que el 1,8% realizan estas prácticas siempre, aun cuando las cifras no son significativas dentro de la población de estudio, si se evidencia que algunos adolescentes ya tienen esta práctica de riesgo como medida compensatoria luego de ingerir alimentos y son medidas extremas para evitar ganar peso.

## DEPRESIÓN

### GRÁFICO 14

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES QUE SE SIENTEN CULPABLES DESPUÉS DE INGERIR ALIMENTOS, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Estudios realizados por la Asociación de Lucha contra la Bulimia (ALUBA) 2013 demuestran que el 40 % de los adolescentes argentinos experimentan sentimientos de culpabilidad o abatimiento después de ingerir alimentos, porque crean una necesidad de sentirse ligeros.

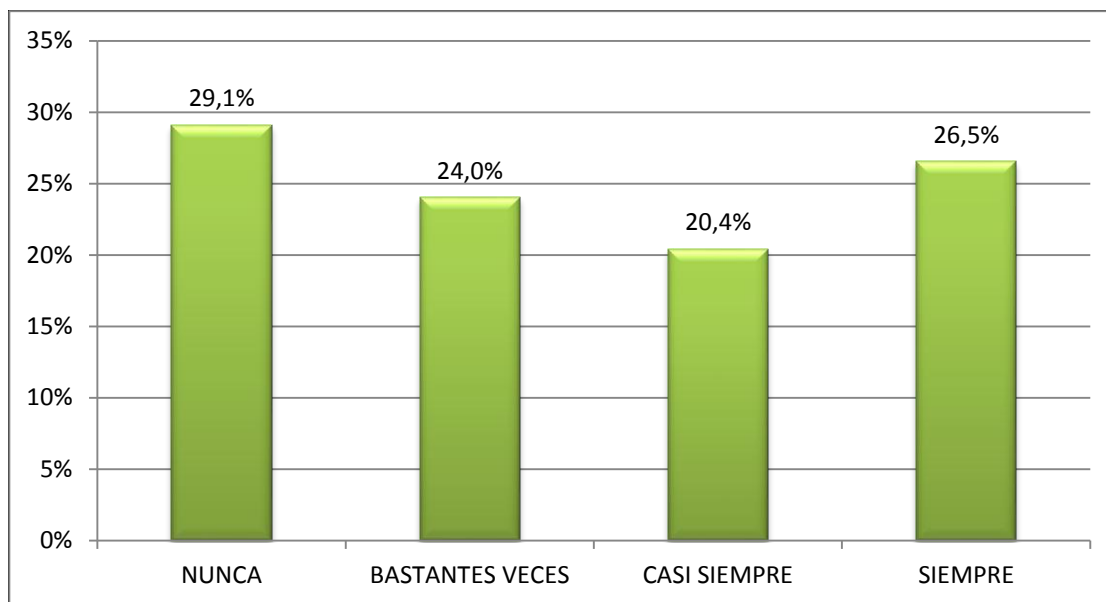
Como se puede observar en los datos recolectados, el 5,05 % de los adolescentes tiene remordimiento, melancolía o infelicidad después de haber ingerido alguna comida en especial. Una de las causas más probables de este sentimiento es la presión externa que reciben por los compañeros, familiares o los medios de comunicación.

La diferencia considerable entre los dos estudios se puede deber a que el primer estudio fue realizado en adolescentes que padecían de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, mientras que el estudio realizado en el colegio Sagrados Corazones de Rumipamba participaron todos los adolescentes comprendidos entre 11 y 18 años.

## PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA CON LA IMAGEN CORPORAL

GRÁFICO 15

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN LA PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA CON LA IMAGEN CORPORAL, UNIDAD EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES DE RUMIPAMBA, QUITO, PERIODO LECTIVO 2013-2014.



Fuente: Cuestionario EAT-26 aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba Quito, 2014.

Elaborado por: Diana Paola Calvopina Loaiza

Según Cano (2010), el 74 % de los adolescentes estudiados se encuentra insatisfecho con su imagen corporal. Esto puede deberse a un trastorno en la autoestima o la identidad, la ansiedad interpersonal o la depresión. Además, y como ya se ha mencionado, la presión sociocultural juega un papel importante en la disconformidad que sienten los adolescentes con su propio cuerpo.

Como se puede observar en los resultados del estudio realizado, el 70,93 % de los adolescentes siente una extrema presión por la imagen corporal, ya que tienen miedo a pesar demasiado o tener grasa en el cuerpo, o desean sentirse cada vez más delgados. Al analizar los datos de los dos estudios se puede percibir que existe una correlación: la mayoría de adolescentes tiene un deseo de inconformidad con su cuerpo debido a que existen prototipos de belleza y delgadez asociadas al éxito. La imagen que publicitan los medios de comunicación es ficticia e irreal, lo que provoca que los adolescentes que no pueden alcanzar el cuerpo perfecto caigan en trastornos de autoestima, identidad, ansiedad interpersonal y depresión. Este trastorno del funcionamiento psicológico es una de las causas más relevantes de la aparición o el riesgo de desarrollar los Trastornos de Conducta Alimentaria.

## CONCLUSIONES

- Mediante el estudio realizado se observó que el 10,8 % de las adolescentes y el 2 % de los adolescentes tiene riesgo medio de padecer TCA, lo que da un total del 12,8 %, siendo la edad con más riesgo en mujeres a los 15 años; en cambio en los hombres a los 13 años. También se observó que el 6,7 % de mujeres tiene riesgo alto, siendo las edades más propensas a los 13 y 17 años; y el 0,4 % de los hombres tienen riesgo alto y las edades en que se presentan son a los 11 y 12 años, lo que da un total del 7,1 %.
- Al evaluar las prácticas de conducta alimentaria de los adolescentes, se estableció lo siguiente: el 37,4 % de los adolescentes tiene pensamientos recurrentes y abrumadores sobre alimentos, seguido por el 26,8 % que trata de controlarse en la comida refiriendo que no quieren ganar peso; el 26,7 % de los adolescentes corta los alimentos en trozos pequeños para tener una sensación de saciedad prematura; el 26,1 % de los adolescentes ha modificado su alimentación disminuyendo los carbohidratos, a pesar de ser los principales macronutrientes de donde obtenemos energía; el 21,1 % de los adolescentes no disfruta probar nuevas comidas, ya que considera la comida como un enemigo que le hará ganar peso; el 16,4 % se compromete a hacer dieta; el 15,7 % consume bastantes veces alimentos de dieta; al 8 % de los estudiantes le gusta sentir el estómago vacío; y el 5 % ha tenido un atracón por ser incapaces de parar de comer.
- Según los resultados del cuestionario EAT-26 se determinó que el 70,9 % de los adolescentes siente presión interna y externa por su imagen corporal, pues tiene miedo de pesar demasiado, tener grasa en el cuerpo o siente intenso deseo de sentirse cada vez más delgado.
- Después de ingerir alimentos los adolescentes tienden a adoptar conductas compensatorias inapropiadas con el afán de no ganar peso. En el estudio se estableció que el 19,7 % de los adolescentes realiza ejercicio físico intenso para quemar calorías, el 3,4% tienen ganas de vomitar luego de haber comido y el 0,9 % ha vomitado después de ingerir alimentos.
- La hipótesis se cumplió parcialmente tomando en cuenta el sexo ya que las mujeres tienen un pico de edad de riesgo medio a los 15 años, en cambio los hombres tienen el pico de edad más alto de riesgo medio a los 13 años. En

cuanto al riesgo alto los hombres lo padecen a los 12 y 13 años, y en las mujeres a los 13 y 17 años se presenta el pico más alto.

## RECOMENDACIONES

- Con los datos obtenidos es importante que las autoridades del plantel se empoderen y conjuntamente con el Departamento de Consejería Estudiantil (DCE), formen un grupo multidisciplinario e integral con ayuda de profesionales capacitados en el tema para realizar charlas de prevención y promoción de salud y así evitar que los adolescentes aumenten el riesgo de padecer TCA. Además se debería incluir el cuestionario EAT-26 como un instrumento de tamizaje por parte del DCE para detectar de manera temprana a los adolescentes que tienen riesgo medio y elevado de padecer TCA y trabajar de manera ardua y conjunta, tomando las medidas correctivas necesarias con este grupo de riesgo.
- Es importante implementar un sistema de vigilancia y monitoreo de parte del Colegio para los adolescentes que tienen riesgo, con profesionales capacitados que implementen charlas y talleres dando énfasis a temas sobre el auto cuidado, la percepción corporal y la autoestima, ya que al fortalecer estos temas evitamos que los adolescentes se sientan inconformes con su cuerpo y recurran a medidas poco ortodoxas y que atenten contra su salud. Además es importante abordar charlas sobre las complicaciones que tienen los TCA y los factores de riesgo, para que los adolescentes tomen conciencia de lo que todo lo que abarca el trastorno y puedan eliminar las prácticas de conducta alimentaria inapropiadas y las conductas compensatorias que les puede causar un deterioro inminente de su salud puesto que estas prácticas afecta a órganos vitales y disminuye la capacidad funcional de su cuerpo.
- Es necesario trabajar con un grupo multidisciplinario especialmente con un nutricionista en el colegio para elaborar charlas educativas y dinámicas sobre los TCA, para que se dé un espacio en las juntas de padres de familia donde se aborde el tema y puedan estar al tanto de los conceptos básicos de los trastornos, de sus signos, síntomas y complicaciones, para que den así una formación a sus hijos, centrada en valorar su criterio personal, evitando que se dejen atraer por la moda u otra corriente que les lleve a preocuparse en extremo de su apariencia física. Además es específicamente en el hogar en donde se forma la autoestima de los adolescentes y se debe tratar de que esta se consolide de una manera fuerte donde no pueda ser vulnerable a influencias externas. Los

padres de familia al ser capacitados en este tema estarán aptos de diagnosticar signos de alerta en sus hijos relacionados a los TCA y acudir de manera oportuna donde profesionales, para que ayuden a que los hijos no caigan dichos trastornos, a fin de evitar daños mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

Behar, R., y Figueroa, G. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo

Brown, J. (2010). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México: Editorial McGraw-Hill.

Fairburn, Christopher. (2005). *Anorexia y Bulimia un nuevo padecer*. Madrid-España. Editorial Espasa Ubros.

Mahan, K. Escott-Stump, S. (2009). *Krause Dietoterapia*. Barcelona-España: Editorial Masson

Mataix, J (2009). *Nutrición y Alimentación Humana*. Barcelona-España: Editorial Océano/ergon.

Toro Y. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid-España. Editorial 2000

### Tesis de grado

Mejía, M. (2012). ***Influencia de la práctica de conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción de la imagen corporal sobre la posibilidad de desarrollar trastornos alimenticios***. Tesis de grado no publicada, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Samaniego, M. (2011). ***Detección de riesgo para adquirir trastornos de conducta alimentaria mediante la aplicación del instrumento EAT-40 y su relación con el IMC en mujeres adolescentes***. Tesis de grado no publicada, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

### Documentos electrónicos

Behar, Rosa. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria*. Recuperado 12-03-2013. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008001200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013)

- Berman, Kevin. (2011). *Anomalías de las uñas*. Recuperado 13-04-2013. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003247.htm>
- Botanical-online. (2002). *Plantas para piel seca*. Recuperado 03-04-2013. Disponible en: <http://www.botanical-online.com/medicinalspielseca.htm>
- Caudet, Felip. (2010). *El estreñimiento*. Recuperado 13-04-2013. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=857>
- Center for young women's health. (2005). *El ácido fólico y los adolescentes*. Recuperado 03-04-2013. Disponible en: <http://www.youngwomenshealth.org/spfolicacid.html>
- Cortez, Suzanne. (2013). *Funciones de la Vitamina C*. Recuperado 13-04-2012. Disponible en: <http://www.vitaminac.com.pe/injektopas/index.php/13-funciones-de-la-vitamina-c>
- Fundación Alimentación Saludable. (2013). *Conceptos básicos de nutrición: Proteínas*. Recuperado 01-04-2013. Disponible en: [http://www.alimentacionsaludable.es/conc\\_proteinas.htm](http://www.alimentacionsaludable.es/conc_proteinas.htm)
- Hernández, Teresa. (2011). *Ciclo menstrual irregular y retraso en el periodo*. Recuperado 15-03-2013. Disponible en: <http://www.naturasapiens.com/2011/02/20/ciclo-menstrual-irregular-y-retraso-en-el-periodo/>
- Horde, P. (2009). *Calambres*. Recuperado 13-04-2013. Disponible en: <http://salud.kioskea.net/faq/2596-calambres-definicion-y-tratamiento>
- Instituto Tecnológico de Sonora. (2009). *Definición de los trastornos de alimentación*. Recuperado 19-03-2013. Disponible en: [http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa7/trastornos\\_alimentacion/p2.ht](http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa7/trastornos_alimentacion/p2.ht)
- Kaneshiro, K. (2012). *Hiperactividad*. Recuperado 03-04-2013. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003256.htm>
- Licata, Marcela. (2010). *El hierro en la nutrición*. Recuperado 14-03-2013. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm#Aporte>

Meco, José. (2010). Nutrición distintas etapas. Recuperado 16-03-2013.  
Disponibile en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/necesidades-energia-nutrientes.shtml>

Medtronic. (2010). *Acerca de la taquicardia (latido rápido)*. Recuperado 03-04- 2013.  
Disponibile en: <http://www.medtronic.es/su-salud/taquicardia/>

Montón, C., García, J., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M y Tizón, J. (2002). *Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria*. Recuperado 25-03-2013. Disponibile en:  
[http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf)

Nestlé. (2010). *La nutrición por edades: La pubertad*. Recuperado 02-04-2013.  
Disponibile en: [http://www.nestle.es/nutricion/asp/sumview.asp?section\\_order=004\\_003\\_001](http://www.nestle.es/nutricion/asp/sumview.asp?section_order=004_003_001)

Real Academia Española. (Vigésima segunda). (2012). **Frío**. Recuperado 02- 04-2013.  
Disponibile en: <http://www.rae.es/drae/srv/search?id=JqmRkuupxDXX2Tvlspkp>

Rogge, Timothy. (2012). *Depresión*. Recuperado 12-04-2013. Disponibile en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>

Ruiz, Ana. (2007). *Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar*. Recuperado 14-03-2013. Disponibile en:  
[http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero10-07/reportes/a\\_detecLG.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero10-07/reportes/a_detecLG.asp)

Saracho, R. (2012). *Dolor de cabeza: cefalea*. Recuperado 03-04-2013. Disponibile en:  
<http://famiiaysalud.es/nos-preocupa-que/dolor-de-cabeza-cefalea>

Vorvick, L. (2010). *Mareo*. Recuperado 13-04-2013. Disponibile en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003093.htm>

## Videos

Hutton, Lauren. (Productor ejecutivo). (2011, Septiembre 14). **Ilusiones perfectas: Desórdenes alimentarios y las familias**. [Programa televisivo]. Washington, DC. Recuperado 12-03-2013. Disponibile en:  
<http://www.youtube.com/watch?v=gYpBFNt2ZjE>

Marfo, Adriana. (Productor ejecutivo). (2011, Septiembre 19). Obsesión cuerpos que gritan: Anorexia y Bulimia. [Programa televisivo]. NatGeo. Recuperado 02-03-2013. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=6ZB6WYRIsd8>

Toapanta, L. (Productor ejecutivo). (2009, Agosto 2). **Voces de Ana**. [Video]. Quito-Ecuador. Recuperado 13-03-2013. Disponible en: [http://www.youtube.com/watch?v=8I9vPI\\_ZP90](http://www.youtube.com/watch?v=8I9vPI_ZP90)

# ANEXOS

## Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

En consideración a que en la actualidad el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en los y las adolescentes está en ascenso, se realizará una investigación que tiene como objetivo conocer el riesgo de que los y las estudiantes padezcan estos trastornos.

Por lo expuesto, informo a ustedes padres de familia que la investigación en la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba será realizada por la señorita Diana Paola Calvopina Loaiza, egresada de la Carrera de Nutrición Humana de la Facultad de Enfermería, a los y las adolescentes desde Octavo de Básica a Tercero de Bachillerato.

La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación de una encuesta, por lo tanto garantizo que no será de tipo invasivo. Además, los datos obtenidos serán utilizados específicamente con fines investigativos y serán de carácter confidencial.

---

Después de haber sido informado sobre la investigación que se realizará y los beneficios de la misma, comprendo y estoy satisfecho con la información recibida.

Por tanto, yo ..... con CI  
..... padre de familia del alumno/a  
..... autorizo que mi hijo/a participe en el  
protocolo de la investigación.

**Firma del representante**

Diana Paola Calvopina Loaiza  
**Responsable**

Teléfono: 0984926382/022406074

Email: paolacalvopina@gmail.com

**Anexo 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
Sexo				Distribución porcentual de adolescentes por sexo
Edad				Distribución porcentual de adolescentes por edad
Riesgo para desarrollar TCA	Vulnerabilidad que presentan las personas para adoptar alguna característica que ocasione un posible daño, en este caso el daño es el riesgo de desarrollar TCA.	Riesgo bajo		Porcentaje de adolescentes que tiene riesgo bajo de desarrollar TCA
		Riesgo medio		Porcentaje de adolescentes que tienen riesgo medio de desarrollar TCA
		Riesgo alto		Porcentaje de adolescentes que tiene riesgo elevado de desarrollar TCA
y Prácticas Conductas Alimentarias	Son las actitudes y formas de comportamiento de una persona con respecto a la comida y alimentación.	Régimen alimentario	Conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales, la mayoría de las veces se utiliza este término para las personas que lo hacen para bajar de peso	Porcentaje de adolescentes que se comprometen a realiza dieta

		Alimentos de dieta	Son alimentos que tienen bajo contenido de azúcar y grasa	Porcentaje de adolescentes que come alimentos de dieta
		Atracones	Ocurre cuando la persona ingiere una cantidad excesiva de alimentos altamente calóricos, acompañada de una importante sensación de pérdida de control.	Porcentaje de adolescentes que tiene atracones
		Evitar carbohidratos		Porcentaje de adolescentes que evita los carbohidratos y azúcares
		Cortar los alimentos en trozos pequeños		Porcentaje de adolescentes que corta los alimentos en trozos pequeños
		Pensamientos sobre alimentos		Porcentaje de adolescentes que tienen pensamientos recurrentes y abrumadores sobre alimentos
		Sensación del estómago vacío		Porcentaje de adolescentes que les gusta tener la sensación del estómago vacío

		Controlarse en las comidas		Porcentaje de adolescentes que se controla en las comidas
		Disfruta probar comidas nuevas y sabrosas		Porcentaje de adolescentes que disfrutan probando comidas nuevas y sabrosas
Conductas compensatorias inapropiadas	Conductas adquiridas por algunas personas para tratar de deshacerse de los alimentos ingeridos y evitar así la ganancia de peso	Vómito	Expulsión violenta y espasmódica del contenido estomacal a través de la boca.	Porcentaje de adolescentes que se auto-inducen el vómito
		Ejercicio	Conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona.	Porcentaje de adolescentes que realiza ejercicio físico exagerado por evitar el aumento de peso
Depresión	Sentimiento de tristeza, melancolía, infelicidad, culpabilidad o abatimiento.			Porcentaje de adolescentes que se sienten culpables después ingerir alimentos.
Presión social percibida con la imagen corporal	Es el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, la manera en la que te ves y te imaginas a ti mismo.			Porcentaje de adolescentes que perciben una presión social percibida con la imagen corporal

### Anexo 3. CUESTIONARIO EAT-26 (EATING ATTITUDES TEST)

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

## Anexo 4. CUESTIONARIO APLICADO A LOS ADOLESCENTES

**Edad:**

**Sexo:**

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