



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Escuela de Psicología Clínica

**TEMA: PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 15
A 18 AÑOS DE UN COLEGIO PARTICULAR MIXTO Y UN
COLEGIO FISCAL MIXTO.**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

Autores:

Juan Andrés Loja Paucar.

Bernarda Camila Sarmiento Ríos.

Director:

Mst. Mario Eduardo Moyano Moyano.

Cuenca – Ecuador

2020

DEDICATORIA

Dedico el presente proyecto de investigación y todos estos años de travesía en primer lugar a mi madre, que, aunque ya no está conmigo, sé que desde lo más alto me ha acompañado y dado fuerzas en cada paso de mi vida.

En segundo lugar, dedico este trabajo a mi padre, hermano y familia que nunca dejaron de apoyarme y creer en mí, gracias a su amor incondicional he alcanzado un gran meta en mi vida, sin ustedes no sería posible haber llegado tan lejos; aquella alegría y palabras de aliento que expresaban cuando tenía éxito fue el combustible para nunca decaer.

No existen las palabras para expresar todo lo que siento, espero algún día poder devolver todo lo que han hecho por mí, para la familia Loja Paucar.

Juan Andrés Loja Paucar

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar este trabajo de investigación de manera especial a Dios quien ha sido la mayor muestra de amor incondicional, lo que me ha permitido constituirme como ser humano y asumir cada circunstancia de mi vida con valentía, entrega y dedicación.

En segundo lugar, a mi padre Fernando Sarmiento por ser el pilar de mi motivación e inspiración por esta carrera, por ser mi maestro, enseñarme que el amor es el principal ingrediente de sanación interior y sobre todo, por forjar en mi la responsabilidad y deseos de superación.

Finalmente, dedico este trabajo a Nathaly Díaz, mi terapeuta y amiga quien ha sido mi guía y mi compañía en mi proceso de formación y sanación personal. Por enseñarme las pautas para crecer en consciencia plena y sobre todo por afianzar mi pasión de servicio a los demás.

Bernarda Camila Sarmiento Ríos

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi madre por todos los sacrificios que hizo por nosotros, prometo nunca defraudarla y ser aquella persona en la que creía.

Gracias a Dios por haberme bendecido con sabiduría y prosperidad en estos años de mi vida, de igual modo, por poner en mi camino a personas que me ayudaron a crecer y no desmayar.

A mi padre que siempre me ha brindado apoyo incondicional a pesar de los tropiezos; mi hermano, que, sin darse cuenta, fue una de las más grandes inspiraciones que he tenido; a mi abuelita que ha estado pendiente de mí y siendo una luz de espereza; a mis tíos y tías que sin dudar ofrecieron su ayuda para ver mis sueños cumplirse.

Agradezco a todos mi profesores y profesoras por estos años de aprendizaje, quienes dejaron una huella en mi vida, por todo el amor y pasión al momento de compartir su conocimiento.

Por último, gracias a mis compañeros y compañeras que hicieron estos años de universidad una experiencia única, me enseñaron mucho de la vida y siempre los llevaré en mi corazón.

Juan Andrés Loja Paucar

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional en este proceso; mis padres quienes con su sacrificio y amor me han encaminado construir mi esencia, valores, principios, carácter y firmeza para conseguir mis objetivos. Mis hermanos, quienes han sido mi ejemplo de lucha y constancia a pesar de las adversidades.

A la universidad del Azuay por ser mi hogar durante 5 años, a todos los profesores que formaron parte en este proceso de formación profesional y espiritual. Gracias por permitirme desarrollar y fortalecer todo mi potencial.

A mi director de tesis, Mst. Mario Moyano por ser nuestra guía y ejemplo de perseverancia y tenacidad para alcanzar las metas propuestas. Gracias por la paciencia, disposición y entrega para desarrollo de nuestro proyecto.

Bernarda Camila Sarmiento Ríos

RESUMEN

La presente investigación se realizó en un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto de la ciudad de Cuenca, con el objetivo de conocer la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años y correlacionar las conductas alimentarias con los datos sociodemográficos. Para la recolección de datos, se aplicaron los cuestionarios EAT-40 y EDI-II y los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS V25.

Se evidenció que el 16,7% del total de la población presenta estos desórdenes, además, que las mujeres tienen una incidencia de 2,2 veces mayor que los hombres y no existen diferencias significativas de prevalencia según la institución educativa. Por otro lado, se encontró que existen más conductas patológicas en el sexo femenino y en el colegio particular.

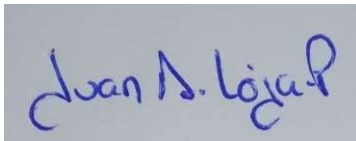
Finalmente, las conductas asociadas al perfeccionismo y el miedo a madurar no permiten distinguir entre las personas con y sin trastorno.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, prevalencia, datos sociodemográficos.

ABSTRACT

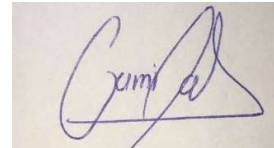
The present research was carried out in a private co-educational school and a public co-educational school in Cuenca to know the prevalence of Eating Disorders in adolescents between 15 and 18 years of age and to correlate eating behaviors with sociodemographic data. For the collection of data, the EAT-40 and EDI-II questionnaires were applied and the results were analyzed through the SPSS V25 program. It was found that 16.7% of the total population presents these disorders, and that women have an incidence of 2.2 times higher than men. No significant differences in prevalence according to the educational institution were found. On the other hand, it was found that there are more pathological behaviors in the female sex and in the private school. Finally, behaviors associated with perfectionism and fear of maturation did not allow the distinction between people with and without disorder.

Key words: Eating Disorders, Prevalence, Sociodemographic Data.



Juan Andres Loja Paucar

C.I: 0106690456



Bernarda Camila Sarmiento Ríos

C.I: 0106586425



ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.....	4
1. Introducción	4
1.1. Características del desarrollo en adolescentes de 15 a 18 años	5
1.2. Trastornos de la conducta alimentaria	9
1.3. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	12
1.4. Cuestionarios para evaluar Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.....	21
1.5. Riesgos y complicaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes de 15 a 18 años	22
1.6. Conclusiones	25
CAPÍTULO II.....	27
METODOLOGÍA.....	27
2. Introducción	27
2.1. Tipo de Investigación.....	27
2.2. Objetivos	27
2.3. Población.....	28
2.4. Instrumentos.....	29
2.5. Procedimiento.....	31
2.6. Análisis de Resultados	32
2.7. Conclusión	45
CAPÍTULO III.....	47
DISCUSIÓN.....	47
3. Discusión.....	47
CONCLUSIONES GENERALES.....	52
RECOMENDACIONES.....	54
Bibliografía	56

ANEXOS	62
Anexo 1. Diseño de Tesis Aprobado	62
Anexo 2. Carta de Confidencialidad y Asentimiento Informado	106
Anexo 3. Ficha Sociodemográfica	107
Anexo 4. Cuestionario EDI-II	108
Anexo 5. Cuestionario EAT-40	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes N=168.....	33
Tabla 2. Contexto familiar	34
Tabla 3. Estado de salud general	35
Tabla 4. Prevalencia de trastornos alimenticios según variables sociodemográficas	38
Tabla 5. Conductas alimentarias según sexo y lugar de procedencia	39
Tabla 6. Conductas alimentarias según sostenimiento institucional y curso.....	40
Tabla 7. Conductas alimentarias según el nivel de bachillerato	41
Tabla 8. Conductas alimentarias según características propias de cada estudiante.....	42
Tabla 9. Conductas alimentarias según la presencia o ausencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	43
Tabla 10. Datos globales sobre la prevalencia de los TCA.....	43
Tabla 11. Datos globales de las conductas alimentarias según las variables sociodemográficas	44
Tabla 12. Datos globales de las conductas alimentarias según las variables sociodemográficas	45

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria Fuente. Autoría Propia	36
Ilustración 2. Prevalencia de trastornos alimenticios según variables sociodemográficas	37

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han formado parte de nuestra realidad desde hace muchos años, sin embargo, en la actualidad han cobrado mucha relevancia dentro del aspecto de salud pública debido al aumento desmesurado en toda la población (Nebot Ibáñez). De este modo se estima que alrededor de 70 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, ya sea anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracones (EXCELSIOR, 2017), a lo que también se suma el surgimiento de nuevas patologías relacionadas como la ortorexia y la vigorexia. A pesar de ser más frecuente en mujeres, en los últimos cinco años el número de hombres con estos padecimientos ha incrementado, es así que por cada cinco mujeres que presentan estas patologías, existen dos hombres con cuadros similares (Cruz Martínez, 2016).

Estas patologías se han constituido como un desafío dentro del campo de la salud debido a los múltiples factores que inciden en su origen y desarrollo, lo que aumenta la dificultad para detectar, evaluar e incluso establecer un proceso terapéutico óptimo (EXCELSIOR, 2017). Dentro de esta perspectiva es importante considerar el papel que ocupan los patrones socioculturales, los cuales potencian estilos de vida marcados por una constante comparación con ideales, cuerpos estéticamente perfectos y la adopción e incluso normalización de conceptos distorsionados con respecto a la alimentación y la salud en general. Por lo tanto, es la sociedad misma quien refuerza, mantiene y agrava la sintomatología asociada a estas entidades.

Estos fenómenos presentan una alta comorbilidad con el abuso de múltiples drogas, trastornos del estado de ánimo, falta de habilidades sociales y baja

autoestima; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos alimenticios se consideran como una de las principales causas de mortalidad en la población adolescente, seguido de los accidentes automovilísticos y el consumo de múltiples sustancias (Donoso, 2014).

Debido a la falta de consideración sobre la importancia inminente de estas patologías en la actualidad, la presente investigación toma como ejes centrales los siguientes objetivos: analizar la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto; encontrar la relación existente entre las conductas patológicas y los aspectos sociodemográficos que constituyen a esta población; e identificar las conductas alimentarias en adolescentes con y sin trastornos alimenticios.

Este proyecto de investigación está dividido en tres capítulos. El capítulo uno se centra en una descripción teórica sobre las características propias de la adolescencia media y los aspectos que engloban los Trastornos de la Conducta Alimentaria como etiología, clasificación, características sintomatológicas, instrumentos para su evaluación, así como riesgos y complicaciones asociados.

En el capítulo dos se presenta la metodología para la recolección y análisis de datos. Para este estudio se utilizó un enfoque cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 168 estudiantes de entre 15 a 18 años de edad; la proporción fue similar en cuanto a las características de sexo, lugar de residencia, unidad educativa y nivel de bachillerato. Los instrumentos utilizados para recabar la información fueron: una carta de asentimiento, ficha sociodemográfica, El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II) y el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40).

Los resultados obtenidos señalan que el 16,7% de los adolescentes presentan Trastornos de la Conducta Alimentaria, siendo las mujeres quienes presentan una tendencia de 2,2 veces mayor que los hombres. Con respecto a la institución educativa y el nivel de bachillerato no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, la prevalencia es mayor en el colegio particular mixto y en el segundo de bachillerato. Además, se encontró que existe un mayor número de conductas distorsionadas con respecto a la alimentación y satisfacción corporal en las mujeres y en los adolescentes que pertenecen al colegio particular mixto. Por último, se detectaron puntuaciones bajas en las dimensiones de Perfeccionismo y Miedo a madurar en los adolescentes con y sin Trastorno de la Conducta Alimentaria, lo que genera cuestionamientos respecto a su consideración como indicadores al momento de realizar un diagnóstico preciso.

En el capítulo tres se desarrolla una discusión en la que se comparan los resultados obtenidos con otras investigaciones relacionadas, en las que se evidencia que la tendencia de adolescentes con estas patologías incrementa de manera notable con el paso de los años, además, que las mujeres siguen presentando mayor vulnerabilidad que los hombres y que la incidencia de trastornos alimenticios no está medida por aspectos sociales y económicos pues afecta a los adolescentes de colegios particulares y fiscales por igual.

Para finalizar el trabajo de investigación, se exponen una serie de conclusiones en respuesta a la hipótesis y los objetivos planteados; de igual modo, se proponen algunas recomendaciones que sirven para generar mayor conciencia en la población en general, y de esta forma, disminuir la incidencia y las repercusiones que implican estos padecimientos.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

1. Introducción

Los trastornos alimenticios han aumentado de manera alarmante en los últimos dos años, cada vez se registran más casos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones en niños y adolescentes (Flores, 2019). Según Martina Pacífico, presidenta de la Asociación para la liberación de la anorexia y bulimia en Tenerife, cerca del 90% de las personas que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son mujeres entre 12 y 30 años quienes presentan mayor insatisfacción por su imagen corporal (Pacífico, 2020). De manera general, los adolescentes de 15 a 18 años son los más afectados por estas patologías, pues la búsqueda de identidad, pertenencia y aprobación propia de esta etapa se encuentra en construcción, por lo tanto, se ve condicionada por varios factores de predisposición biológicos, psicológicos y socioculturales (Flores, 2019).

Tomando en cuenta el nivel de significación actual de estas patologías, es importante indicar que, en el Ecuador, específicamente en la ciudad de Cuenca, no existen investigaciones concretas sobre los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente, ya que no son considerados como relevantes dentro de los sistemas integrados de salud pública (Donoso, 2014). Por este motivo, este capítulo pretende abordar las características propias de la adolescencia media, así como una serie de temáticas que ayudan a comprender la etiología, categorización sintomatológica, factores de riesgo y complicaciones asociadas.

1.1. Características del desarrollo en adolescentes de 15 a 18 años

Para hablar de la adolescencia es necesario partir de la pubertad, la cual es considerada como un período de maduración, en dicho proceso, las glándulas endocrinas estimulan la producción de dos hormonas; los andrógenos y los estrógenos, los cuales conducen a una serie de cambios fisiológicos como señales de madurez sexual y están presentes en ambos sexos, sin embargo, los estrógenos son más predominantes en el sexo femenino y los andrógenos en el sexo masculino (Santrock, Desarrollo Biológico y Cognitivo , 2004).

Mientras la pubertad es un período que consta de cambios biológicos, la adolescencia supone una construcción social con cambios apresurados que afectan a aspectos biopsicosociales (Diz, 2013). Este período evolutivo abarca desde los 11 hasta los 19 o 20 años de edad aproximadamente (Papalia, Wendkos, & Duskin, Desarrollo físico y salud en la adolescencia , 2009) y está dividido en adolescencia temprana, que abarca entre los 10 y los 13 años; adolescencia media , entre los 15 y 18 años ; y adolescencia tardía , entre los 18 y 21 años o incluso más (Allen & Waterman, 2019).

Al ser considerada la adolescencia media como una edad predictora para el surgimiento y evolución de los TCA, se han tomado en consideración una serie de cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes para comprender la dinámica vital de este período y su posible relación con sintomatología clínica.

1.1.1. Desarrollo cognitivo en la adolescencia media

Los cambios cognitivos en esta etapa incluyen el uso del pensamiento abstracto, pensamiento crítico, reflexiones vitales, fantasías asociadas a ideales, retención de información vinculada a intereses particulares y resolución de problemas mediante introspección (Martínez García, 2016); sin embargo, a pesar de

estas particularidades, la maduración del pensamiento no se ha completado, esto se debe a que los lóbulos frontales todavía no están desarrollados en su totalidad y existe una influencia emocional importante, lo que provoca ciertas dificultades en la toma de decisiones, control de impulsos y resolución de problemas, además de la implicación en situaciones de alto riesgo y problemas para regular el estado anímico y comportamental (Allen & Waterman, 2019).

1.1.2. Desarrollo Psicosocial en la adolescencia media.

Dentro de este componente, se consideran cuatro aspectos de vital importancia como son: la independencia de los padres; la afectividad y relación con sus pares; el incremento de la preocupación por la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad (Diz, 2013).

La independencia de los padres está caracterizada por una dinámica familiar conflictiva propia del proceso de individuación, en el que los adolescentes buscan desarrollar su propia autonomía y responsabilidad de su vida; las discusiones con los padres se tornan más intensas, la tensión emocional aumenta y surgen cuestionamientos enérgicos sobre valores e ideologías propias de su contexto familiar, lo cual es considerado la mayoría de las veces como actos de rebeldía (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

El desarrollo social y afectivo de la adolescencia media está marcado por características particulares, el distanciamiento de los padres se acompaña de un mayor acercamiento con sus pares, esto quiere decir que el grupo social del individuo influye de forma determinante en sus decisiones, pues adoptará diferentes pensamientos, comportamientos, creencias y valores. Por lo tanto, las nuevas relaciones que se forman, constituyen factor de protección o de riesgo determinantes para el desarrollo del individuo (Gaete, 2015).

Al mismo tiempo que aumenta el interés por el grupo de iguales, aparecen las relaciones afectivas, que les permite experimentar nuevas emociones y sentimientos, conocer las características que buscan en sus parejas, sentirse escuchados, demostrar la atracción por otra persona, además, su concepto de vínculo afectivo puede cambiar o mantenerse según sus vivencias personales. El concepto de noviazgo cambia, los adolescentes no solo buscan una persona atractiva, sino alguien que les brinde cariño, apoyo, confianza, escucha y que permita su crecimiento personal. (Hernández González, 2012)

Como vemos, la influencia social que marca este período genera impacto sobre el tercer aspecto psicosocial, la imagen corporal, definida como: la percepción o concepto que se tiene sobre el propio cuerpo y apariencia, la cual muchas veces sufre de una distorsión, por la constante comparación con el medio externo (Saucedo Molina, Peña Irecta, Fernández Cortés, García Rosales, & Jiménez Balderrama, 2010). Esto conlleva a que en muchos casos, se presenten niveles bajos de autoestima ligados a la imagen y satisfacción corporal, es por este motivo que para sentirse aceptados, los adolescentes se involucran en conductas de riesgo que afectan su salud en general; en este sentido, se podría decir que una percepción corporal negativa puede estar asociada al desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria (Salazar Mora, 2008).

El último componente del desarrollo psicosocial es el conocimiento de su propio yo, que está determinado por una confluencia entre el desarrollo cognitivo y las situaciones psicosociales que rodean al adolescente; en este sentido, se introduce a la moratoria psicosocial, que es considerada como una transición propia de esta etapa, en la que el individuo intercambia constantemente de papeles y personalidades

hasta adaptarse y lograr finalmente consolidar su propia identidad. (Santrock, Desarrollo social, emocional y de la personalidad, 2004)

Erickson (Papalia, Wendkos, & Duskin, Desarrollo Psicosocial en la Adolescencia, 2009), en su teoría sobre el desarrollo psicosocial expone la crisis de la quinta etapa (identidad versus la confusión de identidad), que va desde los 12 a los 20 años de edad, y se considera vital en la adolescencia para alcanzar un sentido del yo coherente dentro de la sociedad.

La identidad personal se alcanza mediante la integración de los siguientes factores: identidad psicosexual, constituida por un vínculo afectivo de confianza hacia otra persona; identificación ideológica, en la cual el individuo adquiere un sistema de valores de acuerdo a su contexto social; identidad psicosocial, por la participación activa en aspectos que involucran un compromiso social; identidad profesional, que comprende la elección ocupacional; y por último, la identidad cultural y religiosa, donde el adolescente afianza aspectos tradicionales y espirituales. Si los adolescentes resuelven esta crisis de identidad de manera satisfactoria, se desarrolla la fidelidad, que es considerada como una solidificación de la identidad sostenida en el tiempo y fortalecida con vínculos y redes de apoyo estables (Bordignon, 2005)

La fuerza negativa de esta etapa es la confusión de identidad o rol, que conduce al desarrollo de problemas de conducta, inseguridad y vínculos sociales inestables, y por lo tanto la ralentización en la llegada de la adultez psicológica (Papalia, Wendkos, & Duskin, Desarrollo psicosocial en la adolescencia , 2009).

1.2.Trastornos de la conducta alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son alteraciones de orden psicológico que incluyen patrones conductuales distorsionados frente a la ingesta de alimentos, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo (Vidal & Mayor, 2009) , la característica principal que los compone es la preocupación desmedida por la imagen y/o la constitución corporal. Son patologías graves y de alta complejidad clínica que generan repercusiones negativas en la salud física, mental y emocional de las personas afectadas, incluso llegando en muchos casos a poner en riesgo su vida (Tabárez, 2016). Según Georgina Alcaráz (Notimex, 2019), es una de las enfermedades mentales con alto porcentaje de mortalidad que afecta alrededor de setenta millones de personas en el mundo.

Como cualquier otro síndrome psiquiátrico, son enfermedades multicausales, sin embargo, en los últimos quince años, la génesis asociada a los TCA ha sufrido un cambio significativo, en el que los factores genéticos se sitúan en primer orden, mientras que los factores ambientales y culturales pasan a un segundo orden (Toro Trallero, Etiopatogenia, 2014).

Además, la cronicidad en estos cuadros clínicos es muy alta, por ello, su tratamiento es largo y requiere un conjunto multidisciplinario de especialistas; es importante resaltar que la falta de insight o consciencia de la enfermedad, es una característica que complica la detección, el pronóstico y curso del tratamiento, para lo cual se considera indispensable el papel de la red familiar, la cual puede influir de manera positiva en la aceptación y adaptación a un proceso terapéutico. (Asociación Contra la Anorexia y Bulimia, s.f.)

Resulta alarmante que, a pesar del impacto negativo que esta enfermedad genera principalmente en los adolescentes, sigue siendo un fenómeno aislado que

muchas veces se lo tiende a ocultar por los estigmas propios de los trastornos mentales, las personas tienen miedo a ser juzgadas, discriminadas y rechazadas, es por este motivo, que a pesar de estar sobre involucradas en conductas que ponen en riesgo su vida, prefieren mantener estos patrones con el fin de alcanzar ideales, que son producto de la comparación y presión social.

Dentro de los pocos estudios enfocados en conocer el índice de TCA en adolescentes, se encuentran los siguientes: en un estudio epidemiológico realizado por la Fundación Fita y la Asociación Española, se comprobó que, en España, cerca de 400.000 personas padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, de los cuales 300.000 son hombres y mujeres adolescentes de 16 a 24 años de edad, llegando a considerarse como la tercera causa de enfermedad crónica en la adolescencia (La Vanguardia , 2019). Por otro lado, La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) (Valera, 2018), han señalado que existe una predominancia mayor de dos veces y media en el sexo femenino; el índice general se sitúa alrededor del 4,1 a 6,4 por ciento en mujeres entre 12 y 21 años, y del 0,3 por ciento para los hombres. Otros estudios asociados han demostrado, que los hombres representan del 5 al 10% (Crisp & al, 2006) de los casos de anorexia y del 10 al 15% (Carlat & Jr, 1991) de los casos de bulimia, por lo tanto, estos resultados resaltan la importancia de prestar atención tanto a la población masculina como femenina en el desarrollo de esta sintomatología.

Otro dato importante es que el 70% de los adolescentes en España no se sienten conforme con su imagen corporal, por lo tanto, seis de cada diez chicas asocian la felicidad con la delgadez. Además, uno de cada cuatro adolescentes perjudicados muestra una conciencia de enfermedad limitada, lo que supone un incremento de gravedad y cronicidad de la misma; en todos los cuadros clínicos

existe un 60% de riesgos de recaída tras un tratamiento, es por esta razón que los investigadores concluyen que es necesario un tratamiento y prevención que incluya un trabajo integral orientado al fortalecimiento de la autoestima, manejo de emociones y patrones de conducta alejados de estereotipos sociales (La Vanguardia , 2019).

Entre otras investigaciones cercanas a la temática planteada se encuentran las siguientes:

El artículo “Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase”, publicado en el año 2010 se propuso estimar la prevalencia de trastornos alimentarios y posteriormente comparar hábitos, conductas y actitudes alimentarias, así como el grado de satisfacción con la imagen corporal que presentan mujeres y varones de escuelas medias de Buenos Aires. Los resultados que arrojó esta investigación son que una proporción significativamente mayor de mujeres presenta un TCA, además, se encontró que los hombres puntuaron alto en la escala de “perfeccionismo” según los resultados del EDI-II (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010).

Según un artículo publicado en la Revista chilena de nutrición en el año 2007, se realizó un estudio para detectar actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. Para la investigación se aplicó el cuestionario EAT 40, el test de imagen corporal y el cálculo del índice de masa corporal. Finalmente, de acuerdo al análisis de los resultados, se confirmó que las estudiantes mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria y la mayoría presentó un estado nutricional normal, además, se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra general (Behar, Alviña, González, & Rivera, 2007).

A pesar de la importancia que esta patología ha adquirido en varios países, en el Ecuador todavía no es considerada como un problema de salud pública importante, por lo tanto, las investigaciones epidemiológicas son limitadas; un estudio en la ciudad de Quito encontró evidencia que cerca del 18% de estudiantes de la zona urbana presentaban síntomas de TCA (Regalado, 2013). Un estudio más próximo realizado por (González, 2016), en la ciudad de Cuenca, encontró que el 19% de la población está en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, de igual modo, se comprobó que existe relación entre la preocupación por la imagen corporal y la presencia de dietas en adolescentes, por lo tanto, la autora concluyó que es indispensable continuar con estudios epidemiológicos más profundos.

1.3. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), se encuentran categorizados una serie de trastornos a la conducta alimentaria, de los cuales lo más representativos son los siguientes:

1.3.1. ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por la restricción en la ingesta de alimentos debido a un miedo intenso a ganar peso o engordar, lo que repercute en un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de lo saludable. De igual modo, existe una alteración en la percepción de la imagen corporal, lo que provoca que en algunos casos la persona no sea consciente del trastorno o la gravedad del mismo; esta distorsión influye al mismo tiempo en la valoración personal que tiene el sujeto (Sevillá Gascó & Pastor Gimeno, LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN, 2019).

1.3.1.1. Etiología y factores asociados

En cuanto a la etiología y factores de riesgo, en la AN existen elementos comunes con otros cuadros clínicos para el desarrollo de un TCA, dentro de estos tenemos el sexo femenino y el grupo etario de los adolescentes que presentan mayor vulnerabilidad, sin embargo, como otras entidades la AN tiene un origen multifactorial:

Un factor de riesgo dentro de esta patología es la familia, se ha encontrado que la AN puede originarse como una respuesta ante los problemas familiares o, por el contrario, desarrollarse por diferentes circunstancias, pero el mismo microsistema, es quien agrava la sintomatología (Sánchez Llana, 2015).

Además, los límites que existen entre los miembros de la familia tienen un rol importante, así encontramos que: el aglutinamiento provoca sobre involucración y pérdida de identidad de los miembros, por ello, el concepto de sí mismos se forma en base a la opinión externa y los expone a la influencia social en mayor medida; otro tipo es la sobreprotección, en la cual existe preocupación excesiva por los diferentes individuos del sistema, aquí la enfermedad surge para encubrir conflictos familiares; el siguiente es un límite rígido, donde no se toleran los cambios dentro del sistema y la atención se enfoca únicamente en la enfermedad de un miembro, dejando de lado la causa del padecimiento, debido a que esto amenaza la estructura familiar. (Sánchez Llana, 2015).

Otros factores etiológicos son lo biológico y lo genético, dentro del primero tenemos: la serotonina como neurotransmisor, la cual regula la saciedad o ingesta de alimentos, por ello, una alta presencia de esta hormona implica una sensación de haber ingerido suficiente alimento a pesar no haberlo hecho; también una alteración en los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos aumentan la vulnerabilidad en la

AN, lo que explicaría la ausencia de motivación por la ingesta alimentaria (Sánchez Llaneza, 2015)

En cuanto a lo genético, los familiares de pacientes con AN tienen un riesgo de 11,3 veces mayor a desarrollar dicha enfermedad; la parte genética predispone en un 88% a la génesis de esta patología (Jáuregui Lobera, 2013); se han encontrado marcadores genéticos que además de originar AN, tienen una estrecha relación con otros padecimientos como el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo, obesidad y otros problemas metabólicos (Pulido, 2019).

De la misma forma, el aspecto sociocultural aumenta el riesgo de padecer AN, el estereotipo de belleza que se difunde por diferentes medios de comunicación genera una creencia errónea de aprobación social y éxito, estos mismos conceptos son internalizados por las personas, ligados a estos, existen otras características como la necesidad de aceptación y pertenencia de los grupos de iguales que pueden dar pie a presentar síntomas de AN. Ya que esta belleza no se asemeja a los cambios que tienen la personas, se asumen comportamientos que permitan alcanzar esta idealización de perfección (Sánchez Llaneza, 2015).

Por otro lado, la vulnerabilidad psicológica se evidencia en los rasgos de personalidad, aquellas personas con tendencia al perfeccionismo, baja autoestima, trastorno depresivo y comportamiento compulsivo son más propensas a presentar AN (Sánchez Llaneza, 2015).

1.3.1.2.Sintomatología

Dentro DSM-V, encontramos los siguientes criterios que permiten diagnosticar AN: el criterio A, se basa en la restricción de la ingesta calórica que conduce a un peso significativamente bajo con relación a la edad, sexo, desarrollo y

salud física; el criterio B, miedo intenso a ganar peso o engordar aun estando con un peso significativamente bajo y comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso; el criterio C señala una alteración en la percepción del peso o constitución y una falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal (Vázquez, López, Ocampo, & Mancilla, 2015).

Existe un indicador de gravedad, el cual está relacionado con el IMC, este especificador se presenta en una escala en la que el de tipo leve corresponde a un IMC igual o inferior a $17\text{kg}/\text{m}^2$, el de tipo moderado, a un IMC entre 16 y $16.99\text{kg}/\text{m}^2$, el de tipo grave, a un IMC entre 15 y $15.99\text{kg}/\text{m}^2$, y el extremo, a un IMC por debajo de $15\text{kg}/\text{m}^2$.

1.3.2. Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN), es un trastorno caracterizado por episodios de atracones, en los que se ingiere una gran cantidad de alimentos en poco tiempo y manteniéndolo en secreto. Existen conductas compensatorias posteriores al atracón, que incluyen vómitos y/o maniobras de purga o ejercicio excesivo (López & Treasure, 2011). Tanto los atracones, como los comportamientos compensatorios se presentan al menos una vez a la semana en un periodo de 3 meses (Sevillá Gascó & Pastor Jimeno, LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, 2019).

1.3.2.1. Etiología y factores asociados

Como otras entidades clínicas, la bulimia tiene causas multifactoriales, entre las que se encuentran:

El sistema familiar es considerado como factor de riesgo determinante, ya que las personas que presentan BN perciben a este como poco expresivo, hostil, carente

de vínculos estables, impulsivo, problemático y negligente. Además, se ha evidenciado que en las familias donde un individuo sufre de BN, existe mayor abuso físico, poca autonomía y trato indiferente hacia sus miembros (Rava & Silber, 2004)

Al mismo tiempo, se considera que las familias con aglutinamiento, donde cada individuo depende del otro, aumentan el riesgo de padecer BN, ya que en este tipo de relación, los padres podrían proyectar creencias negativas de sí mismos hacia sus hijos, incrementando su vulnerabilidad; por otro lado, las familias que se preocupan de forma excesiva por la apariencia y el peso, generan frustración e insatisfacción corporal por la crítica constante (Losada & Lupis, Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa , 2018)

La biología tiene un papel importante en el desarrollo de BN, ya que el riesgo es más alto si en la familia existen casos de TCA (Onmeda, 2016); de igual modo, la pubertad influye en la génesis de este cuadro clínico, pues en esta etapa se presentan grandes cambios en el cuerpo, uno de ellos, es el aumento de grasa, lo que provoca descontento con la propia imagen corporal, es así, que muchos adolescentes realizan dietas sin supervisión o asesoramiento profesional, causando efectos negativos a nivel físico y psicológico (Rava & Silber, 2004). Por otro lado, en cuanto a los neurotransmisores, se ha encontrado que en la BN, existen niveles bajos de dopamina y serotonina, lo cual influye en ideas obsesivas en cuanto al peso, comportamientos compensatorios, y de manera específica en el control de la saciedad, además, existen niveles altos de noradrenalina lo cual explica la tendencia a experimentar atracones recurrentes (Castro, 2020).

De la misma forma, la sociedad produce insatisfacción por el propio cuerpo debido a la información masiva que promueve la delgadez sin medir el impacto negativo que esto genera. Por medios de comunicación como revistas, televisión,

periódicos, carteles, entre otros, se difunde de manera indirecta el culto a la belleza, lo cual es aceptado y asumido por muchos adolescentes que quieren ser iguales a los modelos que observan; muchos de ellos adoptarán conductas que les permitan alcanzar esta supuesta belleza, incrementando el riesgo de presentar BN (Quintas Pavía, 2013)

Por último, otro factor de riesgo es la propia personalidad, ya que las personas con BN presentan características de inmadurez; grados altos de impulsividad que en muchos casos pone en riesgo su vida; autoexigencia con una visión negativa de sí mismas; perfeccionismo relacionado a rasgos obsesivos compulsivos, poca tolerancia a la frustración y una autoestima baja. Estos acompañados al nivel alto de ansiedad que experimentan ya sean por los problemas familiares o dificultades sociales, pueden dar paso a un TCA (Quintas Pavía, 2013).

1.3.2.2.Sintomatología

La categorización de la sintomatología se detalla en el manual diagnóstico DSM-V (2015) de la siguiente manera: El criterio A hace referencia a episodios recurrentes de atracones caracterizados por dos hechos: 1. La ingesta dentro de un período determinado, de una cantidad de alimentos claramente superior a lo que la mayoría de personas ingerirían en un período similar y circunstancias parecidas y, 2. La falta de control sobre lo que se ingiere en dicho episodio.

El criterio B incluye comportamientos compensatorios (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) recurrentes para evitar el aumento de peso.

En cuanto al criterio C, los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen una vez a la semana durante tres meses.

El criterio D considera a la autovaloración influida de manera significativa por la constitución y el peso corporal.

Por último, el criterio E, señala que la alteración no se produce de manera exclusiva en los episodios de anorexia nerviosa.

El indicador de gravedad se asocia a la frecuencia de los comportamientos compensatorios y se ubican en una escala en la que leve está determinada por uno a tres comportamientos compensatorios; moderada, de cuatro a siete; grave de ocho a trece, por último, el extremo con un promedio de catorce episodios o más.

1.3.3. Trastorno por Atracones

Este se caracteriza por una ingesta de grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo, de igual modo, existe una falta de control sobre lo que se ingiere y generalmente, esta conducta se la realiza en secreto por la vergüenza y culpa que conlleva. Se diferencia de la BN, debido a la ausencia de conductas compensatorias seguidas del episodio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2014).

1.3.3.1.Etiología y factores asociados

En este cuadro clínico no existe una diferencia marcada en cuanto a la predisposición en el sexo femenino, afecta en proporciones similares tanto a hombres como mujeres; se ha encontrado que las personas con obesidad o familias donde existe obesidad, el riesgo de padecer Trastorno por Atracones (TA) es mayor (Moral de la Rubia, 2002).

Como en la mayoría de los TCA, este trastorno es de origen multicausal; dentro del aspecto biológico, se explica la falta de control sobre la cantidad de

alimentos que se ingiere debido a una desregulación en la segregación de la serotonina que interfiere con la sensación de saciedad (Sánchez Planell & Fernández Valdés, 2002). Al mismo tiempo, este comportamiento estaría determinado por una activación constante de las vías mesolímbicas dopaminérgicas que producen hábitos negativos de conducta alimentaria relacionados a la presencia de niveles altos de ansiedad (Moral de la Rubia, 2002).

De igual modo, los factores sociales y psicológicos aumentan la vulnerabilidad de presentar TA. El primer factor promueve la perfección del cuerpo como sinónimo de estatus y éxito, generando creencias negativas en las personas, las cuales optan por conductas que les permitan alcanzar dicha perfección; dentro de este ámbito, la familia también produce insatisfacción con la propia imagen, la cual en muchos casos envía mensajes negativos sobre el peso, la silueta y la comida que son asimilados por los hijos (Hernández Rodríguez & Ledón Llanes, 2018).

En cuanto a la esfera psicológica, el TA tiene comorbilidad con otras patologías, con más prevalencia están cuadros depresivos y de ansiedad, aunque no existe evidencia de ser los causantes de TA; algunos pacientes reportan que los episodios de atracones aparecen tras emociones fuertes, donde pierden el control sobre sí mismos y el impulso de comer es el que predomina (Cleveland Clinic, s.f.); otras características psicológicas son: problemas para reconocer sus emociones y evaluación negativa de las mismas, baja autoestima, sentimientos de culpa y rechazo hacia su figura (Hernández Rodríguez & Ledón Llanes, 2018).

Las personas utilizan esta forma de comer impulsivamente para enfrentar diferentes situaciones ya que: disminuye síntomas de ansiedad, permite eludir estados emocionales y sirve de barrera hacia las personas, es decir, utilizan dicho

comportamiento como estilo inadecuado de afrontamiento, lo que produce efectos adversos a nivel físico y emocional (Hernández Rodríguez & Ledón Llanes, 2018).

1.3.3.2.Sintomatología

En cuanto a los criterios diagnósticos del DSM-V (2015), los clasifica de la siguiente manera: el criterio A, se asocia a episodios continuados de atracones caracterizados por los siguientes hechos: ingestión de alimentos superior a lo que la mayoría de personas ingerirían en un periodo y contexto similar y dos, falta de control sobre lo que se ingiere.

El criterio B, en la que los atracones corresponden a tres o más de los siguientes hechos: 1. Comer con mayor velocidad de lo habitual, 2. Comer hasta sentir un malestar intenso de llenura, 3. Ingerir altas porciones de alimentos, aun en ausencia de hambre fisiológica, 4. Ingestión a escondidas por la vergüenza asociada y 5. Sensación de tristeza y vergüenza posterior a la ingesta.

El criterio C refiere una molestia intensa asociada a los episodios; en cuanto al criterio D, los atracones se producen una vez a la semana por tres meses y, por último, el criterio E sugiere que los atracones no se asocian a comportamientos compensatorios inadecuados y se producen en el transcurso de BN o AN.

En cuanto a la gravedad, se asocia a la frecuencia de atracones, representados en una escala en la que leve corresponde de uno a tres episodios semanales; moderada, de cuatro a siete episodios semanales; grave, de ocho a trece episodios semanales y extremo, catorce o más atracones a la semana.

1.4. Cuestionarios para evaluar Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Dentro de los instrumentos psicométricos más representativos para identificar síntomas que corresponden a los criterios diagnósticos de los trastornos alimenticios se encuentran; El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II), el test Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40), el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFQ) y el Test Sick Control on Fat Food (SCOFF).

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II), es un instrumento que proporciona datos sobre aspectos psicológicos y conductuales de los TCA, consta de 91 reactivos categorizados en 11 escalas (deseo de delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social). (Urzúa A. , Castro, Lillo, & Leal, 2009).

El test Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) es una herramienta que consta de 40 reactivos para evaluar síntomas y comportamientos característicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; se agrupa en 7 factores (conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social) (Ríos P. , 2009).

El TFEQ, es un test psicométrico diseñado para evaluar comportamientos alimentarios distorsionados en tres factores: La restricción alimentaria con dominio consciente, las desinhibiciones o excesos de consumo alimenticio y, finalmente, las reacciones frente al hambre. Está compuesto por 51 ítems divididos en dos mecanismos de respuesta: las primeras 36, son preguntas que sugieren respuestas de Falso o Verdadero; y las últimas 15, son enunciados que sugieren una respuesta en

escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 4 (Losada & Marmo, Acta Académica, 2013).

El Test SCOFF, el cual es considerado como una herramienta simple y de rápida aplicación pues consta de cinco preguntas distribuidas de la siguiente manera: presencia de vómitos autoprovocados, pérdida de control sobre las cantidades de alimentos consumidos, pérdida de peso, alteraciones en la percepción de la imagen o constitución física y el dominio o dependencia de los alimentos. Se asigna un punto a cada respuesta afirmativa, lo que sugiere que una puntuación mayor a dos indica una señal de alarma, o un caso probable de un TCA (Losada & Marmo, Acta Académica, 2013).

1.5. Riesgos y complicaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes de 15 a 18 años

Como se detallan en los apartados anteriores, existen factores de vulnerabilidad determinantes con variaciones mínimas en cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria, entre los que se destacan: el componente genético y hormonal, la dinámica familiar, influencia social y rasgos psicológicos particulares; sin embargo, es importante tomar en cuenta ciertas características específicas que en su mayoría predisponen al origen de estas patologías como: la edad, sexo, peso e IMC.

De manera general, se ha considerado las edades comprendidas entre los 12 y 25 años como cruciales en la aparición de estos trastornos (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , 2004), sin embargo, se ha constatado que es en la adolescencia media (período que abarca desde los 15 años hasta los 18 años

de edad), donde se reportan las cifras más elevadas, por lo tanto, se podría hablar de una mayor vulnerabilidad y cronicidad (Salmerón, 2017).

En cuanto a las características asociadas al sexo, las mujeres son más propensas a presentar síntomas clínicos, cerca del 90% (La Vanguardia , 2019); aunque actualmente el porcentaje de hombres que padecen estas patologías se ha incrementado, el culto al cuerpo y la presión por normas culturales estéticas, cada vez es más común también en esta población (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , 2004).

La constitución corporal determinada por sobrepeso y obesidad son potentes predictores clínicos de los TCA, los adolescentes que se encuentran en esta condición tienen una valoración negativa de sí mismos, lo cual incrementa las comparaciones sociales y la insatisfacción con la imagen corporal que conducen a realizar dietas restrictivas sin supervisión profesional y conductas compensatorias que incluyen ejercicio excesivo, uso de laxantes y vómito; como podemos ver, esta condición corporal también genera un fuerte impacto psicológico que conlleva una autoestima baja y por ende , mayor cronicidad sintomatológica (Córdoba Caro, Luengo Pérez, Feu, & García Preciado, 2015).

Es importante resaltar que, en la actualidad, los medios de comunicación son un potente factor desencadenante y mantenedor de los comportamientos alimenticios perjudiciales.

En los últimos años, el internet ha llegado a constituirse como el medio de comunicación más importante debido a las facilidades de acceso, rapidez de difusión y alcance para la población en general, en este sentido, han surgido una serie de espacios virtuales como sitios web, blogs y de manera preponderante, la creación de cuentas “personales” en distintas redes sociales; en todos estos sitios se transmite

información muchas veces distorsionada en las que se consideran las actitudes y comportamientos alimenticios patológicos como estilos de vida (Asociación Contra la Anorexia y Bulimia, s.f.), estos canales informativos son catalogados como “pro ana y pro mia”, pues motivan a los adolescentes a realizar una serie de conductas destinadas al control y pérdida de peso, siendo un determinante importante para el aumento del perfeccionismo, obstinación, comparaciones, autocríticas, y de manera indiscutible, el deterioro de la autoestima (Toro Trallero, Etiopatogenia, 2014). La difusión masiva e incontrolada de toda esta información llega a los celulares de los adolescentes con mucha facilidad (Rico de Frutos, 2020), en este sentido, a través de internet y en especial en las redes sociales como Facebook, Instagram, y Twitter, se difunden estereotipos de belleza subjetivos que adquieren reconocimiento y valor de acuerdo a la cantidad de “me gusta”, esto conduce al incremento de las comparaciones, frustración por no alcanzar estos ideales, obsesión por el aspecto físico, y una autoestima únicamente valorada de acuerdo al manejo de las redes sociales (Rico de Frutos, 2020).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta las complicaciones que generan los TCA en la vida de los adolescentes en general, dentro de los problemas de salud más frecuentes están: alteraciones estructurales y funcionales del sistema vascular; problemas endocrino-metabólicos que incluyen amenorrea, alteración de secreciones hormonales; complicaciones músculo-esqueléticas con una reducción de la densidad ósea, incremento de fracturas y disminución del tono muscular; dificultades en el sistema digestivo a nivel gástrico y esofágico, disfunciones en el páncreas y alteraciones en el correcto funcionamiento del colon; complicaciones dermatológicas que incluyen resequedad y color amarillento en la piel, fragilidad en cabello y uñas, en casos severos hematomas y edemas provocados por la deshidratación;

complicaciones neurológicas que pueden producir atrofas cerebrales, alteraciones electro encefálicas, neuropatías y cefaleas (Peña, 2020).

Además de los riesgos físicos, existen una serie de consecuencias de tipo social caracterizadas por una disminución marcada de las redes de apoyo interpersonales, dificultades de adaptación, deterioro en el rendimiento escolar que incluyen problemas de conducta, incumplimiento de tareas e inasistencia; conflictos en la dinámica familiar debido al incremento de hábitos inapropiados y alteraciones en el estado de ánimo (Sánchez Peralta, 2019).

Según la APA (American Psychological Association) las personas que presentan trastornos alimenticios tienen mayores probabilidades de presentar otras enfermedades mentales como depresión y bipolaridad; trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de sustancias.

Las investigaciones sostienen que los TCA requieren necesariamente una intervención multidisciplinaria para su remisión, puesto que no desaparecen por sí solos y existen un sin número de consecuencias de gravedad clínica; el Instituto Nacional de Salud Mental indica que uno de cada diez casos de adolescentes afectados termina en muerte por inanición, suicidio o complicaciones médicas (American Psychological Association).

1.6. Conclusiones

Este estudio ha tomado en consideración la importancia de los trastornos alimenticios, en especial la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones como temas de salud pública que requieren una atención especial debido al incremento alarmante de adolescentes afectados en la actualidad. La mayoría de los casos son detectados de manera tardía, es decir, cuando se desarrolla un cuadro

completo o incluso cuando existen consecuencias irremediables para la vida de los adolescentes.

En este sentido, este capítulo se ha enfocado en abordar información bibliográfica importante sobre los TCA más representativos en la actualidad, lo cual puede considerarse como una herramienta invaluable para incrementar el interés y preocupación de la población en general sobre esta temática.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2. Introducción

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo para conocer la prevalencia de los TCA en una unidad educativa particular mixta y una unidad educativa fiscomisional mixta de la ciudad de Cuenca, así como la correlación entre conductas alimentarias y aspectos sociodemográficos de la población sujeta a estudio. La muestra estuvo conformada por 168 estudiantes de 15 a 18 años de edad, con un número equitativo de hombres y mujeres.

Para la recopilación de datos se utilizaron los instrumentos de evaluación EAT-40 y EDI-II acompañados de una ficha sociodemográfica y una carta de consentimiento; para el análisis y correlación de las variables estudiadas se utilizó el programa SPSS V25.

2.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo no experimental debido a que únicamente se evaluó una muestra de individuos para luego describirlos y analizarlos sin manipular variables en su entorno, además tiene un enfoque cuantitativo, transversal en el tiempo y con alcance descriptivo, pues permite identificar de manera amplia las características que intervienen en cada uno de los elementos dispuestos a estudio.

2.2. Objetivos

Objetivo General: Conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto.

Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en base a los cuestionarios EDI-II y EAT-40 en una institución particular mixta y una institución fiscal mixta
- Analizar la relación entre las conductas alimentarias y datos sociodemográficos de la población
- Identificar los comportamientos alimenticios de personas con y sin trastorno de la conducta alimentaria

2.3.Población

La investigación fue realizada con 168 estudiantes, 86 hombres (51.2%) y 82 mujeres (48.8%), con edades comprendidas entre los 15 y 18 años ($M=16$; $DE=1.0$), asistentes a una institución educativa fiscomisional (San José de la Salle) y una particular (American School), estudiantes de entre primero y tercero de bachillerato quienes en su mayoría se consideraban pertenecer a una situación socioeconómica media. Detalles en la tabla 1.

El universo de esta población es de 218 alumnos, desde primero de bachillerato hasta tercero de bachillerato, se realizó una muestra estratificada con un 95% de confiabilidad en la que se obtuvo un total de 168 adolescentes. Esta población nos permitió detectar el porcentaje de individuos afectados o con riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, además, identificar las relaciones que existen entre los aspectos sociodemográficos y conductas alimentarias de los adolescentes.

Esta muestra estuvo determinada según ciertos criterios de inclusión: adolescentes entre 15 y 18 años, alumnos de un colegio fiscal mixto y particular mixto, que estén cursando entre 1ro y 3ro de bachillerato. Por otro lado, los criterios

de exclusión fueron: que los estudiantes no presenten una discapacidad ya sea física o mental, que sean menores a 15 años y mayores a 18 años.

2.4. Instrumentos

Para llevar a cabo la investigación se administraron los cuestionarios EAT-40 y EDI-II acompañados de una ficha sociodemográfica y una carta de asentimiento (ver anexo 2) de cada uno de los estudiantes.

2.4.1. Ficha Sociodemográfica

Los alumnos llenaron una ficha sociodemográfica en la que constan datos como edad, peso, estatura, nivel de escolaridad, género, número de dietas realizadas, grado de satisfacción corporal, situación familiar y socioeconómica para poder identificar las conductas que sobresalen de acuerdo al contexto personal de los estudiantes. Ver anexo 3.

2.4.2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II)

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI), fue elaborado por David Garner en 1983, inicialmente se configuró como una escala de 64 ítems divididos en 8 sub escalas y en años posteriores se creó una versión ampliada con 27 ítems adicionales y 3 sub escalas (EDI-II). Este instrumento proporciona datos sobre aspectos psicológicos y conductuales de los TCA, consta de 91 reactivos, categorizados en 11 escalas (deseo de delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social). En cuanto a la

consistencia interna, un estudio para evaluar las propiedades psicosométricas del EDI-II, encontró que las escalas presentaron un alfa Cronbach entre 0,58 y 0,83, y se obtuvo evidencias de validez factorial con ocho factores que explicaron 38.5% de varianza, y de validez interna con correlaciones altamente significativas entre las escalas, lo que muestra que este test es una herramienta válida para la evaluación y la detección precoz de TCA. Para la calificación, cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert de seis niveles: nunca (0), pocas veces (1), a veces (2), a menudo (3), casi siempre (4) y siempre (5). Cada escala presenta una puntuación continua y mientras mayor es la puntuación obtenida, mayor es la manifestación del rasgo evaluado, además, este test permite diferenciar entre personas sanas y aquellas que presentan TCA por lo que se considera un método útil en el psicodiagnóstico de dichas patologías (Urzúa A. , Castro, Lillo, & Leal, 2009). Ver anexo 4.

2.4.3. Test Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)

El test Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) fue creado por Garner y Garfinkel en el año de 1979 con el objetivo de medir los comportamientos alimenticios (Salazar Mora & Prado Calderón, 2015). En un estudio para evaluar la validez y confiabilidad del EAT-40 se mostraron resultados satisfactorios a nivel de la estructura factorial (3 factores) y alfa de Cronbach ($\alpha=.889$), además, se encontraron buenas propiedades de discriminación a través de los puntos de corte 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%), en los que se evidenció que el eat-40 discrimina a personas con y sin diagnóstico de TCA de manera adecuada (Salazar, 2012). Consta de 40 reactivos para evaluar síntomas y conductas típicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se agrupan en 7 factores (conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes,

presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social) (Ríos P. B., 2009). Cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert que consta de seis niveles que van desde nunca a siempre. Los niveles de riesgo bajo se asocian a una puntuación menor o igual a 20, los niveles de riesgo medio se asocian a una puntuación entre 21 y 30, por último, los niveles de riesgo elevado se sitúan en puntuaciones iguales o superiores a 31 (Salazar, 2012). Ver anexo 5.

2.5.Procedimiento

Esta investigación se realizó mediante un previo diálogo de socialización con los directivos de cada institución en los cuales, se detallaron los objetivos de este estudio, así como la importancia del análisis de resultados obtenidos y un acuerdo para compartir los mismos, con el fin de brindar una atención psicológica oportuna a los estudiantes que la requieran, por último, se solicitó la participación de un número de estudiantes de acuerdo a la muestra establecida, manteniendo un compromiso de confidencialidad de los datos.

La primera aplicación se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad educativa particular mixta, para ello, los estudiantes previamente firmaron documentos de asentimiento, en los que autorizaron su participación voluntaria. Posterior a esto, se aplicó una ficha sociodemográfica y se explicaron las consignas de cada uno de los instrumentos.

Para la segunda aplicación del colegio fiscal mixto, se utilizó la plataforma de formularios de Google, en la que se digitalizaron los cuestionarios, así como los datos de la ficha sociodemográfica; este cambio de administración se presentó debido a la situación de confinamiento mundial por el COVID-19.

El link de acceso a los cuestionarios se compartió de manera directa en la página web propia de la institución, los profesores socializaron con los estudiantes sobre los objetivos de la investigación y cada estudiante participó en la aplicación de los reactivos de manera voluntaria.

Una vez obtenidos los datos, se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-V25), en el que se realizaron tablas descriptivas para detallar prevalencias según las variables de la ficha sociodemográfica, en segundo lugar, se realizaron cuadros de correlación entre los resultados de los cuestionarios aplicados y las variables sociodemográficas. Por último, se establecieron correlaciones entre las conductas alimentarias de adolescentes con TCA y de aquellos que no presentan dichas patologías.

2.6. Análisis de Resultados

Para establecer la fiabilidad de los instrumentos aplicados, se utilizó el Alfa de Cronbach, en el cual se encontró una consistencia de 0.850 para el EAT-40 y una consistencia de 0,934 para el EDI-II.

Los resultados se expresan mediante frecuencia porcentual en lo referido a prevalencia de trastornos y las conductas mediante medidas de tendencia central y dispersión; el procesamiento de información se lo realizó en el programa estadístico SPSS V25. La prueba de normalidad de datos Kolmogorov Smirnov mostró un comportamiento no normal de datos ($p < .05$), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas; la prueba de comparación de medias entre dos grupos U-Mann Whitney y de más de dos grupos H-Kruskall Wallis; además se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

2.6.1. Población

La investigación fue realizada con 168 estudiantes, 86 hombres (51.2%) y 82 mujeres (48.8%), con edades comprendidas entre los 15 y 18 años ($M=16$; $DE=1.0$), asistentes a una institución educativa fiscomisional (San José de la Salle) y una particular (American School), estudiantes de entre primero y tercero de bachillerato quienes en su mayoría se consideraban pertenecer a una situación socioeconómica media. Detalles en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes $N=168$

Característica		n	%
Sexo	Hombre	86	51.2
	Mujeres	82	48.8
Lugar donde vive:	Urbana	99	58.9
	Rural	69	41.1
Unidad Educativa:	Unidad educativa San José de la Salle	100	59.5
	Americana School	68	40.5
Curso:	1ero de Bachillerato	59	35.1
	2do de Bachillerato	62	36.9
	3ero de Bachillerato	47	28.0
Situación socioeconómica:	Baja	14	8.3
	Media	148	88.1
	Alta	6	3.6

Fuente. Autoría Propia

2.6.2. Datos Sociodemográficos

2.6.2.1. Contexto familiar

Las características del entorno familiar en el que se encontraban los estudiantes se pueden visualizar en la tabla 2, en ella se encontró que el 61.3% vivían en familias nucleares, el 23.8% en familias monoparentales primando la monoparental materna y el 5.4% tenía otro tipo de familia, pues no vivían con sus padres, pero vivían con tíos, amigos y conocidos. La situación de los padres en las

dos terceras partes (67.3%) eran de casados y el 26.2% representando la cuarta parte se encontraban separados o divorciados. Con respecto al nivel de instrucción de los padres el 41.1% de padres y 36.3% de madres tenían al menos una instrucción de tercer nivel, así también los estudiantes mencionaron tener hasta 8 hermanos, siendo lo más común 2 hermanos (29.2%) así también la posición que ocupaban dentro de los hermanos en el 5.4% era único hijo y el 38.1% el primer hijo.

Tabla 2. Contexto familiar

		n	%
Tipo familia	Nuclear	103	61.3
	Monoparental materna	36	21.4
	Monoparental paterna	4	2.4
	Reconstituida	1	0.6
	Extendida	15	8.9
	Otros (amigos, familiares)	9	5.4
Posición que ocupa dentro de los hermanos:	Hijo único	9	5.4
	Uno	64	38.1
	Dos	60	35.7
	Tres	19	11.3
	Cuatro	12	7.1
	Cinco	3	1.8
	Siete	1	0.6
Situación de los padres	Soltero/a	5	3.0
	Casados	113	67.3
	Unión libre	4	2.4
	Divorciados	26	15.5
	Separados	18	10.7
	Viudo/a	2	1.2
Nivel de educación del padre:	Desconoce	8	4.8
	1er nivel (escuela)	29	17.3
	2do nivel (colegio)	62	36.9
	3er nivel (Universidad/Técnico)	62	36.9
	4arto nivel (Posgrado)	7	4.2
Nivel de educación de la madre:	Desconozco	2	1.2
	1er nivel (escuela)	31	18.5
	2do nivel (colegio)	74	44.0
	3er nivel (Universidad/Técnico)	53	31.5
	4arto nivel (Posgrado)	8	4.8

Fuente. Autoría Propia

2.6.2.2.Estado de salud general

El peso de los participantes oscilaba entre 40 y 90 kilogramos, con una media de 56.3Kg (DE=9.8) y estaturas oscilantes entre 120 centímetros y 190 centímetros (M=160.0; DE=0.1). El índice de masa corporal calculado osciló entre 16 y 34 con una media de 22.5 (DE=4.5), correspondiendo que en general las personas contaban con IMC normal, el 14.9% presentó bajo peso, el 70.8% de estudiantes un IMC normal, el 11.9% sobrepeso y el 1.8% obesidad tipo 1. Se encontró además que las tres cuartas partes de participantes (76.2%) se sentían satisfechos con su cuerpo y el 13.7% afirmó haber tenido alguna vez problemas alimenticios (anorexia, bulimia o sobrepeso), además, la tercera parte de adolescentes (33.9%) mencionaron que han realizado algún tipo de dieta. Ver tabla 3.

Tabla 3. Estado de salud general

	n	%	
IMC	Bajo peso	25	14.9
	Peso normal	119	70.8
	Sobrepeso	20	11.9
	Obesidad 1	3	1.8
¿Usted se siente satisfecho con su cuerpo?	128	76.2	
¿Ha tenido alguna vez algún problema alimenticio? (Anorexia, Bulimia, Sobrepeso):	23	13.7	
Usted ha realizado algún tipo de dieta:	57	33.9	

Fuente. Autoría Propia

2.6.3. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En la Ilustración 1 se puede observar el comportamiento de datos de la calificación del cuestionario EAT 40 medido en escala de 0 a 12; se presentaron valores de 2 a 87 con una media 19.5 (DE=13.6), considerándose el punto de corte de 30 señalado por los autores del cuestionario para establecer las personas con

desórdenes alimenticios referidos a la anorexia o bulimia, se encontró que el 16.7% presentaban una puntuación por encima de 30, lo que implica la presencia de desórdenes alimenticios.

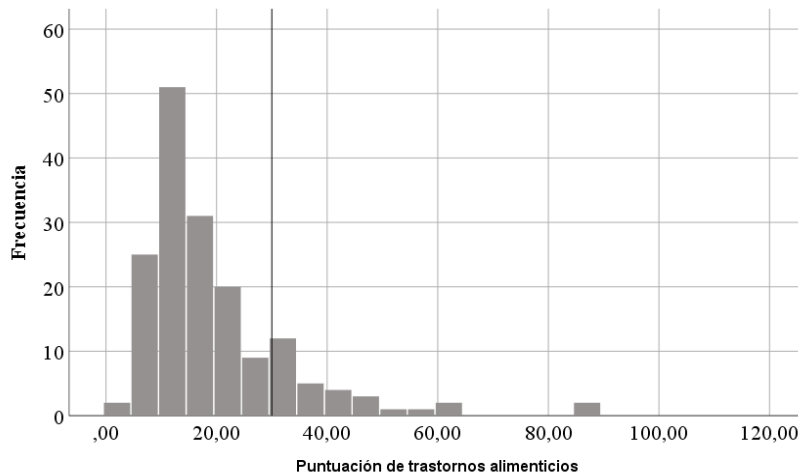


Ilustración 1. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
Fuente. Autoría Propia

2.6.4. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria según variables sociodemográficas

En la Ilustración 2 se puede observar la distribución de adolescentes con problemas de desórdenes alimenticios según sus características sociodemográficas; se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de esta condición según el sexo de los estudiantes, pues había una cantidad de mujeres (23.2%) significativamente mayor ($p < .05$) a la de los hombres con este tipo de condiciones (10.5%), con una razón de prevalencia de 2.2, lo que implica que la cantidad de mujeres con trastornos era 2.2 veces mayor a la cantidad de hombres, el sostenimiento de la institución no presentó una relación con la prevalencia a pesar de que el colegio particular presentaba una proporción mayor de estudiantes (19.1%); con respecto al nivel de bachillerato se encontró que era mayor la prevalencia en

quienes estaban cursando el segundo nivel (19.4%), sin embargo, no se revelaron diferencias significativas; finalmente, a pesar de que en la zona urbana (20.2%) tenía mayor prevalencia de estudiantes con desorden alimenticio que la rural (11.6%) no representó una relación significativa ($p>.05$).

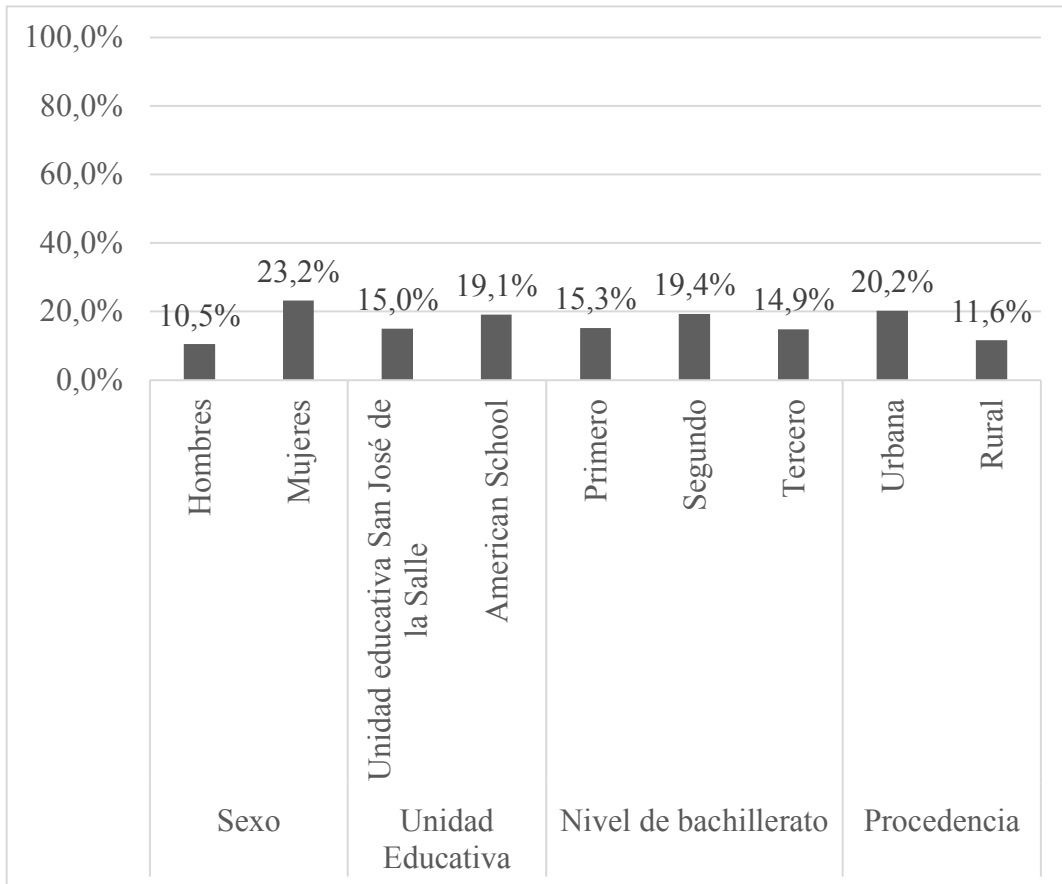


Ilustración 2. Prevalencia de trastornos alimenticios según variables sociodemográficas

Fuente. Autoría Propia

Tabla 4. Prevalencia de trastornos alimenticios según variables sociodemográficas

Características		n	%	p
Sexo	Hombres	9	10.5	0.027
	Mujeres	19	23.2	
Unidad Educativa	Unidad educativa San José de la Salle	15	15.0	0.482
	American School	13	19	
Nivel de bachillerato	Primero	9	15.3	0.773
	Segundo	12	19.4	
	Tercero	7	14.9	
Procedencia	Urbana	20	20.2	0.141
	Rural	8	11.6	

Fuente. Autoría Propia.

2.6.5. Conductas alimentarias según los datos sociodemográficos

2.6.5.1. Conductas alimentarias según el sexo y lugar de procedencia

Según el sexo de los estudiantes se presentaron diferencias de las conductas alimenticias en: la insatisfacción corporal, que refiere a la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.); en efectividad y baja autoestima, alusiva a sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, desvalorización de sí y falta de control sobre la propia vida; desconfianza interpersonal, caracterizada por la alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos; ascetismo, que mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales que aparecen con la adolescencia como propias de la sexualidad e; inseguridad social, que corresponde a las relaciones sociales como tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad; pues en todos los

casos era las mujeres quienes presentaban mayores conflictos en este tipo de conductas ($p < .05$). Con respecto al lugar de procedencia la única característica diferente resultó ser la sintomatología bulímica pues era significativamente predominante en las personas del área urbana. Tabla 5.

Tabla 5. Conductas alimentarias según sexo y lugar de procedencia

Dimensión	Sexo					Lugar donde vive				
	Hombre		Mujeres		p	Urbana		Rural		p
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Impulso a la delgadez	3.2	3.7	5.2	6.1	0.117	4.6	5.6	3.5	4.3	0.194
Sintomatología bulímica	2.6	3.2	2.9	4.7	0.369	3.3	4.5	1.9	3.0	0.040*
Insatisfacción corporal	4.2	4.5	6.5	6.2	0.016*	5.3	5.8	5.4	5.1	0.646
Inefectividad y baja autoestima	3.0	4.4	6.2	7.2	0.001*	4.2	5.9	5.2	6.4	0.319
Perfeccionismo	7.5	3.9	7.8	4.5	0.692	8.2	4.6	6.9	3.6	0.099
Desconfianza interpersonal	4.4	3.4	5.9	4.2	0.021*	4.8	3.7	5.7	4.1	0.134
Conciencia interoceptiva	5.4	5.2	9.0	7.2	0.001*	7.6	7.0	6.6	5.6	0.632
Miedo madurar	9.5	4.9	11.1	5.5	0.126	10.1	5.2	10.6	5.3	0.475
Ascetismo	4.3	3.1	6.0	4.0	0.007*	5.3	3.9	4.9	3.2	0.586
Impulsividad	8.5	5.1	10.3	6.4	0.060	9.5	5.9	9.2	5.8	0.915
Inseguridad Social	4.4	3.9	7.1	5.1	0.000*	5.2	4.6	6.4	4.8	0.100

Nota: * $p < .05$ diferencia significativa

Fuente. Autoría Propia

2.6.5.2. Conductas alimentarias según unidad educativa y curso

El impulso a la delgadez, sintomatología bulímica y conciencia interoceptiva, la cual evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, relacionada también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales como el hambre y la ansiedad, era significativamente mayor en aquellos estudiantes que pertenecían a una institución particular ($p < .05$). Detalles en la tabla 6.

Tabla 6. Conductas alimentarias según sostenimiento institucional y curso

	Unidad educativa San José de la Salle		American School		p
	Media	DE	Media	DE	
Impulso a la delgadez	3.5	4.6	5.3	5.6	0.019*
Sintomatología bulímica	2.0	3.8	3.8	4.1	0.000*
Insatisfacción corporal	5.0	5.4	5.9	5.7	0.184
Inefectividad y baja autoestima	4.8	6.7	4.2	5.2	0.576
Perfeccionismo	7.2	4.2	8.3	4.2	0.094
Desconfianza interpersonal	5.2	3.8	5.1	4.0	0.737
Conciencia interoceptiva	6.3	6.2	8.5	6.7	0.011*
Miedo madurar	10.2	4.8	10.3	5.8	0.723
Ascetismo	4.9	3.4	5.5	4.0	0.511
Impulsividad	9.3	6.1	9.5	5.4	0.592
Inseguridad Social	5.8	5.0	5.5	4.2	0.983

Nota: * $p < .05$ diferencia significativa

Fuente. Autoría Propia

2.6.5.3. Conductas alimentarias según el nivel de bachillerato

El nivel de bachillerato no presentó relaciones significativas en relación con las conductas alimentarias, excepto con el impulso a la delgadez, pues se encontró una predominancia en esta dimensión en los estudiantes de segundo año de bachillerato. Ver tabla 7.

Tabla 7. Conductas alimentarias según el nivel de bachillerato

Dimensión	1ero de Bachillerato		2do de Bachillerato		3ero de Bachillerato		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Impulso a la delgadez	4.3	4.8	4.9	5.5	3.1	4.8	0.042*
Sintomatología bulímica	2.1	2.9	2.6	4.2	3.7	4.7	0.271
Insatisfacción corporal	5.2	4.7	6.1	5.6	4.4	6.1	0.083
Inefectividad y baja autoestima	3.9	5.2	6.2	7.7	3.3	4.2	0.375
Perfeccionismo	7.9	4.5	7.2	4.1	8.0	4.0	0.612
Desconfianza interpersonal	5.1	4.1	5.1	3.3	5.3	4.1	0.920
Conciencia interoceptiva	7.5	6.2	6.5	6.5	7.7	6.8	0.465
Miedo madurar	10.4	5.4	10.0	5.0	10.5	5.3	0.849
Ascetismo	4.6	3.2	5.6	3.7	5.3	4.0	0.315
Impulsividad	9.1	5.1	10.0	6.8	8.9	5.4	0.865
Inseguridad Social	5.4	4.2	6.1	5.4	5.6	4.4	0.951

Nota: * $p < .05$ diferencia significativa

Fuente. Autoría Propia

2.6.5.4. Conductas alimentarias según características propias de cada participante

La edad de los estudiantes, el curso y el índice de masa corporal no presentaron relaciones con las 11 dimensiones de las conductas alimenticias, sin embargo, el peso se encontró leve y directamente relacionado con el impulso a la delgadez y la sintomatología bulímica; lo que implica que a mayor peso, mayor impulso a la delgadez y mayor sintomatología bulímica; así también, la estatura estuvo relacionada con la inefectividad y baja autoestima, y conciencia interoceptiva lo que implica que a mayor estatura, menor sintomatología bulímica, menor inefectividad y baja autoestima, y menor conciencia interoceptiva. Detalles en la tabla 8.

Tabla 8. Conductas alimentarias según características propias de cada estudiante

		Edad	Peso	Estatura	IMC	Curso
Impulso a la delgadez	rs	-0.122	,207**	-0.110	0.104	-0.144
	p	0.115	0.007	0.156	0.178	0.062
Sintomatología bulímica	rs	0.146	,209**	-,160*	0.052	0.111
	p	0.060	0.007	0.038	0.505	0.152
Insatisfacción corporal	rs	-0.103	0.115	-0.127	0.122	-0.110
	p	0.186	0.140	0.100	0.114	0.157
Inefectividad y baja autoestima	rs	0.036	0.033	-,168*	-0.018	0.004
	p	0.642	0.667	0.030	0.814	0.958
Perfeccionismo	rs	0.054	0.060	0.029	0.066	0.007
	p	0.485	0.442	0.707	0.398	0.923
Desconfianza interpersonal	rs	-0.008	-0.120	-0.136	-0.116	0.026
	p	0.917	0.122	0.080	0.133	0.738
Conciencia interoceptiva	rs	0.026	0.141	-,213**	-0.014	-0.009
	p	0.734	0.069	0.006	0.855	0.908
Miedo madurar	rs	-0.008	-0.010	-0.034	0.107	0.013
	p	0.920	0.894	0.662	0.169	0.870
Ascetismo	rs	0.069	0.011	-0.052	0.024	0.060
	p	0.376	0.890	0.500	0.758	0.438
Impulsividad	rs	0.031	0.070	-0.104	-0.009	-0.002
	p	0.689	0.371	0.180	0.905	0.974
Inseguridad Social	rs	0.008	-0.144	-0.132	-0.044	0.016
	p	0.921	0.064	0.087	0.573	0.835

Fuente. Autoría Propia

2.6.6. Conductas alimentarias según la presencia o ausencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Finalmente, se encontraron similitudes de comportamiento conductual entre las personas que tenían trastornos alimenticios y quienes no, en las dimensiones de perfeccionismo: representando el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores, y miedo a madurar: que evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia, indicando un temor a las experiencias emocionales, el erotismo, la sexualidad relacionada con la adolescencia y el ingreso a la vida adulta; en ambos casos se presentaron iguales condiciones ($p > .05$). Detalles en la tabla 9.

Tabla 9. Conductas alimentarias según la presencia o ausencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dimensión	Sin trastorno		Con trastorno		p
	M	DE	M	DE	
Impulso a la delgadez	2.9	3.5	10.7	6.7	0.000*
Sintomatología bulímica	2.1	3.2	5.8	5.8	0.000*
Insatisfacción corporal	4.5	4.6	9.8	7.2	0.000*
Inefectividad y baja autoestima	3.6	5.3	9.6	7.6	0.000*
Perfeccionismo	7.5	4.2	8.5	4.2	0.293
Desconfianza interpersonal	4.8	3.6	6.9	4.7	0.022*
Conciencia interoceptiva	6.0	5.3	13.0	8.3	0.000*
Miedo madurar	10.2	5.3	10.6	5.2	0.622
Ascetismo	4.4	2.8	8.9	5.0	0.000*
Impulsividad	8.3	5.0	14.9	6.7	0.000*
Inseguridad Social	5.1	4.2	8.9	5.7	0.001*

Fuente. Autoría Propia

2.6.7. Datos globales sobre la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 10. Datos globales sobre la prevalencia de los TCA

Prevalencia de TCA según el total de participantes		16,7 %
Prevalencia según las variables sociodemográficas		
	Características	%
Sexo	Hombres	10,5
	Mujeres	23,2
Procedencia	Urbana	20,2
	Rural	11,6
Unidad Educativa	San José de la Salle	15,0
	American School	19
Nivel de Bachillerato	Primero	15,3
	Segundo	19,4
	Tercero	14,9

Fuente. Autoría Propia

2.6.8. Datos globales de las conductas alimentarias según las variables sociodemográficas

Tabla 11. Datos globales de las conductas alimentarias según las variables sociodemográficas

Dimensiones	Variables sociodemográficas					
	Predominio de conducta (PC)					
	Sexo		Lugar de procedencia		Unidad educativa	
	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural	San José de la Salle	American School
Impulso a la delgadez						PC
Sintomatología bulímica			PC			PC
Insatisfacción corporal		PC				
Inefectividad y baja autoestima		PC				
Perfeccionismo						
Desconfianza interpersonal		PC				
Consciencia interoceptiva		PC				PC
Miedo a madurar						
Ascetismo		PC				
Impulsividad						
Inseguridad social		PC				

Fuente. Autoría Propia

Tabla 12. Datos globales de las conductas alimentarias según las variables sociodemográficas

Dimensiones	Variables sociodemográficas				
	Predominio de conducta (PC)				
	Nivel de bachillerato			Características propias	
	Primero	Segundo	Tercero	Mayor Peso (+)	Menor Estatura (-)
Impulso a la delgadez		PC		PC	
Sintomatología bulímica				PC	PC
Insatisfacción corporal					
Inefectividad y baja autoestima					PC
Perfeccionismo					
Desconfianza interpersonal					
Consciencia interoceptiva					PC
Miedo a madurar					
Ascetismo					
Impulsividad					
Inseguridad social					

Fuente. Autoría Propia

2.7. Conclusión

En el análisis de los datos se evidenció que el 16,7% del total de estudiantes encuestados presentan algún tipo de TCA lo cual demuestra que, en la actualidad la imagen corporal es sinónimo de bienestar personal, salud y éxito. Además, es importante resaltar que es el género femenino el que tiene mayor riesgo de desarrollar este tipo de patologías debido a la presión ejercida por los estereotipos de belleza femeninos los cuales enmarcan cuerpos excesivamente delgados.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia según la institución educativa, aunque se encontró un número mayor de patologías asociadas a los TCA en la unidad educativa particular. Respecto al nivel de bachillerato, existe una predominancia de este tipo de cuadros sintomáticos en el segundo de bachillerato, lo cual sugiere una mayor preocupación corporal ocasionada por los cambios propios de la pubertad que anteceden o están presentes en este período vital.

Al evaluar las conductas alimenticias, las mujeres presentaron puntuaciones altas en insatisfacción corporal, baja autoestima, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, ascetismo e inseguridad social, lo que acentúa la vulnerabilidad del sexo femenino. Es importante indicar que no se presentaron variaciones importantes de conductas alimenticias según la institución educativa lo cual sugiere tendencias similares de vulnerabilidad sin distinguir el contexto social o económico en el que se encuentran los estudiantes.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

3. Discusión

Los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un problema de interés social, debido a las consecuencias devastadoras que se generan tanto a nivel físico como psíquico y emocional, además, es importante considerar que en muchos de los casos han llegado a provocar daños irreparables o incluso la muerte de adolescentes. Debido a la falta de estudios estadísticos en el Ecuador y de forma específica en la ciudad de Cuenca, se considera indispensable que la población en general conozca sobre estos fenómenos, con el objetivo de generar mayor conciencia y evitar el incremento de adolescentes afectados, es por este motivo, que este proyecto de investigación ha tomado como punto central el análisis sobre la prevalencia de TCA en adolescentes de entre los 15 a 18 años de edad, de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto de la ciudad de Cuenca, así como determinar conductas alimentarias relacionadas con los datos sociodemográficos.

En base al análisis de los resultados obtenidos y los objetivos planteados en este estudio, se determinó que:

El 16,7% de los adolescentes presentan algún trastorno de la conducta alimentaria. En las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija- Bolivia en el año 2004, se realizó un estudio a una población con características similares a esta investigación: adolescentes entre 13 y 20 años de edad, estudiantes de un colegio particular y un colegio fiscal, los resultados indican una prevalencia de 4,44% de adolescentes afectados (Daroca Oller & Velasco Arce, 2004). Esta comparación estadística resulta llamativa, debido a que con el paso de los años, la tendencia de los adolescentes afectados por estas patologías incrementa notablemente, esto intensifica

la preocupación y la necesidad de considerarlos cada vez más, como problemas de salud pública.

En una investigación realizada en el año 2016 en la ciudad de Cuenca, se registró que el 19% de los adolescentes presentan riesgo de padecer algún tipo de TCA (González, 2016), lo que resulta aún más alarmante debido a que en el año actual las cifras son similares, pero corresponden a adolescentes que ya se encuentran afectados por estas patologías, esto lleva a considerar que es indispensable adoptar medidas oportunas en la detección y prevención de síntomas clínicos significativos.

En cuanto a la correlación entre la prevalencia de adolescentes con TCA y las características sociodemográficas, se encontró que el 23,2% de mujeres tiene alguna patología, a diferencia del 10,5% de los hombres, esto muestra una tendencia de 2.2 veces mayor en el género femenino. Un estudio realizado en México en el año 2009, encontró resultados similares, una proporción mayor de casos clínicos en las mujeres 12%, en comparación al 4% de casos en varones; lo que implica, que las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer TCA (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Por otro lado, aunque en el colegio particular se encontró mayor proporción de estudiantes con TCA (19,1%), la diferencia no fue significativa en comparación del colegio fiscal (15,0), tampoco se encontraron diferencias relevantes según el lugar de residencia de los estudiantes; por lo tanto, estos resultados indican que la mayoría de adolescentes tienen vulnerabilidad a presentar este tipo de patologías independientemente de la situación académica o social en la que se encuentren.

Es importante señalar que, a pesar de no haber proporciones significativas de estudiantes según el año académico, en los alumnos de segundo de bachillerato se encontró una mayor prevalencia de TCA, este resultado concuerda con la relación entre las conductas alimentarias y el nivel de bachillerato, en la cual se encontró que

en esta población también existen puntajes altos en cuanto al impulso a la delgadez. Este hecho se justifica debido a que en la pubertad existen cambios físicos abruptos los cuales se evidencian de manera notoria en el crecimiento, muchas veces irregular, de todas las partes del cuerpo, incluido el nivel de grasa corporal, esto genera un impacto en los adolescentes pues las percepciones y las preocupaciones sobre la autoimagen se hacen cada vez más visibles, a esto se suma las constantes comparaciones y perspectivas sociales sobre los ideales de belleza. Los estudiantes de segundo de bachillerato, son quienes experimentan estos cambios corporales y/o las consecuencias psicológicas derivadas de los mismos; por el contrario, esta influencia no es tan evidente en el caso de los alumnos de tercero de bachillerato, ya que ellos experimentan una mayor consolidación en las percepciones de su propia imagen y por lo tanto, existe un mayor nivel de aceptación, ya que sus preocupaciones están más enfocadas en proyecciones futuras y aspectos de crecimiento personal.

Por otro lado, esta investigación permitió vislumbrar la relación entre las conductas alimentarias y los aspectos sociodemográficos, en lo cual, podemos distinguir lo siguiente:

Según el sexo, las mujeres presentan mayores puntuaciones en las dimensiones de insatisfacción corporal, baja autoestima, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, ascetismo e inseguridad social, estos son indicadores de una mayor vulnerabilidad del género femenino para el desarrollo de TCA. Hoy en día los estándares de belleza son liderados por cuerpos femeninos superficiales, logrados en la mayoría de casos mediante cirugías estéticas; estos modelos corporales son inalcanzables o difíciles de conseguir de manera natural y saludable, todo esto genera consecuencias negativas sobre la salud física y mental de las

mujeres adolescentes, quienes desde edades muy tempranas empiezan a compararse con dichos modelos, al no alcanzar estos ideales afecta directamente a su autoestima, lo cual es un predictor y mantenedor para los TCA, esta frustración también se acompaña de alteraciones emocionales las cuales pueden influir en la capacidad de tomar conciencia sobre sus propios pensamientos y sentimientos; a esto se le suma un rasgo importante como es el ascetismo, que alienta a la obsesión por el cuerpo, mediante conductas de sacrificio y renuncia al placer alimenticio, todo esto con el objetivo de alcanzar una imagen corporal “perfecta” (Asuero Fernández, Avargues Navarro, Monzón, & Borda Mas, 2012).

En cuanto a la relación de las conductas alimentarias y las unidades educativas, no se encontraron diferencias significativas, lo que puede ser un indicador de que la vulnerabilidad sintomatológica está presente independientemente de la situación socioeconómica de los adolescentes, sin embargo, es importante resaltar que en el colegio particular existe una mayor predominancia en las dimensiones de impulso a la delgadez, sintomatología bulímica y conciencia interoceptiva. Esto puede explicarse por el hecho de que los estudiantes de los colegios particulares se encuentran en mayor contacto con sistemas socioculturales más globalizados en los que impera la preocupación excesiva por el aspecto corporal y la estética; todo esto se difunde con facilidad en medios de comunicación generalmente virtuales, a los que estos adolescentes tienen mayor accesibilidad debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran.

La correlación entre las conductas alimentarias y la presencia o no de TCA reveló resultados interesantes, debido a que en ambas poblaciones se encontraron puntajes similares en las escalas de perfeccionismo y miedo a madurar. Estos datos sugieren que, en contraposición a lo que varios estudios han demostrado, dichos

indicadores no siempre constituyen factores de riesgo determinantes en el surgimiento y mantenimiento de los TCA.

En cuanto a las correlaciones entre las conductas alimenticias y aspectos biológicos, se encontraron resultados reveladores en cuanto al peso y la estatura; por un lado, se resalta que, a mayor peso, mayor es la presencia de impulso a la delgadez y sintomatología bulímica; y, por otro lado, a mayor estatura, menor presencia de sintomatología bulímica, menor inefectividad y baja autoestima, así como menor conciencia interoceptiva. Lo que resulta importante mencionar es que el IMC no presenta ninguna variabilidad significativa en cuanto a las conductas alimentarias, esto es una clara evidencia de que los adolescentes en lugar de enfocarse en su estado de salud corporal, únicamente se basan en los aspectos visibles y, por lo tanto, superficiales de su apariencia física para evaluar y determinar tanto el concepto como el valor de sí mismos.

Esta investigación muestra una realidad tangible de problemas de la conducta alimentaria en la que no existen programas de prevención e intervención oportunos, lo cual implica un aumento desmesurado de TCA en los adolescentes y por ende mayores complicaciones, agravamiento de cuadros sintomáticos e incluso la muerte; tomando en cuenta la relevancia de estos datos, se considera indispensable generar estudios de mayor amplitud para identificar el porcentaje de personas afectadas por estas patologías tanto a nivel local como a nivel nacional.

CONCLUSIONES GENERALES

Los TCA se han configurado como entidades de tipo multicausal y alta complejidad clínica que amenazan principalmente a la población adolescente, ya que esta es una etapa en la que se adoptan distintos patrones cognitivos y conductuales impropios con el fin de buscar aceptación y aprobación social. Estos patrones incluyen una excesiva preocupación por el estado corporal, comparación con sus pares, involucración en conductas de riesgo, modificación de valores y creencias, los mismos que son difundidos por diferentes medios de comunicación, dentro de los cuales el internet ocupa un papel predominante en la actualidad.

Es importante indicar que es la misma sociedad la que aprueba y refuerza las conductas distorsionadas con respecto a la alimentación, ya que se consideran como hábitos que conducen a estilos de vida saludables e ideales. Estos patrones incrementan los niveles de insatisfacción corporal y la cronicidad sintomatológica, que asociada a la falta de consciencia de enfermedad impide un diagnóstico pertinente. Las mujeres presentan mayor vulnerabilidad debido a que se encuentran más involucradas a estos modos de vida, por las presiones asociadas a la imagen corporal regidas por estereotipos y estándares de belleza inalcanzables e irreales.

Este estudio tuvo un número similar de participantes según el sexo, lugar de procedencia, unidad educativa y curso; la mayoría de los adolescentes pertenecen a una clase social media, tienen familias nucleares y son los primeros hijos; el peso medio es de 56 kg con una estura media de 160 cm, es así que el 70,8% tiene un IMC normal y el 14,9% presentan bajo peso; además, el 13,9% de la población reportó problemas alimenticios previos.

Al recabar y analizar los datos, se encontró que la prevalencia de TCA es del 16,7% del total de adolescentes evaluados, con un índice mayor, pero no

significativo en el colegio particular mixto (19,1%) a diferencia del colegio fiscal mixto (15,0). Lo que responde de manera afirmativa a la pregunta de investigación sobre la posible presencia de TCA en los colegios particulares mixtos y fiscales mixtos.

Por otro lado, se evidenció la relación entre las conductas alimentarias y los datos sociodemográficos, con lo que se concluye que las mujeres son quienes presentan mayores conductas de riesgo para el desarrollo de TCA; de igual modo, los y las adolescentes que asisten al colegio particular mixto son vulnerables a dichas patologías, ya que existen varias conductas riesgosas vinculadas a los trastornos alimenticios en esta unidad educativa; en cuanto al lugar de residencia y nivel de bachillerato, las conductas alimentarias de riesgo son pocas.

Finalmente, se identificaron que las conductas alimentarias de perfeccionismo y miedo a madurar están presentes tanto en personas con y sin TCA, lo que podría señalar que estas dos dimensiones no son indicadores precisos al momento de realizar un psicodiagnóstico oportuno, por ello, se considera importante realizar investigaciones de mayor alcance para contrastar estos datos.

RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador debe fomentar la búsqueda de asistencia en la salud mental y brindar los conceptos correctos sobre la misma, ya que muchas personas que presentan sintomatología clínica o cuadros clínicos relacionados a trastornos mentales no buscan ayuda profesional debido a los estigmas que conlleva una enfermedad mental. Lo que permitiría prevenir y tratar patologías de manera adecuada y pertinente, generando de manera directa una sociedad que promueva el bienestar mental.

Por otro lado, se deben promover campañas para reducir la promulgación de información relacionada a estereotipos de belleza, que generan en la población frustración e involucración en comportamientos que ponen en riesgo la vida. Estas campañas deben tener un impacto directo en los medios de comunicación ya que son los principales responsables de difundir información de manera masiva; esto puede constituirse como una herramienta clave para frenar la normalización de conductas patológicas en la población adolescente.

En cuanto a las instituciones educativas, se recomienda el empleo constante de programas orientados a los TCA y la salud mental, en los que se enseñen pautas para reconocer e identificar síntomas tempranos, cómo evitar que se agraven los síntomas, información adecuada sobre los riesgos y complicaciones de involucrarse en conductas distorsionadas y los posibles tratamientos o caminos de acción que se deben seguir. Los mismos deben ser acompañados por programas de desarrollo personal para estudiantes, familias y personal de los centros educativos.

Para finalizar se recomienda que los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE) realicen evaluaciones mensuales a los estudiantes mediante una batería de test que permitan identificar señales tempranas de TCA o patologías que puedan

estar vinculadas de alguna forma; esto permitirá llevar un reporte continuo del estado mental de cada estudiante y prestar atención a aquellos adolescentes que requieren una ayuda emergente para poder intervenir y en casos necesarios derivar hacia los profesionales pertinentes, de este modo el DECE sería el canal por el cual los estudiantes buscarían y recibirían la ayuda necesaria.

Bibliografía

- Allen, B., & Waterman, H. (21 de Mayo de 2019). *Healthy Children.org*. Obtenido de Healthy Children.org: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. España: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- American Psychological Association. (s.f.). *American Psychological Association*. Recuperado el 5 de Marzo de 2020, de American Psychological Association: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion>
- Asociación Contra la Anorexia y Bulimia. (s.f.). *ACAB.org*. Recuperado el 16 de Mayo de 2020, de ACAB.org: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
- Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Monzón, B., & Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)*, 39-45.
- Behar, R., Alviña, M., González, T., & Rivera, N. (2007). DETECCIÓN DE ACTITUDES Y/O CONDUCTAS PREDISONENTES A TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA DE TRES COLEGIOS PARTICULARES DE VIÑA DEL MAR. *Revista chilena de nutrición*.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto . *Revista LASALLISTA de Investigación* , 50-63.
- Carlat, D., & Jr, C. C. (julio de 1991). Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*.
- Castro, M. I. (2020). *Psicoadolescencia*. Obtenido de TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/2/final26.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva . (Diciembre de 2004). *salud.gob.mx*. Obtenido de salud.gob.mx: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Cleveland Clinic. (s.f.). *Cleveland Clinic*. Recuperado el 13 de Mayo de 2020, de Cleveland Clinic: <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/doc/s12249.pdf>
- Córdoba Caro, L., Luengo Pérez, L., Feu, S., & García Preciado, V. (2015). Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. *anales de pediatria*, 338-346.
- Crisp, A., & al, e. (2006). Anorexia Nervosa in Males: Similarities and Differences to Anorexia Nervosa in Females. *European Eating Disorders Reviw*, págs. 163-167.

- Cruz Martínez, Á. (16 de Agosto de 2016). Alarmante aumento de anorexia y bulimia entre niños y adolescentes. *La Jornada*, pág. 32.
- Daroca Oller, C. S., & Velasco Arce, C. (2004). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LAS CIUDADES DE LA PAZ , SANTA CRUZ Y TARIJA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 67-76.
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del Adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales . En S. E. primaria, *Pediatría Integral* (págs. 88-93). Santiago de Compostela : Medicina de la adolescencia: su importancia en la sociedad actual .
- Donoso, M. E. (24 de Noviembre de 2014). Los grupos que combaten los trastornos alimenticios crecen. *El Comercio*.
- EXCELSIOR. (2 de Junio de 2017). Padecen 70 millones de personas algún trastorno alimenticio. *EXCELSIOR*, pág. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/02/1167267>.
- Flores, R. (11 de Enero de 2019). *El Médico Interactivo*. Obtenido de El Médico Interactivo: <https://elmedicointeractivo.com/preocupante-aumento-de-trastornos-alimenticios-en-jovenes/>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 436-443. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
- González, E. (2016). Alteraciones en la imagen corporal y dietas en adolescentes mujeres de 12-18 años en dos unidades educativas fiscales mixtas de la ciudad de Cuenca. (*Tesis de Titulación de Psicología Clínica*). Universidad del Azuay, Cuenca.
- Hernández González, J. (2012). Las relaciones afectivas y los procesos de subjetivación y formación de la identidad en el bachillerato. *Perfiles Educativos*, 116-131.
- Hernández Rodríguez, J., & Ledón Llanes, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología vol.29*.
- Jáuregui Lobera, I. (2013). *Dialnet*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/476432>
- La Vanguardia . (10 de Enero de 2019). Trastornos Alimentarios: 400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación. *La Vanguardia* .
- Lopéz, C., & Treasure, J. (2011). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: DESCRIPCIÓN Y MANEJO . *Revista Médica Clínica La Condes Vol. 22*, 85-97.
- Losada, A. V., & Lupis, B. L. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa . *Psicología para América Latina* , 32-33.

- Losada, A. V., & Marmo, J. (2013). *Acta Académica*. Obtenido de Acta Académica: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14>
- Martínez García, E. (3 de Noviembre de 2016). *Canal Salud MAPFRE*. Obtenido de Canal Salud MAPFRE: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/ninos/crecimiento-y-desarrollo-nino/desarrollo-cognitivo-pubertad-y-adolescencia/>
- Moral de la Rubia, J. (2002). LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, UN COMPLEJO FENÓMENO BIOPSIICOSOCIAL. *Revista Salud Pública y Nutrición Vol.3*.
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica* , 181-190.
- Nebot Ibáñez, S. (s.f.). Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios. *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios*. Universitat Jaume, Castellón de la Plana.
- Notimex. (30 de mayo de 2019). Trastornos Alimentarios afectan sin distinguir condición social o género . *El Comentario* .
- Onmeda. (19 de Marzo de 2016). *Onmeda.es Para tu salud*. Obtenido de Onmeda.es Para tu salud: <https://www.onmeda.es/enfermedades/bulimia-causas-1526-3.html>
- Pacífico, M. (03 de Marzo de 2020). Anorexia, una enfermedad con nombre de mujer que se expande por las redes sociales. *LA PROVINCIA DIARIO DE LAS PALMAS*.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Desarrollo físico y salud en la adolescencia . En D. E. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia* (pág. 461). México, D.F: McGrawHill/ INTERAMERICANA EDITORES.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Desarrollo Psicosocial en la Adolescencia. En D. E. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia* (pág. 515). México, D.F: McGrawHill/INTERAMERICANA EDITORES.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Desarrollo psicosocial en la adolescencia . En D. E. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia* (pág. 516). México, D.F: McGrawHill/INTERAMERICANA EDITORES.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Desarrollo psicosocial en la adolescencia . En D. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Psicología del*

Desarrollo: De la infancia a la adolescencia (pág. 532). México, D.F: Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.

Peña, V. (2020). Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos . *Revista de psicoterapia*, 115-128.

Pulido, S. (19 de Julio de 2019). *Gaceta Médica*. Obtenido de Gaceta Médica: <https://gacetamedica.com/investigacion/identifican-ocho-marcadores-geneticos-en-pacientes-con-anorexia-nerviosa-nx2189924/>

Quintas Pavía, G. (2013). BULIMIA NERVIOSA, ¿TRASTORNO O CRITERIO? REVISIÓN ETIOLÓGICA DE LA BULIMIA NERVIOSA: A PROPÓSITO DE UN GRUPO DE APOYO. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6-9.

Quintas Pavía, G. (2013). BULIMIA NERVIOSA, ¿TRASTORNO O CRITERIO? REVISIÓN ETIOLÓGICA DE LA BULIMIA NERVIOSA: A PROPÓSITO DE UN GRUPO DE APOYO. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* , 11-12.

Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). *Sociedad Argentina de Pediatría* . Obtenido de Sociedad Argentina de Pediatría : <https://www.sap.org.ar/buscador.php?q=bulimia+parte+2>

Regalado, D. (2013). Estilos de personalidad relacionados con tendencia al desarrollo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 19 años del colegio particular Antares del Valle de los Chillos durante marzo-abril 2013. (*Tesis de Titulación Médica*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Rico de Frutos, I. (29 de Enero de 2020). *Actualidad en Psicología* . Obtenido de Actualidad en Psicología : <https://www.actualidadenpsicologia.com/influencia-de-las-redes-sociales-en-el-desarrollo-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>

Ríos, P. B. (2009). Cuestionarios, Invenatrarios y Escalas . En P. B. Ríos, *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (págs. 1981-2007). Sevilla.

Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, L. (Julio de 2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100006&fbclid=IwAR25bSaiMghsxvfHjuesQOMmKnpGSosJIpt4ctpk2Qy8UeWjphYwmGNkcDg

Salazar Mora, Z. (2008). ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ. *Reflexiones*, vol 87, 67-80.

Salazar Mora, Z., & Prado Calderón, J. E. (2015). ANÁLISIS DE LA VALIDEZ DISCRIMINANTE DEL EATING ATTITUDES. *Reflexiones 94 (1)*, 123-135.

Salazar, Z. (2012). El test de actitudes hacia la alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en psicología* .

- Salmerón, M. A. (26 de Mayo de 2017). *Isanidad*. Obtenido de Isanidad:
<http://isanidad.com/88484/el-85-de-trastornos-del-comportamiento-alimentario-aparecen-entre-los-14-y-18-anos-de-edad/>
- Sánchez Llana, J. (13 de Febrero de 2015). *Colibri*. Obtenido de Colibri:
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7521/1/tfg_1_2.pdf
- Sánchez Peralta, A. (3 de abril de 2019). *Eres mamá*. Obtenido de Eres mamá:
https://eresmama.com/trastornos-alimentarios-en-adolescentes/?fbclid=IwAR15II-1bayusGVrmtA0XEeykllBNIDj_FiwO10Y6Tmk-paEAQ9weOMWFCg
- Sánchez Planell, L., & Fernández Valdés, R. (2002). *SCRIBD*. Obtenido de SCRIBD:
<https://es.scribd.com/document/7104756/Trastorno-Por-Atracon-y-Obesidad>
- Santrock, J. (2004). Desarrollo Biológico y Cognitivo . En J. Santrock, *PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA* (págs. 52-61). Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U. .
- Santrock, J. (2004). Desarrollo social, emocional y de la personalidad. En J. Santrock, *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (págs. 254-256). Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U. .
- Saucedo Molina, T. d., Peña Irecta, A., Fernández Cortés, T. L., García Rosales, A., & Jiménez Balderrama, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16-23. Obtenido de medigraphic Literatura Biomédica.
- Sevillá Gascó, J., & Pastor Gimeno, C. (2019). LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN. En J. Sevillá Gascó, & C. Pastor Gimeno, *Tratamiento psicológico de los trastornos de alimentación* (pág. 42). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sevillá Gascó, J., & Pastor Jimeno, C. (2019). LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. En J. Sevillá Gascó, & C. Pastor Jimeno, *Tratamiento psicológico de los trastornos de alimentación* (págs. 40-41). Madrid: Ediciones Pirámide .
- Tabárez, V. (2016). Trastornos alimentarios, QUÉ SON, CÓMO TRATARLOS Y PREVENIRLOS. *Revista Casmu*, 16-17.
- Toro Trallero, J. (2014). Etiopatogenia. En G. Morandé, M. Graell, & M. A. Blanco, *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD* (pág. 19). Madrid: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, S.A.
- Toro Trallero, J. (2014). Etiopatogenia. En G. Morandé, M. Graell, & M. A. Blanco, *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD* (pág. 22). Madrid: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, S.A.

- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-II en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 1063-1067.
- Valera, E. (30 de noviembre de 2018). Los trastornos alimentarios, tercera patología crónica en adolescentes. *redacción médica*.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T., & Mancilla, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-V. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.
- Vidal, A. L., & Mayor, R. G. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria*, 661-666.

ANEXOS

Anexo 1. Diseño de Tesis Aprobado

Oficio No.079-20-FF-UDA
Santa Ana de los Ríos de Cuenca, 26 de febrero del 2020

Mst. Mario Moyano M. (Director)
Mst. Lucía Cordero C. (Tribunal)
Mst. Cecilia Salazar I. (Tribunal)
Ciudad.

De mi consideración:

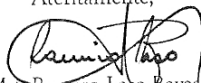
Con fecha 20 de febrero de 2020 el Consejo de Facultad aprobó el diseño de trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE UN COLEGIO PARTICULAR MIXTO Y UN COLEGIO FISCAL MIXTO" de los estudiantes: Juan Andrés Loja Paucar y Bernarda Camila Sarmiento Ríos.

El plazo que deberá transcurrir para la presentación del trabajo de titulación es de 6 meses.

El señor Juan Andrés Loja Paucar: **no finaliza los estudios hasta la presente fecha.**
La señorita Bernarda Camila Sarmiento Ríos: **no finaliza los estudios hasta la presente fecha.**

Los interesados están en la obligación de entregar al Director (a), de tesis copia del diseño aprobado.

Atentamente,



Mst. Ramiro Laso Bayas

Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante (s)
Junta Académica PCL.



RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

- 1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres,
Loja Paucar Juan Andrés,
Sarmiento Ríos Bernarda Camila.
- 1.2 Director sugerido: apellido, nombre y título. Moyano Mario, Mg.
- 1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título.
- 1.4 Título propuesto: Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular Mixto y un colegio fiscal Mixto.
- 1.5 Revisores (tribunal): apellidos, nombres y títulos
Cobos Lucia, Mg.
Salazar Maria Cecilia, Mg.
- 1.6 Recomendaciones generales de la revisión:

	Cumple totalmente	Cumple parcialmente	No cumple	Observaciones (*)
Línea de investigación				
1. ¿El contenido se enmarca en la línea de investigación seleccionada?	✓			
Título Propuesto				
2. ¿Es informativo?	✓			
3. ¿Es conciso?	✓			
Estado del arte				
4. ¿Identifica claramente el contexto histórico, científico, global y regional del tema del trabajo?	✓			
5. ¿Describe la teoría en la que se enmarca el trabajo	✓			
6. ¿Describe los trabajos relacionados más relevantes?	✓			
7. ¿Utiliza citas bibliográficas?	✓			
Problemática y/o pregunta de investigación				
8. ¿Presenta una descripción precisa y clara?	✓			
9. ¿Tiene relevancia profesional y social?	✓			
Hipótesis (opcional)				
10. ¿Se expresa de forma clara?	✓			
11. ¿Es factible de verificación?	✓			
Objetivo general				
12. ¿Concuerda con el problema formulado?	✓			
13. ¿Se encuentra redactado en tiempo verbal infinitivo?	✓			
Objetivos específicos				
14. ¿Concuerdan con el objetivo general?	✓			

Oficio No. 19-20



Guía para Trabajos de Titulación

1. Protocolo/Rúbrica

15. ¿Son comprobables cualitativa o cuantitativamente?	/			
Metodología				
16. ¿Se encuentran disponibles los datos y materiales mencionados?	/			
17. ¿Las actividades se presentan siguiendo una secuencia lógica?	/			
18. ¿Las actividades permitirán la consecución de los objetivos específicos planteados?	/			
19. ¿Los datos, materiales y actividades mencionadas son adecuados para resolver el problema formulado?	/			
Resultados esperados				
20. ¿Son relevantes para resolver o contribuir con el problema formulado?	/			
21. ¿Concuerdan con los objetivos específicos?	/			
22. ¿Se detalla la forma de presentación de los resultados?	/			
23. ¿Los resultados esperados son consecuencia, en todos los casos, de las actividades mencionadas?	/			
Supuestos y riesgos				
24. ¿Se mencionan los supuestos y riesgos más relevantes?	/			
25. ¿Es conveniente llevar a cabo el trabajo dado los supuestos y riesgos mencionados?	/			
Presupuesto				
26. ¿El presupuesto es razonable?	/			
27. ¿Se consideran los rubros más relevantes?	/			
Cronograma				
28. ¿Los plazos para las actividades son realistas?	/			
Referencias				
29. ¿Se siguen las recomendaciones de normas internacionales para citar?	/			
Expresión escrita				
30. ¿La redacción es clara y fácilmente comprensible?	/			
31. ¿El texto se encuentra libre de faltas ortográficas?	/			

(*) Breve justificación, explicación o recomendación.

- Opcional cuando cumple totalmente,
- Obligatorio cuando cumple parcialmente y NO cumple.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE DENUNCIA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres.

1.1.1 Código: 79153. Hoja Paucar Juan Andrés.
78336 Samiento Ríos Bernarda Camila.

1.2 Director sugerido: apellido, nombre y título.

Moyano Havia, Hg.

1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título.

1.4 Tribunal:

Cobos Lucia, Hg.

Salazar Havia Cecilia, Hg.

1.5 Título propuesto: Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un Colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto.

1.6 Decisión:

1.6.1 Aceptado sin modificaciones


1.6.2 Aceptado con las siguientes modificaciones:
- Puntos objetivos.
- Mejorar la última pregunta de investigación.

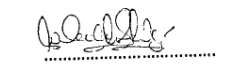
1.6.3 No aceptado

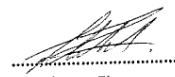
• Justificación:


Director/a

Tribunal


Nombre y Firma
Havia Moyano


Nombre y Firma
Hgia. Cecilia Salazar


Nombre y Firma
Lucia Cobos

Juan Andrés Hoja / Bernarda Samiento

Nombre y Firma
Estudiante(s)

Nombre y Firma
Secretario de Facultad

Fecha de sustentación: 3 de febrero del 2020.



**FORMULARIO DE REGISTRO EN LA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Nombres	Juan Andrés	Apellidos	Loja Paucar
Carrera	Psicología Clínica	Código	79159
Teléfonos	0967441925	Correo electrónico	andresloja25@gmail.com
Fecha de finalización de estudios	92,37%	Fecha de entrega	

Señor Decano:

Por medio del presente solicito a Usted se sirva disponer mi registro en la Unidad de Titulación de la carrera, conforme a los datos consignados en el presente formulario y a mi situación académica actual.

Registro en la Unidad de Titulación (U.T.)

Primer Registro Segundo Registro Tercer Registro

Manifiesto mi decisión de acogerme a la siguiente opción de titulación:

a. Examen de grado o de fin de carrera (complexivo)

b. Trabajo de Titulación:

Declaro que conozco y me sujeto a las normas, instrumentos, procedimientos y demás disposiciones de la Universidad del Azuay y sus órganos, en relación con la opción de titulación escogida.

Atentamente,

Juan Loja P.

Firma del estudiante



PARA USO INTERNO

a. El estudiante cumple con los requisitos para:

Examen de grado con carácter complejo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de Titulación	<input type="checkbox"/>
Requiere actualización de conocimientos a la fecha de registro en la Unidad de Titulación:	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Fecha de aprobación del Diseño del Trabajo de Titulación por el Consejo de Facultad:

Firma
Secretario/a - Abogado/a

INFORMACIÓN DE LA JUNTA ACADÉMICA

MECANISMO DE TITULACIÓN: Trabajo de Investigación

Integración del Tribunal:

1. Director Mg. Mario Moyano
2. Miembro1 Mg. Luis Cordero
3. Miembro2 Mg. Cecilia Solera

b. Materias que debe tomar el estudiante para actualización de conocimientos, de ser el caso:

Código	Materia	N° créditos	Carrera o Programa

Firma
Director/a de Escuela



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

LA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

CERTIFICA:

Que, el señor JUAN ANDRES LOJA PAUCAR, con número de cédula de identidad 0106690456, código de estudiante Nro. 79159, alumno de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA, tiene aprobado el 92,37% de créditos de su malla curricular.

Cuenca, 3 de febrero de 2020



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY
Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación

[Handwritten Signature]
Dra. Lourdes Eraso Mosquera
Secretaria - Abogada

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Derecho Nro.

Edición Autorizada
15.000 ejemplares
934.501 - 930.500 N° 0940224

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 28 lines.



FORMULARIO DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN

Nombres	Bernardo Camila	Apellidos	Sarmiento Rias
Carrera	Psicología Clínica	Código	78336
Teléfonos	0995924866	Correo electrónico	comisarmentor@gmail.com
Fecha de finalización de estudios	92,37%	Fecha de entrega	

Señor Decano:

Por medio del presente solicito a Usted se sirva disponer mi registro en la Unidad de Titulación de la carrera, conforme a los datos consignados en el presente formulario y a mi situación académica actual.

Registro en la Unidad de Titulación (U.T.)

Primer Registro Segundo Registro Tercer Registro

Manifiesto mi decisión de acogerme a la siguiente opción de titulación:

- a. Examen de grado o de fin de carrera (complexivo)
 b. Trabajo de Titulación:

Declaro que conozco y me sujeto a las normas, instrumentos, procedimientos y demás disposiciones de la Universidad del Azuay y sus órganos, en relación con la opción de titulación escogida.

Atentamente,

Firma del estudiante



PARA USO INTERNO

a. El estudiante cumple con los requisitos para:

Examen de grado con carácter complejo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de Titulación	<input type="checkbox"/>
Requiere actualización de conocimientos a la fecha de registro en la Unidad de Titulación:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fecha de aprobación del Diseño del Trabajo de Titulación por el Consejo de Facultad:

Firma
Secretario/a - Abogado/a

INFORMACIÓN DE LA JUNTA ACADÉMICA

MECANISMO DE TITULACIÓN: Trabajo de Investigación

Integración del Tribunal:

1. Director Mg. Mario Hoyano
2. Miembro1 Mg. Lucía Cordero
3. Miembro2 Mg. Cecilia Salazar

b. Materias que debe tomar el estudiante para actualización de conocimientos, de ser el caso:

Código	Materia	Nº créditos	Carrera o Programa



Firma
Director/a de Escuela



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

LA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

CERTIFICA:

Que, la señorita BERNARDA CAMILA SARMIENTO RIOS, con número de cédula de identidad 0106585425, código de estudiante Nro. 78336, alumna de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA, tiene aprobado el 92,37% de créditos de su malla curricular.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY
Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación

Dra. Lourdes Eraso Mosquera
Secretaria - Abogada

Cuenca, 3 de febrero de 2020

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Derecho Nro.



A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 28 lines.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Cuenca, 14 de febrero de 2020

Mst.

Ramiro Laso Bayas

DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA

Ciudad

De mi consideración:

Nosotros, Sarmiento Ríos Bernardo Camila con código de estudiante 78336, y Laja Paucar Juan Andrés con código de estudiante 79159, de la carrera de Psicología Clínica solicitamos se sirva asignar Tribunal a nuestro Diseño de Tesis Titulado "Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto".

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

Bernardo Camila Sarmiento Ríos

78336

0995924866

Juan Andrés Laja Paucar

79159

0967441925



A series of 30 horizontal dotted lines for writing.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

**DISEÑO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
"PSICÓLOGO CLÍNICO"**

TEMA:

**"PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE UN
COLEGIO PARTICULAR MIXTO Y UN COLEGIO FISCAL MIXTO"**

AUTORES:

JUAN ANDRÉS LOJA PAUCAR

BERNARDA CAMILA SARMIENTO RIOS

DIRECTOR:

MG. MARIO EDUARDO MOYANO MOYANO

CUENCA – ECUADOR

2020



GUIA PARA LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA/PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN¹

1. DATOS GENERALES

Nombre de los estudiantes Bernarda Camila Sarmiento Ríos y Juan Andrés Loja Paucar			
Código	Teléfono convencional	Teléfono celular	Correo electrónico
078336	2477342	0995924866	camisarmientor@gmail.com
79159	2862524	0967441925	andresloja25@gmail.com
Director sugerido Mg. Mario Eduardo Moyano Moyano			
Teléfono celular 0999767039		Correo electrónico mariomcy@uazuav.edu.ec	
Tribunal designado (de acuerdo a la normativa de la Facultad)			
Fechas de Aprobación		Junta académica: MM/DD/AÑO	
		Consejo de Facultad: MM/DD/AÑO	

DATOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN	
Línea de Investigación: Evaluación Psicológica	Código 313
Tipo de trabajo	
<input checked="" type="checkbox"/> Proyecto de investigación	<input type="checkbox"/> Proyecto integrador
<input type="checkbox"/> Estudio comparado	<input type="checkbox"/> Propuesta metodológica
<input type="checkbox"/> Producto artístico	<input type="checkbox"/> Dispositivo tecnológico
<input type="checkbox"/> Plan de negocios	<input type="checkbox"/> Proyecto técnico
<input type="checkbox"/> Trabajo experimental	
Título propuesto: Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto.	
Estado del Proyecto:	Nuevo

2. CONTENIDO

2.1 Resumen

¹Propuesta realizada por Caroline Avila, con base al documento presentado por el Consejo Académico y al protocolo de diseño de tesis elaborado por Gustavo Chacón.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

2. CONTENIDO

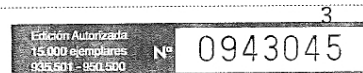
2.1 Resumen

Hoy en día existe un enorme interés por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) debido al porcentaje elevando de adolescentes afectados por este fenómeno, a pesar de ello, es importante indicar que en el Ecuador no existen cifras generales sobre su prevalencia en dicha población pues no es considerado como problema de salud pública. Se pretende realizar una investigación cuantitativa en dos unidades educativas de la ciudad de Cuenca para calcular el porcentaje de adolescentes que presentan o están en riesgo de padecer un TCA, para ello se utilizaran las herramientas psicológicas EDI-II y EAT-40 con su debido consentimiento para preservar la integridad de los estudiantes. Con esto se espera dejar las bases para estudios posteriores que abarquen poblaciones más amplias y se desarrollen planes de intervención terapéutica pertinentes.

2.2 Problemática

En la ciudad de Cuenca no existen investigaciones orientadas a conocer el porcentaje de adolescentes afectados o con riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. La mayoría de los casos son detectados de manera tardía, es decir, cuando se desarrolla un cuadro completo o incluso cuando existen consecuencias irremediables para la vida de los adolescentes.

Esta patología presenta una alta comorbilidad con el abuso de múltiples drogas, trastornos del estado de ánimo, falta de habilidades sociales y baja autoestima; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos trastornos son la tercera causa de



muerte en adolescentes después de los accidentes de tránsito y la adicción a drogas (Donoso, 2018).

2.3 Estado del Arte y Marco Teórico

Entre los temas que abordan esta investigación se encuentran:

El artículo “Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase”, publicado en el año 2010 se propuso estimar la prevalencia de trastornos alimentarios y posteriormente comparar hábitos, conductas y actitudes alimentarias, así como el grado de satisfacción con la imagen corporal que presentan mujeres y varones de escuelas medias de Buenos Aires. Los resultados que arrojó esta investigación son que una proporción significativamente mayor de mujeres presenta un TCA, además, se encontró que los hombres puntuaron alto en la escala de “perfeccionismo” según los resultados del EDI-II (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010).

Según un artículo publicado en la Revista chilena de nutrición en el año 2007, se realizó un estudio para detectar actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. Para la investigación se aplicó el cuestionario EAT 40, el test de imagen corporal y el cálculo del índice de masa corporal. Finalmente, de acuerdo al análisis de los resultados, se confirmó que las estudiantes mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria y la mayoría presentó un estado nutricional normal, además, se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra general (Behar, Alviña, González, & Rivera, 2007).

Un estudio investigativo realizado por Estefanía González (2016), en la ciudad de Cuenca, encontró que el 19% de la población está en riesgo de padecer algún



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

trastorno de la conducta alimentaria, de igual modo, se comprobó que si existe relación entre la preocupación por la imagen corporal y la presencia de dietas en adolescentes, por lo tanto, la autora concluye que es indispensable continuar con estudios epidemiológicos más profundos.

Los TCA son alteraciones vinculadas con la ingesta de alimentos, en los que existen patrones distorsionados bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo, como respuesta a un impulso netamente psíquico. Los tipos principales de TCA, son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones, sin embargo, es necesario considerar a la obesidad, ya que muchas veces este puede ser un factor asociado para que se desarrolle un cuadro clínico (Vidal & Mayor, 2009).

Como cualquier otro síndrome psiquiátrico, son enfermedades multicausales, sin embargo, en los últimos quince años la génesis asociada a los TCA ha sufrido un cambio significativo, en el que los factores genéticos se sitúan en primer orden, mientras que los factores ambientales y culturales pasan a un segundo orden. Según Georgina Alcaraz (Notimex, 2019), es una de las enfermedades mentales con alto porcentaje de mortalidad que afecta alrededor de setenta millones de personas en el mundo. Es importante señalar que los TCA conllevan graves complicaciones tanto fisiológicas, psicológicas, sociales y familiares, que impiden que el individuo pueda desenvolverse de forma apropiada en los distintos ámbitos de su vida (Peralta, 2019).

La Anorexia Nerviosa (AN) es una alteración caracterizada por una pérdida de peso significativa, inducida o mantenida por el individuo, esto se lleva a cabo mediante

5



la restricción de alimentos, existe de igual modo un miedo intenso a ganar peso o conductas excesivas para evitar engordar. Además, se presenta una distorsión en la forma de percibir su peso y silueta, acompañada de una autoevaluación inapropiada y persistente. Según el CIE-10 existe una evidencia de factores socio culturales, biológicos, psicológicos y una vulnerabilidad de la personalidad asociados al desarrollar AN. Una forma de medir la gravedad de este cuadro, es mediante el cálculo del índice de masa corporal (Organización Mundial de la Salud, 1999). En el DSM-V se habla de una restricción del consumo de alimentos que lleva a un peso corporal significativamente bajo, a diferencia del DSM-IV que únicamente se considera un rechazo a mantener un peso corporal normal. El segundo criterio dentro del DSM-V es un miedo intenso a ganar peso, convertirse en obeso y se incluye una conducta persistente para evitar ganar peso, la que no estaba suscrita en el DSM-IV. El criterio C no varía en ninguna de las dos versiones, este se refiere a la alteración de la preocupación del peso o silueta, exageración de la autoevaluación y negación del peligro social. En el DSM-V elimina la consideración de presentar amenorrea como un criterio diagnóstico (C. & Treasure, 2011).

En cuanto a la Bulimia Nerviosa (BN), es un trastorno caracterizado por episodios de atracones, en los que se ingiere una gran cantidad de alimentos en poco tiempo y manteniéndolo en secreto. Existen conductas compensatorias posteriores al atracón, que incluyen vómitos y/o maniobras de purga o ejercicio excesivo. Los criterios para diagnosticar BN, tanto en el DSM-IV como en el DSM-V no varían a excepción del criterio C, que considera que los atracones y las conductas compensatorias se presentan al menos una vez a la semana por un periodo de tres meses. En cuanto al criterio A se habla de la presencia de atracones recurrentes, el



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

criterio B, se refiere a conductas compensatorias de forma reiterada con el propósito de no ganar peso. Por último, el criterio D especifica una autoevaluación exagerada del peso y silueta. Este cuadro es multifactorial, pero se puede considerar como una secuela de la AN persistente (C. & Treasure, 2011).

El Trastorno por Atracones se caracteriza por una ingesta de grandes cantidades de comida, en un periodo corto de tiempo, de igual modo, existe una falta de control sobre lo que se ingiere y generalmente, esta conducta se la realiza en secreto por la vergüenza y culpa que conlleva. Para recibir el diagnóstico de trastorno por atracones es necesario que se presente un atracón, una vez a la semana, durante 3 meses. Este se diferencia de la BN, debido a la ausencia de conductas compensatorias seguidas del episodio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

La adolescencia es un periodo vital que ocurre entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento, mientras la pubertad es un periodo que consta de cambios biológicos, la adolescencia supone una construcción social con cambios apresurados que afectan a aspectos biopsicosociales. Esta es considerada como una etapa crucial para el desarrollo del individuo, y supone cuatro hitos importantes como son la independencia de los padres, relación con sus pares, incremento de la importancia de la imagen corporal y desarrollo de la propia identidad (Diz, 2013).

El hito más importante de la adolescencia es el desarrollo de la identidad, todo ser humano por el mismo hecho de pertenecer a una sociedad necesita ser reconocido y aprobado por la misma, por lo tanto, el adolescente se encuentra en una búsqueda imperiosa por saber quién es (Ives, 2014). Tomando en cuenta la vulnerabilidad de los

7
Edición Autorizada
15.000 ejemplares
936.501 - 950.500 N° 0943043

adolescentes existen factores críticos para el desarrollo de TCA, dentro de los cuales están los biológicos como la edad, el sexo, la etnia y el índice de masa corporal (IMC), pero también se encuentran los culturales y psicológicos, entre los que destacan el autoconcepto, la autoestima y la influencia directa de familiares e iguales (Trujano, y otros, 2010).

Gómez (Gilda, 1997) habla sobre la importancia de determinantes culturales como las normas de belleza, las exigencias de la moda y las presiones asociadas al rol de género. En la actualidad una de las normas culturales que sobresale es el hecho de ser delgada o delgado para alcanzar popularidad y aceptación social (Merino, 2006). Los valores y normas asociados a la imagen corporal se difunden a la sociedad a través de los medios de comunicación, los cuales incitan a la preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, deseo de aprobación y en mayores instancias un mayor riesgo de padecer TCA debido a que los adolescentes se comparan con imágenes o modelos marcados por estereotipos asociados a aprobación, felicidad, éxito y atractivo visual (Vaquero, Alacid, Muyor, & López, 2013).

Todas las personas están expuestas a las presiones sociales, pero existen algunos sujetos que tienen mayor vulnerabilidad de que su conducta se vea influenciada y por ende alterada. Por ejemplo, las personas con rasgos obsesivos pueden desarrollar nuevos cuadros como la Ortorexia que es una preocupación patológica por la comida sana, que lleva a consumir exclusivamente alimentos de agricultura ecológica y por otro lado la Vigorexia que hace referencia a la práctica excesiva de ejercicio físico para ganar masa magra y no grasa (Sánchez & Moreno, 2007).



2.5 Objetivo general

Conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto.

2.6 Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en base a los cuestionarios EDI-II y EAT-40 en una institución particular mixta y una institución fiscal mixta
- Analizar la relación entre las conductas alimentarias y datos sociodemográficos de la población sujeta a estudio.
- Socializar los resultados obtenidos en las instituciones

2.7 Metodología

- Esta investigación es de tipo **no experimental** debido a que únicamente se evaluará una muestra de individuos para luego describirlos y analizarlos sin manipular variables en un entorno, además tiene un enfoque **cuantitativo, transversal en el tiempo y con alcance descriptivo.**
- El universo de este estudio está conformado por alumnos de dos colegios de la ciudad de Cuenca, un colegio particular mixto y un fiscal mixto; la muestra está constituida por 300 alumnos, de los cuales 150 estudian en un colegio particular mixto y los otros 150, en un colegio fiscal mixto, esta muestra está determinada en base a varios criterios de inclusión: adolescentes entre 15 y 18 años, alumnos de un

colegio fiscal mixto y particular mixto, que estén cursando entre 1ro y 3ro de bachillerato. Por otro lado, los criterios de exclusión son que los estudiantes no presenten una discapacidad ya sea física o mental, que sean menores a 15 años y mayores a 18 años y que no hayan firmado las cartas de consentimiento.

Se realizará un documento de confidencialidad y consentimiento para los padres; y un documento de asentimiento por parte de los estudiantes, en donde se detallará que no se divulgarán datos personales, que la participación es voluntaria y que la información proporcionada tiene únicamente una finalidad académica.

2.8 Instrumentos y procedimiento

A continuación, se describe el procedimiento y los instrumentos que se usarán para la recolección y análisis de datos:

En primer lugar, los alumnos llenarán una ficha sociodemográfica en la que constan datos como edad, peso, estatura, nivel de escolaridad, género, número de dietas realizadas, grado de satisfacción corporal, situación familiar y socioeconómica (Anexo 1).

En segundo lugar, se aplicará en formato grupal el instrumento, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II) que proporciona datos sobre aspectos psicológicos y conductuales de los TCA, consta de 91 reactivos, categorizados en 11 escalas (deseo de delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert de seis niveles: nunca (0), pocas veces (1), a veces (2), a menudo (3), casi siempre (4) y siempre (5). Cada escala presenta una puntuación continua y mientras mayor es la puntuación obtenida, mayor es la



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

En segundo lugar, se aplicará en formato grupal el instrumento, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II) que proporciona datos sobre aspectos psicológicos y conductuales de los TCA, consta de 91 reactivos, categorizados en 11 escalas (deseo de delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert de seis niveles: nunca (0), pocas veces (1), a veces (2), a menudo (3), casi siempre (4) y siempre (5). Cada escala presenta una puntuación continua y mientras mayor es la puntuación obtenida, mayor es la manifestación del rasgo evaluado. Se considera ausencia de patología para las puntuaciones entre 5 y 15; las puntuaciones entre 15 y 20 dan señales de un nivel moderado de patología; las puntuaciones entre 21 y 24 marcan una patología de riesgo y por último, las puntuaciones de 25 o mayores son indicadores de una patología severa. En un estudio para evaluar las propiedades psicométricas del EDI-II, las escalas presentaron un alfa Cronbach entre 0,58 y 0,83, y se obtuvo evidencias de validez factorial con ocho factores que explicaron 38.5% de varianza, y de validez interna con correlaciones altamente significativas entre las escalas, lo que muestra que este test es una herramienta válida para valoración en la detección precoz de TCA (Urzúa, Castro, Lillo, & Leal, 2009) (Anexo 2).

El test Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) consta de 40 reactivos para evaluar síntomas y conductas típicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se agrupan en 7 factores (conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer

11



a escondidas y presión social) (Ríos, 2009). Cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert que consta de seis niveles que van desde nunca a siempre. Los niveles de riesgo bajo se asocian a una puntuación menor o igual a 20, los niveles de riesgo medio se asocian a una puntuación entre 21 y 30, por último, los niveles de riesgo elevado se sitúan en puntuaciones iguales o superiores a 31. En un estudio para evaluar la validez y confiabilidad del EAT-40 se mostraron resultados satisfactorios a nivel de la estructura factorial (3 factores) y alfa de Cronbach ($\alpha=.889$), además, se encontraron buenas propiedad de discriminación a través de los puntos de corte 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%), en los que se evidenció que el eat-40 discrimina a personas con y sin diagnóstico de TCA de manera adecuada (Salazar, 2012) (Anexo 3).

En tercer lugar se utilizará el programa SPSS-23 para realizar la descripción de los datos mediante tablas de frecuencia y tablas cruzadas.

Finalmente, después de analizar los resultados obtenidos de acuerdo a las hipótesis planteadas, se compartirán los mismos con los directivos correspondientes a cada institución; de igual modo se realizará una socialización con los estudiantes sobre los resultados obtenidos y posteriormente se llevará a cabo una charla psicoeducativa para profundizar temas importantes relacionados a los TCA.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

3. PLAN DE TRABAJO

3.1 Esquema tentativo

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

1.1 Características del desarrollo en adolescentes de 15 a 18 años

1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.3 Anorexia Nerviosa

1.4 Bulimia Nerviosa

1.5 Etiología y Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.6 Sintomatología de los TCA en Fases Tempranas

1.7 Riesgos y Complicaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.8 Cuestionarios para evaluar Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

CAPÍTULO 2

2 METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.1 Tipo de investigación

2.2 Planteamiento del problema

2.3 Objetivo general

2.4 Objetivos específicos

2.5 Nivel de investigación

2.6 Descripción de la población y la muestra

2.7 Ficha Sociodemográfica y cuestionarios para evaluar Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

2.8 Procedimiento

2.9 Análisis de resultados

2.10 Socialización de resultados

CAPÍTULO 3

3 DISCUSIÓN

CONCLUSIONES GENERALES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

13

Edición Autorizada
15.000 ejemplares
935.501 - 950.500

Nº

0943040

3.2 Resultados esperados

Se espera mediante esta investigación conocer la prevalencia de Anorexia y Bulimia en una población de la ciudad de Cuenca. De igual modo se espera conocer a que personas afecta más, si a hombres o mujeres; por otro lado, los resultados pueden dar señales de personas en riesgo de presentar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Estos datos serán presentados en cuadros comparativos, tablas cruzadas y se utilizará el software SPSS-23

Finalmente con los resultados extraídos de la investigación y con el análisis posterior, en el caso de detectar un trastorno de la conducta alimentaria o señales de riesgo, se pretende hacer uso de un plan de contingencia dentro de las instituciones educativas, el cual consta de: informar al departamento de psicología de la unidad educativa y posteriormente a los padres de familia, brindar alternativas tanto de tratamientos como de profesionales dentro del área, por último, una psicoeducación y discusión con los estudiantes y profesores sobre la problemática expuesta.

3.3 Supuestos y riesgos

Un riesgo que puede tener la investigación es que no nos permitan realizar las encuestas en alguno de los colegios, si es el caso, se optará por buscar otro, con las características similares.

Otro punto crítico es que las personas a quienes se pretende aplicar los test no acepten o al mismo tiempo, que estas personas no asistan, para ello se solicitará a otros estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.



Como es propio de estos Trastornos de la Conducta Alimentaria, es posible que las personas padecen estos cuadros, no sean conscientes de los mismos, por lo tanto, la información puede verse sesgada; sin embargo, se va a utilizar una carta de confidencialidad para motivar a que la información brindada sea lo más confiable posible.

Si en los resultados se encuentran índices elevados de adolescentes con TCA o con riesgo de padecer los mismos, se tomará como medidas de acción la socialización oportuna de los resultados, tanto a los directivos de la instituciones educativas, como a los estudiantes de las mismas y posteriormente se realizará un programa psicoeducativo breve a los estudiantes sobre la temática.

3.4 Cronograma

Objetivo Específico	Actividad	Resultado esperado	Tiempo (semanas)
• Identificar datos sociodemográficos de la población sujeta de estudio.	Hacer una revisión bibliográfica sobre los factores sociodemográficos asociados a los TCA.	Conocer los factores sociodemográficos que han sido sujetos a mayor investigación en el marco de los TCA.	Semana 1
	Realizar una ficha sociodemográfica con los factores a investigar.	Una herramienta que permita vincular los datos sociodemográficos con las conductas alimentarias y su prevalencia.	Semana 2
	Realizar un oficio de solicitud en dos colegios mixtos de la ciudad de Cuenca: uno particular y uno fiscal	Aprobación del permiso	Semana 3
	Aplicar la ficha sociodemográfica a la	Obtener los aspectos sociodemográficos	Semana 4

	población sujeta de estudio.	característicos de cada sujeto de estudio.	
	Seleccionar la muestra utilizando los criterios de inclusión y exclusión	Obtener la muestra de un total de 300 participantes	Semana 5
<ul style="list-style-type: none"> Conocer la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en base a los cuestionarios EDI-II y EAT-40. 	Revisar bibliografía relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria	Que nos permita tener una idea clara sobre los TCA, lo que nos llevaría a identificar a qué población afecta más	Semana 6,7,8 y 9
	Coordinar los horarios para la aplicación de las encuestas con los colegios aprobados	Tener una fecha específica para la aplicación	Semana 10
	Aplicar la batería de test a la población en las fechas estimadas	Aplicar un total de 300 test	Semana 11 y 12
	Calificar los test	Obtener el porcentaje de personas con TCA y/o riesgo de padecer algún TCA	Semana 13, 14 y 15
<ul style="list-style-type: none"> Analizar la relación entre los hábitos, conductas alimentarias y prevalencia de acuerdo a los aspectos sociodemográficos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 	Utilizar el software SPSS-23 para la tabulación y comparación de los datos	Identificar el índice de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en los adolescentes	Semana 16, 17 y 18
	Descripción de los datos tabulados	Conocer las poblaciones más afectadas por la problemática	Semana 19, 20 y 21.
	Entrega de la tesis	Conocer la fecha de sustentación de tesis	Semana 22



3.5 Presupuesto y Financiamiento

Rubro-Denominación	Costo USD	Justificación ¿para qué?
Computadoras	1000\$	Para buscar información, tabular datos, resultados, realizar oficios, para llevar a cabo la tesis.
Internet	300\$	Búsqueda de material informativo
Test	Edi-II 169\$ Eat-40 120\$	Método para identificar las personas con un TCA
Copias de test	5\$	Para aplicar a cada individuo
Impresión de la tesis	30\$	Entregar al tribunal
transporte	60\$	Para acudir a los colegios, reunión para revisar información
Alimentación	360\$	Trabajar horarios seguidos, minimizar el tiempo de reunión, evitando transporte innecesario
Luz eléctrica	40\$	Energía para computadoras, luz para calificar los test
Honorarios	432\$	Tiempo y conocimiento de los estudiantes
Total	2516\$	

4. REFERENCIAS Y ANEXOS

Referencias

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. España : Editorial Médica panamericana.

C., P. C., & Treasure, D. J. (2011). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: DESCRIPCIÓN Y MANEJO . *Revista Médica Clínica Las Condes vol 22*, 85-97.

Dianne Neumark-Sztainer, P., Mary Story, P., Hannan, P. J., & al, e. (2002). Weight-Related Concerns and Behaviors Among Overweight and Nonoverweight Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 171-178.

17



- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del Adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. En *Pediatría Integral* (págs. 88-93). Santiago de Compostela.
- Errandonea, I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes* volume 23, 165-171.
- G, C. L., & DRA., J. T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes* Volume 22, 85-97.
- Gilda, G. P. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista mexicana de psicología* , 31-40.
- Ives, L. E. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* volume 2, 14-18.
- Merino, M. (2006). *Trastorno de la imagen corporal en preadolescentes: perspectiva de género*. México.
- Notimex. (30 de Mayo de 2019). Trastornos Alimentarios afectan sin distinguir condición social o género. *El Comentario*.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*.
- Peláez Fernández, M. Á., Labrador Encinas, F. J., & Raich Escursell, R. M. (2 de Julio de 2005). *redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56050204.pdf?fbclid=IwAR3BuHvvFU1Hg88Ey1UigXZQvSca3gD3Xq-ypjjZuiTPIZTD TaozeF6bLBE>
- Peralta, A. S. (3 de Abril de 2019). *Eres mamá* . Obtenido de https://eresmama.com/trastornos-alimentarios-en-adolescentes/?fbclid=IwAR15II-1bayusGVrmtA0XEeyklIBNIDj_Fiw010Y6Tmk-paEAQ9weOMWFCg
- Ríos, P. B. (2009). Cuestionarios, Invenatrarios y Escalas . En P. B. Ríos, *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (págs. 1981-2007). Sevilla.
- Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. (2007). ORTOREXIA Y VIGOREXIA: ¿NUEVOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA? . En *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (págs. 457-482).
- Trujano, P., Nava, C., Gracia, M. d., Limón, G., Alatraste, A. L., & Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología* , 280-286.
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López, P. Á. (2013). Imagen Corporal; revisión bibliográfica . *Scielo*.
- Vidal, A. L., & Mayor, R. V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr. Hosp. vol.24 no.6*, 661-666.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Anexos

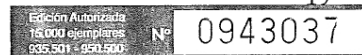
Anexo 1. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Datos personales

- Nombre y Apellido: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Edad: _____ Peso en kg: _____ Estatura en cm: _____
- Género: _____ Lugar de nacimiento: _____
- Lugar de residencia/zona rural o urbana: _____
- Unidad educativa: _____ Curso actual: _____
- Situación socioeconómica: Alta _____ Media _____ Baja _____
- Situación familiar:
 - Usted vive con: _____
 - Número de hermanos: _____
 - Posición dentro de los hermanos según el orden nacimiento: _____
 - Situación de los padres (casados, divorciados, separados, unión libre, padre/madre soltero/a, viudos, radicados en el exterior, otro): _____
En el caso de haber elegido otro, indique cuál: _____
 - Enfermedades físicas o mentales, ya sean actuales o pasadas de los padres: _____
 - Nivel de Instrucción y ocupación del padre: _____
 - Nivel de Instrucción y ocupación de la madre: _____
- Usted se siente satisfecho/a con su cuerpo: SI _____ NO _____
Si eligió NO, indique por qué: _____
- Padecimiento actual o pasado de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria: Si _____ No _____
- Usted ha realizado algún tipo de dieta
Si _____ No _____

19



En caso de haber marcado SI, especificar de qué tipo y la duración de la misma: _____

Anexo 2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

EDI-2

0 1 2 3 4 5
 Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

- | | |
|--|--|
| 1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme. | 16. Me siento solo en el mundo. |
| 2. Creo que mi estómago es demasiado grande. | 19. Me siento satisfecho con mi figura. |
| 3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro. | 20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida. |
| 4. Suele comer cuando estoy disgustado. | 21. Suele estar confuso sobre mis emociones. |
| 5. Suele hartarme de comida. | 22. Preferiría ser adulto a ser niño. |
| 6. Me gustaría ser más joven. | 23. Me resulta fácil comunicarme con los demás. |
| 7. Pienso en ponerme a dieta. | 24. Me gustaría ver toda la vida. |
| 8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes. | 25. Exaguro o doy demasiada importancia al peso. |
| 9. Pienso que mis músculos son demasiado gruesos. | 26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento. |
| 10. Me considero una persona poco eficaz. | 27. Me siento incapaz. |
| 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso. | 28. He ido a comidas en las que sentí que no podía parar de comer. |
| 12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado. | 29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. |
| 13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes. | 30. Tengo amigos íntimos. |
| 14. La infancia es la época más feliz de la vida. | 31. Me gusta la forma de mi traseña. |
| 15. Soy capaz de expresar mis sentimientos. | 32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada. |
| 16. Me aterroriza la idea de engordar. | 33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior. |
| 17. Confío en los demás. | 34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás. |

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

	0	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
33	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.			37	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	
36	Me fastidia no ser el mejor en todo.			38	Pienso en vomitar para perder peso.	
37	Me siento seguro de mí mismo.			39	Necesito mantener cierta distancia con la gente, me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	
38	Suelo pensar en darme un atracón.			40	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	
39	Me alegro haber dejado de ser un niño.			41	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	
40	No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.			42	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	
41	Tengo mala opinión de mí.			43	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos.			44	Creo que mi futuro es demasiado grande.	
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.			45	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.			46	Como o bebo a escondidas.	
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.			47	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.			48	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	
47	Me siento hinchado después de una comida normal.			49	Cuando estoy disgustado, como empezando a comer.	
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.			50	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.			51	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	
50	Me considero una persona valiosa.			CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE		
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.					

0 1 2 3 4 5
 Nunca Pocas veces A veces A menudo Casi siempre Siempre

- | | |
|--|--|
| 67 La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable. | 77 Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira. |
| 68 Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales. | 78 Creo que la gente confía en mí tanto como merezco. |
| 69 Suele sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo. | 79 Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol. |
| 70 Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento. | 80 Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo. |
| 71 Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer. | 81 Los demás dicen que me llevo con facilidad. |
| 72 Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas. | 82 Tengo la sensación de que todo me sale mal. |
| 73 Soy comunicativo con la mayoría de la gente. | 83 Tengo cambios de humor bruscos. |
| 74 Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado. | 84 Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo. |
| 75 La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente. | 85 Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás. |
| 76 La gente comprende mis verdaderos problemas. | 86 El sufrimiento te convierte en una persona mejor. |
| 77 Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza. | 87 Sé que la gente me aprecia. |
| 78 Comer por placer es signo de debilidad moral. | 88 Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo. |
| | 89 Creo que realmente sé quién soy. |

FIN DE LA PRUEBA



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

Nº	Respuestas					Puntaje
	0	1	2	3	4	
1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5
24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5
32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5
47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5

Respuestas del estudiante

NOTA DEL ESTUDIANTE EN EL EXAMEN

TER... Edición Autorizada 19.000 ejemplares 955.501-950.500

Edición Autorizada 19.000 ejemplares 955.501-950.500	Nº	0943035
--	----	---------

Anexo 3. Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)

Cuestionario EAT (40)

Ponga una X en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste con la mayor sinceridad cada pregunta.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Pocas veces	Nunca
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nerviosa cuando se acercan las horas de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuero no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento llena después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más						

25

Edición Autorizada
15.000 ejemplares
935 601 - 930 600

Nº 0943034

delgada						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						



32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 4. Carta de consentimiento por parte de los padres de familia

**Carta de confidencialidad y consentimiento informado para Padres de Familia
Documento de consentimiento informado
Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes**

Los estudiantes de la Universidad del Azuay, Bernarda Camila Sarmiento Ríos y Juan Andrés Loja Paucar, bajo la tutoría del Mg. Mario Moyano llevarán a cabo una investigación sobre la Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de los 15 a 18 años de edad en dos unidades educativas de la ciudad de Cuenca.

El objetivo de esta información es que tanto estudiantes como sus padres puedan tomar la decisión de participar o no de este estudio tomando en cuenta la importancia de conocer el número de adolescentes afectados por esta problemática y a su vez incrementar la consciencia en la población sobre la detección de señales tempranas que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

El procedimiento consiste en que el estudiante responderá dos cuestionarios sobre la temática detallada anteriormente, el tiempo aproximado de aplicación es de una hora y se aplicará dentro de las instalaciones educativas.

Es importante indicar que esta información será únicamente tomada para fines académicos, por lo tanto, no se divulgará la información de forma escrita o verbal con un tercero ajeno a la investigación.

El departamento de psicología de la institución está en conocimiento y ha autorizado la participación de los estudiantes en este estudio.

Yo _____, representante de _____, después de conocer el fin de la investigación, autorizo la participación de mi hijo/a en la recolección y análisis de datos propuesta.

Firma



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Anexo 5. Carta de Consentimiento por parte de los estudiantes

Carta de confidencialidad y Asentimiento informado para Estudiantes

Documento de consentimiento informado

Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes

Los estudiantes de la Universidad del Azuay, Bernarda Camila Sarmiento Ríos y Juan Andrés Loja Paucar, bajo la tutoría del Mg. Mario Moyano llevarán a cabo una investigación sobre la Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de los 15 a 18 años de edad en dos unidades educativas de la ciudad de Cuenca.

El objetivo de esta información es que tanto estudiantes como sus padres puedan tomar la decisión de participar o no de este estudio tomando en cuenta la importancia de conocer el número de adolescentes afectados por esta problemática y a su vez incrementar la consciencia en la población sobre la detección de señales tempranas que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

El procedimiento consiste en que el estudiante responderá dos cuestionarios sobre la temática detallada anteriormente; el tiempo aproximado de aplicación es de una hora y se aplicará dentro de las instalaciones educativas.

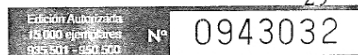
Es importante indicar que esta información será únicamente tomada para fines académicos, por lo tanto, no se divulgará la información de forma escrita o verbal con un tercero ajeno a la investigación.

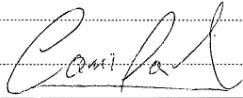
El departamento de psicología de la institución está en conocimiento y ha autorizado la participación de los estudiantes en este estudio.

Yo _____, estudiante de la Unidad Educativa _____, en la fecha _____, después de conocer el fin de la investigación, autorizo a que se me apliquen los cuestionarios para la recolección y posterior análisis de datos.

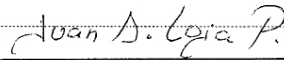
Firma

29

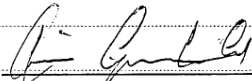




Firma de responsabilidad (estudiante)



Firma de responsabilidad (estudiante)



Firma de responsabilidad (director sugerido)

Fecha de entrega: 02/14/2020

Anexo 2. Carta de Confidencialidad y Asentimiento Informado

Carta de confidencialidad y Asentimiento informado para Estudiantes

Documento de consentimiento informado

Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes

Los estudiantes de la Universidad del Azuay, Bernarda Camila Sarmiento Ríos y Juan Andrés Loja Paucar, bajo la tutoría del Mg. Mario Moyano llevarán a cabo una investigación sobre la Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años de edad en dos unidades educativas de la ciudad de Cuenca.

El objetivo de esta información es que tanto estudiantes como sus padres puedan tomar la decisión de participar o no de este estudio tomando en cuenta la importancia de conocer el número de adolescentes afectados por esta problemática y a su vez incrementar la consciencia en la población sobre la detección de señales tempranas que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

El procedimiento consiste en que el estudiante responderá dos cuestionarios sobre la temática detallada anteriormente, el tiempo aproximado de aplicación es de una hora y se aplicará dentro de las instalaciones educativas.

Es importante indicar que esta información será únicamente tomada para fines académicos, por lo tanto, no se divulgará la información de forma escrita o verbal con un tercero ajeno a la investigación.

El departamento de psicología de la institución está en conocimiento y ha autorizado la participación de los estudiantes en este estudio.

Yo _____, estudiante de la Unidad Educativa _____, en la fecha _____, después de conocer el fin de la investigación, autorizo a que se me apliquen los cuestionarios para la recolección y posterior análisis de datos.

Firma

Anexo 3. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Datos personales

- **Nombre y Apellido:** _____
- **Fecha de nacimiento:** _____
- **Edad:** ____ **Peso en kg:** ____ **Estatura en cm:** ____
- **Género:** _____ **Lugar de nacimiento:** _____
- **Lugar de residencia/zona rural o urbana:** _____
- **Unidad educativa:** _____ **Curso actual:** _____
- **Situación socioeconómica:** Alta____ Media____ Baja____
- **Situación familiar:**
 - Usted vive con: _____
 - Número de hermanos: _____
 - Posición dentro de los hermanos según el orden nacimiento:

 - Situación de los padres (casados, divorciados, separados, unión libre, padre/madre soltero/a, viudos, radicados en el exterior, otro): _____
En el caso de haber elegido otro, indique cuál:

 - Enfermedades físicas o mentales, ya sean actuales o pasadas de los padres: _____
 - Nivel de Instrucción y ocupación del padre: _____

 - Nivel de Instrucción y ocupación de la madre: _____

- **Usted se siente satisfecho/a con su cuerpo:** SI____ NO____
Si eligió NO, indique por qué: _____

- **Padecimiento actual o pasado de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria:** Si ____ No ____
- **Usted ha realizado algún tipo de dieta**
Si____ No____
En caso de haber marcado **SI**, especificar de qué tipo y la duración de la misma: _____

Anexo 4. Cuestionario EDI-II



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

EDI-2. CUESTIONARIO

Identificador _____ Fecha _____

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 siempre
------------	---------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	
5. Suelo hartarme de comida	
6. Me gustaría ser más joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterroriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	
37. Me siento seguro de mí mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41. Tengo mala opinión de mí	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	



43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91. Creo que realmente sé quién soy	

Anexo 5. Cuestionario EAT-40



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)

Identificación Fecha

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: Nunca B: Casi nunca C: Algunas veces D: Bastantes veces E: Casi siempre F: Siempre

	A	B	C	D	E	F
1.- Me gusta comer con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Me preocupo mucho por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me siento lleno/a después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Me peso varias veces al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Disfruto comiendo carne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- Cada día como los mismos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- Tengo la menstruación regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Tomo laxantes (purgantes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Como alimentos de régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.- Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.- Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.- Tengo estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.- Me comprometo a hacer régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.- Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: