

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES”**

Estudio descriptivo transversal a realizarse en los institutos de educación
básica y diversificado del casco urbano del municipio de Escuintla

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Sofía Isabel Realique Boc
Elmar Eduardo Figueroa Burgos
Edward Billy Poroj Ajxup
Juan Fernando Queléx López
Gerbert Alexander Sanchez Rodas**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2018

El infrascrito Decano y el Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

1. Sofía Isabel Realique Boc	200910336	1803760630108
2. Elmar Eduardo Figueroa Burgos	200910507	2363279170101
3. Edward Billy Poroj Ajxup	200910625	2328694210101
4. Juan Fernando Queléx López	200910662	2656563890101
5. Gerbert Alexander Sanchez Rodas	201021292	2048120700101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES"

Estudio descriptivo, transversal realizado en los institutos de educación básica y diversificado del casco urbano del municipio de Escuintla

Trabajo asesorado por la Dra. Virginia María Ortiz Pineda, co-asesorado por la Dra. Francis de Fátima Escorcia Juárez de Lambour y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintifés de julio del dos mil dieciocho

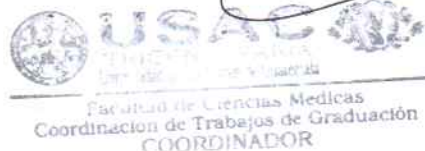
DR. MARIO HERRERA CASTELLANO
DECANO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA
COORDINADOR



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

1. Sofía Isabel Realique Boc	200910336	1803760630108
2. Elmar Eduardo Figueroa Burgos	200910507	2363279170101
3. Edward Billy Poroj Ajxup	200910625	2328694210101
4. Juan Fernando Queléx López	200910662	2656563890101
5. Gerbert Alexander Sanchez Rodas	201021292	2048120700101

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES"

Estudio descriptivo, transversal realizado en los institutos de educación básica y diversificado del casco urbano del municipio de Escuintla

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veintitrés días de julio del año dos mil dieciocho.

"ID Y ENSAÑAD A TODOS"

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Cofegado 5,950*

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 23 de julio del 2018

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Sofía Isabel Realique Boc
2. Elmar Eduardo Figueroa Burgos
3. Edward Billy Poroj Ajxup
4. Juan Fernando Queléx López
5. Gerbert Alexander Sanchez Rodas

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES"**

Estudio descriptivo, transversal realizado en los institutos de educación
básica y diversificado del casco urbano del municipio de Escuintla

Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Revisora:

Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos
Reg. de personal 20100161

Paul Antulio Chinchilla Santos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3154

Asesor:

Dra. Virginia María Ortiz Pineda

Virginia M. Ortiz P.
Medico Psiquiatra
Col. 10.824

Co-asesorado:

Dra. Francis de Fátima Escorcia Juárez de Lambour

Dra. Francis de Fátima Escorcia Juárez de Lambour
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO # 5192

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por regalarme la vida y la sabiduría para culminar esta carrera tan anhelada que un día empecé con mucho entusiasmo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA FACULTAD DE MEDICINA: Por ser mi alma mater y dejarme culminar esta ansiada carrera.

A TODOS MIS CENTROS EDUCATIVOS: Que de una u otra forma fueron el escalón para llegar a mi meta.

A MIS PROFESORES Y PROFESORAS: Por su loable tarea en la formación académica brindada.

A MIS PADRES: Amanda Boc y José Luis Realique por darme la oportunidad de poder estudiar lo que tanto deseé y por el apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de este camino, gracias por su amor y comprensión, los amo.

A MIS HERMANOS: Mynor y José Luis por brindarme su apoyo y aguantarme en mis momentos de desesperación y por darme palabras de aliento.

A MI ESPOSO: Kevin por brindarme su apoyo en los momentos en los cuales creía que ya no podía más y que con su amor demostrarme que a pesar de todas las tormentas podía continuar adelante. Te amo.

A MI HIJA: Sophie por ser mi motor y el motivo por el cual tener fuerzas para seguir a pesar de las adversidades y continuar en este camino, Te Amo Sophie.

A MIS ABUELOS: José Boc por siempre creer en mí, gracias hasta el cielo abuelito, a mis abuelos Isabel, Sofia y José por estar siempre pendiente de mí en sus oraciones a lo largo de mi carrera.

A MI MADRINA: Patricia Solís y familia por el apoyo incondicional recibido.

A MIS TÍOS, PRIMOS Y DEMÁS FAMILIA: Por creer en mí y apoyarme en todo momento, con sus palabras de ánimo a lo largo de mi carrera.

A MIS AMIGOS: Por hacer más fácil el camino que un día se veía tan largo por recorrer y que en este momento culmina.

SOFIA ISABEL REALIQUE BOC

ACTO QUE DEDICO:

Aunque nadie puede volver atrás y hacer un nuevo comienzo, cualquiera puede comenzar a partir de ahora y crear un nuevo final, por ello lleno de regocijo, esperanza y amor dedico esta tesis.

A DIOS: Por regalarme la vida cada día, brindarme salud y haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A MIS PADRES: Francisco Figueroa Marroquín y Alba Dinora Burgos Rojas (+), Por los valores que me han inculcado, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación durante mi vida y sobre todo por tener un excelente ejemplo de vida a seguir. Que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y luchar por lo que quiero.

A MIS HERMANOS: Porque directa o indirectamente han contribuido al cumplimiento de una de mis grandes importantes metas, gracias por su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes

A MI FAMILIA: Toda mi gratitud por apoyarme a seguir adelante y culminar una etapa de mi vida, gracias por compartir todos mis momentos de tristeza y alegría, y por su apoyo, sin el cual todo hubiera sido más difícil.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA FACULTAD DE MEDICINA: Por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera.

A TODOS MIS CENTROS EDUCATIVOS: Por haberme brindado la educación necesaria ya que fueron un escalón para llegar a mí meta.

A MIS PROFESORES: Les agradezco por la confianza, apoyo y dedicación de tiempo y por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobretodo su amistad.

A MIS AMIGOS: Por confiar y creer en mí y haberme brindado su amistad además de haber hecho de mi etapa universitaria una experiencia inolvidable de ser compañeros de clase ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado a seguir adelante en mi carrera profesional.

A MIS PACIENTES: Por haberme abierto sus corazones y confiar en mi contándome sus historias de vida y ser un libro abierto para mi aprendizaje.

A MI PERSONA: Por todo el esfuerzo, voluntad, esmero, ganas y perseverancia en alcanzar este logro.

ELMAR EDUARDO FIGUEROA BURGOS

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por tu amor, la fortaleza, la perseverancia y la salud para seguir adelante. Gracias por permitirme llegar a la meta.

A MIS PADRES: Paty Ajxup y Ernesto Poroj por su apoyo incondicional, su paciencia, su gran amor, por confiar en mí y por enseñarme a soñar y así lograr lo que soy. Este triunfo también es de ustedes, los amo.

A MIS HERMANOS: Hellen Poroj y Job Poroj por ser mis compañeros de vida, por luchar a mi lado y por su amor incondicional.

A MIS TIOS: Roberto, Oscar, Henry, Alex y Eleazar por su apoyo incondicional y sus consejos durante todo este tiempo.

A MIS AMIGOS: Por formar parte de esta aventura, porque esto no hubiera sido lo mismo sin cada uno de ustedes.

A MI NOVIA: Michelle Ramírez por estar siempre a mi lado, en las alegrías y tristezas. Te amo.

A MIS PADRINOS: Por compartir su conocimiento, su excelencia y sobre todo su amistad.

A MI CASA DE ESTUDIOS: Por abrirme las puertas al conocimiento, por brindarme a los mejores profesionales y amigos. Estoy y siempre estaré orgulloso de ser SANCARLISTA.

EDWARD BILLY POROJ AJXUP

ACTO QUE DEDICO:

A MI MADRE: Por confiar y creer en mí, por tu apoyo incondicional, por todos tus esfuerzos para que yo pueda llegar hasta acá, por tus enseñanzas, por ser ejemplo de lucha y perseverancia, y por ser luz en los momentos más difíciles, por tantas cosas, mil gracias madre, te amo.

A LA FAMILIA FLORES ANDRADE: Mis padres y hermanos no sanguíneos, gracias por su apoyo, por sus consejos y enseñanzas, por sus esfuerzos y por toda la ayuda que me brindaron en muchos aspectos, este triunfo también es de ustedes, los quiero mucho.

A MIS TIAS: Juana López y Cándida López, un beso y un abrazo al cielo, muchas gracias por sus consejos y por su ayuda sé que están conmigo en este lugar hoy.

A MIS AMIGOS: Gracias por ser parte de muchas aventuras durante los años que duro esta carrera, algunos por ser compañeros de batalla durante servicios y turnos, y otros por el lazo de hermandad que nos une desde el primer año de la carrera.

A MIS CATEDRATICOS: A todos aquellos Especialistas, Médicos Generales y Residentes que han compartido sus conocimientos conmigo, que han sido guía y fuente de nuevas enseñanzas y conocimientos, gracias por todo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Alma Mater, en donde se me dio la oportunidad de formarme y de realizar un sueño, por poder egresar el día de hoy de esta prestigiosa casa de estudios, muchas gracias.

JUAN FERNANDO QUELÉX LÓPEZ.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por la bendición de permitirme llegar a este punto en mi vida y por nunca abandonarme en los momentos de duda

A MIS PADRES: Juan Sanchez y Elsa Rodas por su infinito e incondicional amor, por su ferviente fe y su inalcanzable fortaleza.

A MI HERMANA: Patty por su apoyo constante, su confianza y su amor incondicional.

A MI HERMANO: Marko por cuidarme desde el cielo, porque te hice una promesa y hoy al fin la cumplo.

A MIS AMIGOS: Diana, Vicky, Carlos, Byron, Jonathan, Betza, Karen, AnaLu, Mariajose y Allisson, por su confianza y cariño.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TESIS: Billy, Elmar, Quelex y Sofi por su paciencia, apoyo y sobre todo por el gran trabajo en equipo que nos llevó a estar aquí el día de hoy.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS: de la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser la cuna de mis conocimientos y la base de mi crecimiento como profesional.

GERBERT ALEXANDER SANCHEZ RODAS

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de institutos públicos de educación básica y diversificado, del casco urbano del municipio de Escuintla, durante el periodo marzo-abril del año 2018. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal que se realizó en 217 estudiantes de 13 a 19 años, 128 (59%) de sexo femenino y 89 (41%) de sexo masculino; se aplicó el test de actitudes hacia la comida versión 26 (EAT-26) para detectar riesgo de TCA, se tomó como positiva la prueba con 20 puntos o más; se midió y peso a cada estudiante para determinar el índice de masa corporal (IMC). **RESULTADOS:** De los 217 estudiantes, 29 (13.36%) obtuvieron puntaje positivo para el test, de ellos 17 (59%) del sexo femenino; la etapa de la adolescencia más afectada por la presencia de TCA es la etapa media con 15 (52%), el primer año de educación básica es el más afectado con 9 (31%); 21 (72%) de los estudiantes con TCA viven dentro de una familia integrada. En cuanto al IMC el 38% se encontraba en infrapeso y el 41% en rango normal. **CONCLUSIONES:** Se identificó que la prevalencia general de los TCA mediante el test EAT-26 es del 13.4%, y la prevalencia por sexo es de 13.3% en estudiantes de sexo femenino y 13.5% entre los estudiantes de sexo masculino.

Palabras clave: Prevalencia, trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, adolescente.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Marco de antecedentes.....	3
2.2 Marco referencial.....	8
2.2.1 Trastornos de la conducta alimentaria.....	8
2.2.2 Anorexia nerviosa.....	9
2.2.3 Bulimia nerviosa.....	11
2.2.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	13
2.2.5 Adolescencia.....	15
2.2.6 Test de actitud hacia la comida versión 26.....	15
2.2.7 Salud mental en los adolescentes y jóvenes.....	16
2.3 Marco teórico.....	16
2.4 Marco geográfico.....	17
2.5 Marco demográfico.....	18
2.6 Marco institucional.....	18
2.7 Marco legal.....	21
3. OBJETIVOS	23
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	25
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSIÓN	43
7. CONCLUSIONES	47
8. RECOMENDACIONES	49
9. APORTES	51
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
11. ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1	Estratificación proporcional de la muestra, establecimientos del municipio de Escuintla.....	27
Tabla 4.2	Codificación de variables.....	35
Tabla 5.1	Características epidemiológicas.....	39
Tabla 5.2	Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria según EAT-26.....	40
Tabla 5.3	Resultado del test EAT-26 para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, según variables estudiadas.....	41
Tabla 11.1	Modelo Medellín anorexibulimia. Tomado y modificado.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 5.1	Distribución porcentual del índice de masa corporal de adolescentes que asisten a institutos de Escuintla durante el 2018.....	40
-------------	--	----

1. INTRODUCCIÓN

En Guatemala los trastornos de la conducta alimentaria presentan un aumento considerable que se logra identificar en una línea del tiempo del año 2005 al 2014, en donde más del 50% de casos se presentaron en el año 2012; lo anterior podría obedecer a la presión social que es influenciada por los medios de comunicación, en donde ser delgado está asociado con el éxito. Los adolescentes se encuentran en busca de la imagen perfecta que cumpla con el estereotipo planteado por la sociedad, la adopción de estas conductas alimentarias puede dar lugar al desarrollo de una mala nutrición, de no ser detectadas oportunamente. ^{1,2}

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en su departamento de epidemiología cuenta con datos globales de anorexia en todo el país y, desde el año 2012 al año 2016, se han reportado 5968 casos en todo el territorio nacional; los departamentos con mayor número de casos reportados para el 2016 son: Quiché (425), Ciudad de Guatemala (215), San Marcos (189), Alta Verapaz (191) y Escuintla (138). ²

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), se observó que los diagnósticos que se encuentran descritos en SIGSA web, fueron realizados en su gran mayoría por técnicos en salud rural y enfermeros auxiliares que son los que se encuentran en el primer nivel de atención, quienes carecen de una formación adecuada para el diagnóstico correcto de los trastornos de la conducta alimentaria de origen psiquiátrico.

La Dra. Virginia Ortíz (Sub-coordinadora del departamento Salud Mental y Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios, Guatemala, comunicación personal, 22 de agosto 2017) informa que... Solamente existen 80 psiquiatras en todo el territorio nacional, de los cuales el 95% se encuentra en la ciudad capital, y el 5% en el interior del país, siendo los departamentos de Petén, Alta Verapaz, Santa Rosa y Jutiapa los que poseen especialistas en el segundo nivel de atención

El municipio de Escuintla es el principal centro de comercio del territorio nacional, en el que se encuentran centros comerciales, bancos, servicios educativos públicos, privados y dependencias públicas; presenta una población estimada para el 2017 de 81,818 habitantes, la cual es el 25% de la población del departamento; posee similitudes a la ciudad capital en población, área urbana, alimentación, acceso a los medios de comunicación, redes sociales y comercios, lo que puede inducir a tomar una conducta alimentaria inadecuada. La población de

adolescentes representa el 15% de la población total del municipio y es el grupo etario más vulnerable a padecer trastornos de la alimentación. ^{3,4.}

Los trastornos de la conducta alimentaria ocupan uno de los primeros puestos de las afecciones psiquiátricas en la adolescencia, la edad de inicio más habitual tiene lugar entre los 14 y 18 años, rango en el que se encuentran cursando el nivel medio de educación. Por lo anterior es de importancia que las instituciones educativas y de salud conozcan la problemática referente a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, porque no se les da importancia y más aún porque no siempre se evidencia físicamente cuan afectado está el adolescente, sin embargo las complicaciones conllevarían a una afección no solo de la persona que sufre el trastorno, sino también de la familia y a largo plazo provocaría que la calidad de vida de todos se deteriora, siendo la muerte la complicación más grave. ^{1,5.}

Con relación a los datos anteriores se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de institutos públicos de educación básica y diversificada, del municipio de Escuintla durante marzo y abril del 2018? Para responder a esta pregunta se diseñó un estudio descriptivo para evaluar dichos trastornos aplicando el test EAT-26 a una muestra aleatoria y probabilística de adolescentes que estudian en institutos públicos del casco urbano del municipio de Escuintla.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

Durante los años que han pasado se han realizado investigaciones acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, algunas de estas han sido tanto en hombres como en mujeres, en establecimientos educativos de secundaria, diversificado y universidades.

Una tesis realizada en Barcelona, España en el año 2006, con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la comarca de Osona, es equiparable a la de otros estudios epidemiológicos nacionales en adolescentes escolarizados de 14 a 16 años de edad, de los grados de tercero y cuarto de educación. Fue un estudio epidemiológico transversal. Este estudio se realizó en dos fases, la primera de cribado para detectar el riesgo de trastorno alimentario y la segunda de diagnóstico mediante una entrevista clínica estructurada; la primera fase se evaluó aplicando el test Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) y la escala de Contour Drawing Rating Scale (CDRS) que evalúa la imagen corporal. Con una muestra de 2280 adolescentes, de los cuales participaron 1133 (49.7%) eran varones y 1147 (50.3%) mujeres. ⁶

En los resultados de los 2277 adolescentes con EAT-26 evaluable, 210 (9.2%), obtuvieron una puntuación igual o superior a los 20 puntos, es decir eran sujetos de riesgo de TCA, mientras que 2067 (90.8%) puntuaron por debajo del punto de corte (EAT no riesgo). Por sexos, el total de varones (n=1131), 25 (2.2%) el resultado fue igual o por encima de 20, mientras que el total de mujeres (n=1147), 185 (16.1%) obtuvieron más de 20 puntos en el test. Las mujeres tenían 8.5 veces más posibilidades de tener un EAT de riesgo de los varones. Para analizar la puntuación total media del EAT-26 por edades (14, 15 y 16 años) se aplicó la prueba de análisis de la varianza (ANOVA), encontrándose que no existen diferencias significativas ni en la población total, ni en varones ni en mujeres. La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes de 14 a 16 años de la Comarca de Osona es del 1.9%. ⁶

Un estudio realizado en Madrid, España en el año 2010 con el fin de reconocer la confiabilidad y validez en muestras de mujeres españolas del The Eating Attitudes Test (EAT-26), en la revista Española de Psicología; se analizaron dos estudios que contribuyeron a la validación de la versión española del test de actitudes alimentarias (EAT-26; Gardner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). En el estudio uno participan 778 mujeres de la población general (12-21 años). El estudio dos incluye 86 mujeres que acuden a un centro clínico con un problema de TCA y 86

mujeres de la población general (12-35 años). Los resultados del análisis de componentes principales y simultáneos, muestran una estructura unidimensional en estas puntuaciones del EAT-26. En el estudio uno, utilizando como criterio el cuestionario de diagnóstico de TCA, los resultados de un análisis ROC exploran la capacidad del EAT-26 para discriminar entre sujetos con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), sintomático o asintomático. Las puntuaciones del EAT-26 muestran aceptable especificidad, pero insuficiente sensibilidad para detectar un TCA completo o parcial. El estudio dos analiza la capacidad del cuestionario para discriminar entre sujetos con y sin TCA. El EAT-26 muestra aceptable especificidad y moderada sensibilidad para detectar un TCA. ⁷

Se realizó una tesis en Paraguay en el año 2010, con la finalidad de comparar actitudes alimentarias y satisfacción con la propia imagen corporal en mujeres universitarias de carreras afines y no afines a la salud; se realizó una investigación de diseño no experimental de dos grupos independientes, utilizando como instrumentos el Eating Attitude Test-26 (EAT-26), el Body Shape Questionnaire (BSQ), y el test de siluetas. También se obtuvo el índice de masa corporal de las participantes; se realizaron análisis descriptivos e inferenciales de correlación y comparación de los datos obtenidos. La muestra quedó conformada por un total de 198 personas. ⁸

Los resultados demuestran que el 18.27% del total de la muestra han superado los 20 puntos de corte del EAT-26 y por lo tanto son susceptibles a presentar un trastorno de la alimentación. De este total de personas con riesgo, el 50% tienen preocupación moderada o extrema por la figura corporal, y de acuerdo con el test de siluetas se demostró que la mayoría de las participantes muestra una diferencia de por lo menos dos puntos, es decir les gustaría verse dos figuras más delgadas de la que consideró como actual. Esta diferencia de dos puntos se correlaciona con una alteración de la imagen. El 47.2% de las participantes tienen algún tipo de preocupación por su imagen corporal; los resultados mostraron que no existen diferencias significativas en las actitudes alimentarias y la satisfacción con la imagen corporal en los dos grupos comparados. ⁸

En Ecuador en el año 2011, con el propósito de aplicar el modelo Precede- Procede, en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Técnico Superior Riobamba, fue un estudio con diseño no experimental, transversal, descriptivo longitudinal, con una muestra de 110 adolescentes, realizada mediante una encuesta identificando características generales de situación en salud, estado nutricional, comportamiento alimentario y condicionantes conductuales. Los principales resultados en el momento Precede indicaron que el 34.3% del grupo en estudio tienen algún grado de sobrepeso y obesidad, el 49%

de adolescentes considera que la dieta debe ser fraccionada en tres tiempos de comida, entre los conceptos de anorexia, bulimia y trastornos alimentarios lo relacionan con déficit y exceso en el consumo de alimentos con el fin de lograr una figura delgada. En el momento Procede se trabajó con base en los comportamientos a promoverse: identificar los trastornos alimentarios y su impacto en la salud de los adolescentes, identificar las características de alimentación saludable, se detectó un promedio de conocimientos correctos del 93% e incorrectos el 7%, concluyendo que la educación alimentaria nutricional en la población es un paso fundamental en el cambio del comportamiento. ⁹

En una investigación realizada en el año 2013, para identificar el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes cursantes de primero a quinto año de la carrera de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina, fue un estudio descriptivo y de corte transversal. El instrumento que se utilizó fue el test de actitudes alimenticias-26 (EAT-26). Los estudiantes presentaron un 13.3% de riesgo de padecer TCA y según la universidad a la que asistían, existe mayor o menor riesgo de presentar TCA. Con relación al estado nutricional de los alumnos se observó que aquellos que mostraron sobrepeso y obesidad presentaron mayor riesgo de padecer TCA. El estudio reflejó la gran preocupación de los estudiantes en relación con los alimentos que ingieren y la posibilidad de aumentar su peso corporal, al detectarse que pueden existir casos de alumnos de la carrera de nutrición con algún tipo de TCA, se recomendaron medidas preventivas y la derivación de los casos diagnosticados. ¹⁰

Un estudio realizado en Medellín, Colombia en el año 2013, evaluó la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26, para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA), en población femenina; fue un estudio observacional de validación de pruebas, se realizó en la ciudad de Medellín en nivel de atención comunitaria de consulta psiquiátrica mixta (pública y privada), en veinticinco mujeres con edades entre 15 y 25 años que cumplieran criterios DSMIV-TR para anorexia y bulimia nerviosa y 111 controles sin TCA. La muestra de casos fue por conveniencia y en controles, aleatoria simple. Se comparó el criterio de oro (entrevista estructurada por psiquiatra para determinar el cumplimiento o no de criterios de inclusión de caso de TCA) con el EAT-26, y al instrumento se le hizo validación cultural y semántica, validación factorial, evaluación de confiabilidad, así como determinación del mejor punto de corte por medio de la curva ROC. ¹¹

Como resultados se obtuvieron que en el EAT-26 subyacen cuatro dominios: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral. El alfa de Cronbach fue de 92.1%, y el mejor valor de corte fue de 11 y más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 85.6%). Se

concluyó que el EAT-26 modificado y abreviado es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con un adecuado valor de especificidad, apropiado para el cribado de posible TCA, en la población de riesgo y útil en atención primaria para su detección temprana en las mujeres jóvenes. ¹¹

Un estudio en el año 2015, con la intención de evaluar la validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA), en la población masculina, fue un estudio observacional de validación de pruebas. Se realizó en la ciudad de Medellín en el nivel de atención comunitaria de consulta psiquiátrica mixta (pública y privada), en 21 hombres con edad ≥ 14 años que cumplieran criterios DSM-IV-TR para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS), 93 controles sin TCA. La muestra de casos fue por conveniencia y en controles, aleatoria simple. Se comparó el criterio de oro (entrevista estructurada por psiquiatra para determinar el cumplimiento o no de criterios de inclusión de caso de TCA), con el EAT-26 y al instrumento se le hizo validación cultural y semántica, validación factorial, evaluación de confiabilidad, así como determinación del mejor punto de corte por medio de la curva ROC. ¹²

Como resultados se obtuvieron que en el EAT-26 subyacen cuatro dominios: dieta-bulimia y preocupación por comida, dieta, control oral-dieta y control oral-bulimia. El alfa de Cronbach fue de 0.89 y el mejor valor de corte el de ≥ 20 puntos (sensibilidad = 100%; especificidad = 97.8%). El valor predictivo positivo fue del 91,3% y el negativo, del 100%. Se concluyó que el EAT-26 es un instrumento multidimensional con excelentes valores de confiabilidad, sensibilidad y especificidad, ideal para el cribado de posibles TCA en la población con riesgo, y podría ser de utilidad en la atención primaria para la detección temprana en la población masculina. ¹²

En un estudio realizado en México en el año 2013, con el deseo de conocer la prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes, mediante un estudio descriptivo, transversal, se seleccionó una muestra no aleatoria a conveniencia, conformada por 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad, donde se utilizó la prueba de actitudes hacia la alimentación EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. Se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con promedio de edad de 14.02 y 13.89 años, respectivamente. El índice de masa corporal, en promedio, fue de 21.09 en hombres y de 22.69 en mujeres, que se ubicó en la categoría de sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó el 5%, según la encuesta EAT y el 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Por lo que la prevalencia de trastornos alimentarios en el grupo estudiado es significativamente baja. Las mujeres tienen

mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen.¹³

En una tesis realizada en Guatemala en el año 2001, se determinó la incidencia de escolares de 13 a 19 años de edad, que cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, inscritos en el área de básicos y diversificado, fue un estudio descriptivo realizado en el Colegio Alfredo Nobel, Instituto Federico Mora y Colegio Cristiano Elim, durante el periodo de julio- agosto del 2001. En la investigación se tomaron en cuenta los estudiantes entre las edades de 13 a 19 años, inscritos en el ciclo escolar 2001, en el Instituto Federico Mora se escogió una muestra de manera aleatoria simple, tomando 200 estudiantes, 100 mujeres y 100 hombres. En el Colegio Alfredo Nobel se encuestó a todos los estudiantes de nivel medio con un total de 109 alumnos, 46 mujeres y 63 varones. Por último, en el Colegio Elim se estudió a 186 alumnos, 102 mujeres y 84 hombres. Haciendo un total de muestra de 495 estudiantes.¹⁴

Se utilizó el test de actitud hacia la comida EAT-26. En el Instituto Federico Mora de los 200 estudiantes encuestados, el 27% cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, de los estudiantes con pruebas positivas, el 68% son mujeres y 31.48% son hombres, con una relación 2:1 mujer-hombre. En cuanto al grupo etario el más afectado es el de 17 a 18 años con un 28.5%, seguido por el de 15 a 16 años con el 27.9% y por último el de 13 a 14 años con el 26%. En el Colegio Cristiano Elim de las 102 mujeres encuestadas, el 26% tienen pruebas positivas, mientras que de 84 hombres estudiados el 12% padecen de desórdenes alimenticios, con una relación 2:1 mujer-hombre. En cuanto al grupo de edades, los estudiantes comprendidos entre los 17 y 18 años son los más afectados con el 30.4%, seguido por los jóvenes de 13 a 14 años con el 19.4%. En el Colegio Alfredo Nobel se encontró un 33.9% de estudiantes con problemas alimentarios, 48% de las mujeres y 24% de hombres. En cuanto a las edades, el grupo más afectado es el de 15 a 16 años con el 43%, seguido por el de 17 a 18 años con un 37.4% y por último el de 13 a 14 años con el 19%. De los 495 estudiantes encuestados, 128 (25%) presentaron características para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, por otro lado el sexo femenino fue el más afectado con el 67% de casos; por último, los jóvenes de 17 a 18 años son los que presentan un mayor número de casos positivos (30%).¹⁴

En Guatemala en el año 2012, se analizó la asociación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y la alteración del índice de masa corporal, en adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, de los centros educativos Colegio La Salle, INVAL e INEBE, del municipio de La Antigua Guatemala, departamento de Sacatepéquez, durante junio de 2012. El estudio fue analítico transversal realizado con una muestra de 420 estudiantes inscritos en los

niveles educativos básico y diversificado, durante el ciclo lectivo 2012. Se aplicó la prueba de actitudes alimentarias (EAT-26), a la muestra antes mencionada, tomándola como positiva un resultado de más de 20 puntos, y se detectaron 56 adolescentes con resultado positivo. Posteriormente se midió a cada estudiante en talla y peso para determinar el índice de masa corporal, tomando como alterado un valor <18.5 (infrapeso) o >25 (sobrepeso). Se encontró que de los 56 adolescentes con TCA (13.33%) el 16.57% corresponde al sexo femenino y el 11.16% al sexo masculino, siendo la etapa temprana de la adolescencia la más afectada con un 19.44%. En cuanto a la alteración del IMC se encontró un total de 113 (26.9%), adolescentes afectados siendo el sobrepeso el más común tanto en el sexo masculino (15.94%) como en el femenino (15.38%). La proporción de adolescentes con TCA es mayor en el sexo femenino y en la etapa temprana de la adolescencia; en el sexo masculino es mayor la proporción de adolescentes con alteración del IMC, siendo la etapa temprana de la adolescencia la más afectada.¹⁵

2.2. Marco referencial

2.2.1 Trastornos de la conducta alimentaria

2.2.1.1 Concepto y clasificación

Son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de alteraciones en la forma de comer por exceso o por defecto, cuyo origen radica en conflictos psicológicos no resueltos, que hace que el individuo que lo padece tenga la necesidad de mantener dicha conducta para sentirse mejor o aliviar su angustia.^{16,17}

Representan un grupo de enfermedades de gran relevancia clínica y social con graves costes personales, económicos, familiares y sociales. En conjunto son la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes.¹⁸

Estos trastornos son caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos o del funcionamiento psicosocial. Las actuales clasificaciones de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no especificados.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento “Prevención de enfermedades mentales”, en lo relacionado con “Trastornos de la conducta alimentaria” el Dr. Benedetto Saraceno plantea que:

“Las dietas y preocupaciones excesivas acerca del peso y la figura e insatisfacción corporal, son identificados como factores específicos actitudinales y comportamentales, así como influencias familiares y sociales tales como el modelamiento de conductas por parte de amigos y la glamurización de la delgadez a través de los medios masivos y la baja alfabetización de medios”. Agrega que “... variables culturales y contextuales no deben ser vistas como variables de confusión, sino como elementos esenciales de cualquier programa que se vaya a aplicar en situaciones de la vida real” y añade, “...no es sorprendente que muchas de las medidas preventivas están en armonía con los principios de equidad social, igualdad de oportunidades y cuidados para los grupos más vulnerables de la sociedad”.¹⁹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), reconoce que existen trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, la figura o imagen corporal y los alimentos. La categoría diagnóstica en el DSM-IV se llama trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se clasifican subdivididos en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANOES), los criterios diagnósticos utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) creada por la Organización Mundial de la Salud, son similares al DSM-IV, y no difieren ni en la categoría diagnóstica ni en los criterios.⁵

Cifras: la AN se presenta entre el 0.1% al 1.9% de la población general; la BN del 1% al 5% y los TCANOES del 11% al 20%. La incidencia de AN es de 8.1 por 100,000 habitantes por año y de BN de 11.4 por 100,000 habitantes, para el año 2010.²¹

2.2.2 Anorexia nerviosa

2.2.2.1 Concepto

Se define como un trastorno mental que se caracteriza por una importante y deliberada pérdida de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5), intenso temor a la obesidad y alteraciones en la percepción de la figura corporal.²¹

Es un trastorno de la alimentación que aparece con mayor frecuencia en los adolescentes, los cuales rechazan el alimento y disminuyen su ingesta, a veces hasta límites extremos. La reducción de la ingesta está relacionada con un deseo de adelgazar y con un temor patológico al aumento de peso y a la obesidad. Inicialmente puede haber un sobrepeso que justifique el deseo del sujeto de ponerse a dieta, pero posteriormente se restringe la ingesta de forma excesiva, los hábitos alimentarios se hacen anómalos y se convierten en el centro de atención y conducta del

adolescente. Además, está frecuentemente ligada a los conflictos familiares y sociales.^{17, 20, 21, 22,23, 24,25}

2.2.2.2 Diagnóstico

Según el DSM-IV, los siguientes son los criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa, los cuales se deben mostrar de manera simultánea:

1. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, considerado para la edad y la talla. Por ejemplo pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico y, fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se debe especificar si es de tipo restrictivo o purgativo. En el tipo restrictivo la persona no tiene episodios de voracidad o comportamientos purgativos (p. ej., vómito auto inducido o uso de laxantes, diuréticos y enemas). En el tipo purgativo la persona tiene comportamientos purgativos o episodios de voracidad.^{5,20.}

2.2.2.3 Complicaciones

❖ Clínicas

Detención de la madurez sexual, del crecimiento y el desarrollo físico en general. Bradicardia, hipotensión ortostática, muerte súbita, osteopenia irreversible, fracturas patológicas, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, trastornos de la motilidad gastrointestinal, infertilidad, disminución del volumen del líquido cefalorraquídeo, sustancia blanca y sustancia gris.

❖ Laboratorio

Neutropenia con linfocitosis relativa, pruebas de función hepática anormales, hipoglucemia, hipercortisolemia, hipercolesterolemia, hipercarotenemia, bajos niveles de zinc sérico, grandes trastornos de la función endocrina incluyendo disminución de triyodotironina (T3).²⁰

2.2.2.4 Comorbilidades

Se encuentran: la depresión mayor (50% al 68%), la distimia (35% al 40%), el trastorno obsesivo compulsivo (10% al 37%), el trastorno de ansiedad (60%), los cuales pueden presentarse antes, durante o después.²⁰

2.2.2.5 Pronóstico

Durante el seguimiento de la enfermedad se estima que la mortalidad es de un 8% en la población en general y un 20% en la población de alto riesgo como las modelos, bailarinas, nadadoras, gimnastas y patinadoras, ya que en este grupo el hecho de estar delgada y los patrones alimenticios que adquieren se vuelven un estilo de vida.²⁰

2.2.2.6 Factores de riesgo

Se encuentran: los antecedentes de familiares que hayan padecido de AN, obesidad, problemas alimentarios y de peso, trastorno afectivo, abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, exposición previa a eventos y circunstancias adversas. También influyen la presencia de comportamientos como el perfeccionismo, la obsesión, el cumplimiento excesivo y la baja autoestima.²⁵

2.2.3 Bulimia nerviosa

2.2.3.1 Concepto

Consiste en la ingesta compulsiva de alimentos combinados con formas inapropiadas de detener la ganancia de peso resultante. Es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose periodos de atracones durante los cuales consumen grandes cantidades de comida, en periodos cortos de tiempo. La persona intenta contrarrestar el aumento del peso, así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos auto provocados, abuso de laxantes y períodos de ayuno.

Se refiere a un cuadro clínico en el que, además de los atracones, hay una serie de síntomas como la autodepreciación, autorreproches, y sentimientos de culpa posteriores a los episodios bulímicos. Los episodios de hiperfagia, los vómitos y el uso de laxantes constituyen la tríada de síntomas que definen esta enfermedad. La ingestión de cantidades excesivas de comida, denominados atracones, sin desear hacerlo y con la sensación de pérdida del control, es la característica principal de la bulimia nerviosa.^{21, 22, 23,24}

2.2.3.2 Diagnóstico

Según el DSM-IV, los criterios que deben mostrarse de manera simultánea para hacer el diagnóstico de bulimia nerviosa son:

1. Episodios recurrentes de atracones: un episodio de atracón está caracterizado por lo siguiente: comer en un período corto de tiempo, una cantidad de comida que es definitivamente más grande que el que podría comer la mayoría de la gente durante un período de tiempo similar y bajo las mismas circunstancias. Sensación de falta de control durante el episodio (p. ej., sentir que no puede parar de comer).
2. Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes que intentan prevenir la ganancia de peso, como provocarse el vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.
3. La ingesta voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces por semana durante tres meses.
4. La autoestima está indudablemente influenciada por la imagen corporal y el peso.
5. La alteración no ocurre exclusivamente durante un episodio de anorexia nerviosa. ⁵

También se debe especificar si es de tipo purgativo o no, en el tipo purgativo la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas y en el tipo no purgativo la persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas como: el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito, ni usa diuréticos, laxantes o enemas. ⁵

2.2.3.3 Complicaciones

- Trastornos electrolíticos como hipocalcemia y alcalosis hipoclorémica, trastornos en líquidos y minerales, hipomagnesemia.
- Gastrointestinal: irritación y sangrado digestivo altos, erosión del esmalte dental.
- Agrandamiento de la parótida e hiperamilasemia.
- Trastornos tiroideos (disminución de triyodotironina).
- Cardiomiopatías, muerte súbita y debilidad de los músculos periféricos causado por el abuso de ipecacuana. Anormalidades en el intestino grueso debido al abuso de laxantes.
- La osteoporosis puede ser por diagnóstico pasado de AN.
- Amenorrea prolongada.
- También se observa bradicardia de reposo e hipotensión, déficit en el eje hipotálamohipófisis.

- Dolor precordial, edema, cambios en la piel y el pelo.
- Psicológicos: la complicación psicológica mayor es la dificultad de continuar una vida normal a causa de los distintos síntomas que puede presentar a lo largo del trastorno, afectando todas las áreas especialmente la social y familiar. ²⁰

2.2.3.4 Comorbilidades

Se encuentran: la depresión mayor (38% al 63%), los trastornos de ansiedad (57%), trastorno afectivo bipolar (12%) y trastornos de personalidad (50% al 75%). Otros trastornos más comunes son la fobia social, la fobia simple, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, farmacodependencia (49%) y abuso de sustancias (9% al 55%).²⁰

2.2.3.5 Pronóstico

Los pacientes que recibieron tratamiento hospitalario se recuperaron en un 70%, pero varían del 13% al 71%, con recaídas y complicaciones, menos del 50 % de los pacientes presentaron buen pronóstico (27%), y aproximadamente el 33% mal pronóstico. ²⁰

2.2.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

2.2.4.1 Concepto

Son un conjunto de trastornos de la conducta alimentaria, que se asemejan a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y no cumplen con todos los criterios exigidos para su diagnóstico. El más difundido y aceptado es el trastorno por atracones, que presenta las mismas características que un trastorno bulímico, pero con ausencia de conductas compensadoras. ²⁷ Los pacientes que presentan este tipo de trastorno se caracterizan por no presentar ideas fijas sobre el peso y la imagen corporal. ²¹

2.2.4.2 Criterios para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados:

Los trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TCANOES), se diagnostican en un paciente cuando los síntomas no reúnen la totalidad de los criterios para AN y BN. Se pueden citar varios ejemplos: en mujeres que cumplen todos los criterios para AN excepto amenorrea o en mujeres que a pesar de la pérdida de peso significativa y no están por debajo del rango de peso saludable. Es un diagnóstico válido para pacientes con todos los

criterios de BN excepto la frecuencia de ingesta voraz y mecanismos compensatorios. Al igual que cuando el paciente padece de ingesta voraz sin mecanismo compensatorio.⁵

Los criterios para TCANOES son los siguientes:

- TCANE 1: en mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- TCANE 2: se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- TCANE 3: se cumplen los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- TCANE 4: empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas, después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal, (ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- TCANE 5: masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- TCANE 6: “trastorno por atracón”. Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.^{21,5}

2.2.4.3 Tratamiento:

El tratamiento debe ser similar al que reciben los pacientes con trastornos de bulimia o anorexia, de acuerdo a la sintomatología. Empíricamente las estrategias que más se han estudiado están orientadas al trastorno por atracón e incluyen: consejo nutricional, manejo dietético, terapia cognitivo conductual individual o grupal y medicamentos. La mayoría de programas están orientados a la pérdida de peso, a la eliminación de los atracones y pérdida de peso como resultado secundario. Rehabilitación nutricional: los programas de control deben incluir dietas bajas en calorías para la disminución del peso y la reducción de los síntomas del desorden por atracón, casi siempre habrá ganancia de peso post-pérdida, y regresarán los patrones del trastorno por atracón, por lo que las terapias de comportamiento pueden ser útiles.

Tratamiento psicosocial: hay evidencia de que la terapia cognitivo conductual es eficaz para mejorar los comportamientos y con síntomas psicológicos. Debido a que dietas severas y restricción crónica pueden incrementar los síntomas de la depresión, ansiedad e irritabilidad, han

sido desarrolladas terapias alternativas que se enfocan en la autoaceptación, autoimagen e incrementan el movimiento físico.

Medicamentos: según la guía de práctica clínica de la APA los antidepresivos (ISRS), se asocian en corto tiempo a la reducción de los episodios de atracones, sin una significativa pérdida de peso. Además los supresores del apetito como sibutramina también parecen ser efectivos y se asocian con la pérdida de peso, aunque la presión sanguínea y frecuencia cardiaca deben ser monitorizadas.^{5,20.}

2.2.5 Adolescencia

Se caracteriza por ser un momento vital en el que suceden un gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este periodo como de un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, pensamientos, identidad y las relaciones que mantenemos con la familia y la sociedad. El término latín *adolescere*, del que se deriva el de adolescencia, señala este cambio de carácter; *adolescere* significa “crecer”, “madurar”. La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez.

Este periodo de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y, los 18-20 años aproximadamente. El amplio intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha creado la necesidad de establecer subetapas: (26) adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años, adolescencia media, 14 y 16 años y adolescencia tardía, 17 y 21 años.^{26,27}

2.2.6 Test de actitudes hacia la comida versión 26 (EAT-26)

EAT-26 (versión abreviada del EAT-40): en 1982 mediante el análisis factorial del EAT-40 se desarrolló la versión de 26 ítems de Garner, que es altamente predictiva de la versión completa. Consta de los 26 primeros ítems del EAT-40 que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral.²⁸

El test de actitudes hacia la comida en su versión 26, detecta a personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario. Evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y

patrones alimentarios restrictivos, resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de diagnosticar entre anorexia o bulimia.²⁸

2.2.7 Salud mental en los adolescentes y jóvenes

Dentro de las estrategias que se presentan en las políticas de salud, se encuentra aquella para la adolescencia y la juventud, este se contempla como eje integral y diferenciado para los adolescentes y los jóvenes, teniendo como objetivo procurar la salud integral de los mismos, con el fin de garantizar que el alcance de su bienestar sea en un marco bio-psico-social, dentro de un medio y contexto humano sano, esto respetando su género, etnia, cultura y lengua. Dentro de las acciones que se contemplan, se encuentra la salud mental, prevención de alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y otras adicciones. A su vez se contempla la salud en factores de riesgo propios de la adolescencia y juventud.^{29,30}

En Guatemala, la atención psiquiátrica a niños y adolescentes está aún sin un pleno ni adecuado desarrollo. Existen pocos psiquiatras infanto-juveniles formados en el país y fuera de él, de los cuales algunos trabajan en el ámbito institucional, en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).^{29,30}

2.3 Marco teórico

El concepto de “proyecto delgadez”, se desarrolló por el grupo de trastornos de la conducta alimentaria de la Universidad de Antioquia, en Medellín Colombia, para hacer explícito el sistema social de valores y creencias que, como una “conspiración”, inculca a las mujeres una preocupación constante por el peso y la figura corporal e induce conductas de riesgo para el desarrollo de la anorexia bulimia (ver anexo uno tabla uno). Esto promueve a la extrema delgadez femenina, favorece los intereses económicos de unas industrias que venden delgadez y también favorece los intereses del patriarcado, cuando al restringir la vida de las mujeres al objetivo único de perder peso, reduce la autoestima, el poder femenino y su participación política y social. Es por esto que las estrategias de prevención utilizadas en la última década fracasaron. La prevención de la anorexia bulimia no puede seguir enfrentándose única y exclusivamente a partir de estrategias de empoderamiento de las mujeres adolescentes, que han demostrado ser insuficientes, sino también por medio de la disminución de las presiones que genera este proyecto.²⁰

Para poder entender la causa de los trastornos de la conducta alimentaria, el modelo Medellín ha modificado el modelo clásico de diátesis estrés para los trastornos de la conducta alimentaria de Fairburn, una fórmula que se resuelve de la siguiente manera: “la anorexia bulimia (AB) será igual a la intensidad de la búsqueda de la delgadez (BD) y ésta a su vez dependerá de la intensidad del ideal delgado (I) en la cultura, más la vulnerabilidad individual (V). Expresada de la siguiente manera: $AB = i BD = i (I + V)$ “. ²⁰

Para sufrir la AB se necesita un ideal de belleza extremadamente delgado en determinada cultura representada por diferentes sectores sociales que diseminan dicho ideal estético (“proyecto delgadez”), y unas condiciones de vulnerabilidad individuales que hacen posible la internalización del ideal delgado. Esas condiciones individuales se refieren a unas características determinadas genéticamente como los rasgos de personalidad y el biotipo, y entre ellas se encuentran: la identidad de género, la obediencia social y los eventos vitales. Una vez se internaliza esta condición, se abre paso a las conductas de riesgo que poco a poco llevarán al trastorno. ²⁰

El modelo Medellín para la prevención de la anorexia bulimia, asume como fundamento intervenir tanto la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes especialmente en lo que concierne a las características del contexto, como aunar esfuerzos para contrarrestar la propagación de lo que consideramos factor cultural crucial en el origen de la enfermedad, el “proyecto delgadez”. Es imperativo evitar la aparición de la enfermedad, porque la efectividad a los tratamientos conocidos es muy baja y las consecuencias a corto y largo plazo son devastadoras. ²⁰

2.4 Marco geográfico

El municipio de Escuintla se encuentra a 58 km de la ciudad capital y se ubica al norte del departamento de Escuintla. Se encuentra a una altura de 346.91 msnm y cuenta con una extensión territorial de 332 km², sus coordenadas son: 14° 18' 03" latitud norte y 90° 47' 08" longitud oeste. Limita al norte con San Juan Alotenango, Suchitepéquez; al este con Palín, San Vicente y Guanagazapa, Escuintla; al oeste con la Democracia y Siquinalá, Escuintla; y al sur con Masagua, Escuintla. ³¹

El municipio de Escuintla cuenta con dos aldeas las cuales son: El Rodeo, Guadalupe y 14 caseríos el Carmen, Los Portales, Puentes de Palo, Santa Marta, San Miguel, El Dorado, Estrella del Sur, San José y Santa Clara, San Antonio El Calvillo, Belice, Las Chapernas, La Florida Aceituno, Disagro. ³¹

2.5 Marco demográfico

Para el año 2009 el municipio de Escuintla contaba con 144,800 habitantes, esto según datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE). De estos 144,800 habitantes, 72,951 son de sexo femenino y 71,849 son de sexo masculino (50.38% y 49.62%). ³¹

Para el año 2017 la población estimada según datos proporcionados por el INE, el municipio de Escuintla cuenta con 165,922 habitantes, siendo 84,104 habitantes de sexo femenino y 81,818 de sexo masculino (50.69% y 49.31%). ²

La pirámide poblacional corresponde a un país tercermundista en vías de desarrollo; es una pirámide de base ancha en la que los grupos de edad de 0 a 19 son los que presentan mayor población. ³¹

2.6 Marco institucional

2.6.1 Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño y Villegas”

Licda. Gladys de Granillo (Directora Instituto “Simón Bergaño y Villegas, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) ha señalado que... El instituto fue creado en el año 1954 por iniciativa de vecinos como don Abelino Abadía, bajo la administración municipal de Abrahán Rivera Herrera, se ubica en la 1° avenida 10-30 de zona 1 del municipio de Escuintla, cuenta con los grados de primero, segundo y tercero básico con un total de 561 estudiantes, se fomenta el arte mediante la escritura y la pintura, y el deporte como el futbol y el baloncesto.

2.6.2 Instituto Nacional de Educación Básica “San Pedro”

Licda. Elma Aguilar (Directora Instituto San Pedro, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) señaló que... En enero del año 2009 según resolución No.2009 se da inicio al Instituto Nacional de Educación Básica “San Pedro” el cual fue creado a través de los programas de gobierno del Ingeniero Álvaro Colon, durante sus primeros años se encontraba ubicado en el

actual edificio de la Escuela Oficial Urbana San Pedro el Pito y por eso lleva el nombre actual, posteriormente se trasladó al edificio de la Escuela para Varones José Francisco Azurdia en la zona uno del municipio de Escuintla. Cuenta con los grados de primero a tercero con un total de 281 estudiantes inscritos.

2.6.3 Instituto Nacional de Bachillerato en Electricidad de Escuintla

Lic. Víctor González (Director Instituto en Electricidad, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) manifiesta que... El instituto fue fundado en diciembre del año 2003 con el nombre de Instituto Tecnológico de Nivel Medio de Escuintla, desde su inició el plantel ha operado en diferentes edificios desde como en el Instituto por cooperativa de colonia el ferrocarrilero hasta al actual en la 11 calle 5-20 zona 1 del municipio.

En los primeros años solamente se contaba con el Bachillerato en Electricidad hasta el 2009 en donde se inició con el pensum para ciencias y letras con orientación en mecánica automotriz y el bachillerato en ciencias y letras con orientación en computación; cuenta con un total de 375 estudiantes inscritos.

2.6.4 Instituto Nacional de Educación Básica adscrito al Instituto Nacional de Perito en mercadotecnia y Publicidad

Licda. Mariela Méndez (Directora Instituto de Perito en Mercadotecnia y Publicidad, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) ha mencionado que... El establecimiento inicia su actividad educativa en enero de 1977, con el nombre de Instituto de Diversificado de Bachillerato en Mercadotecnia adscrito al Instituto Nacional Experimental de Educación Básica "Carlos Samayoa Chinchilla". Por acuerdo anterior para funcionar en adelante como Instituto Nacional de Perito en Mercadotecnia y Publicidad con el propósito de brindar una carrea más sólida y mano de obra mejor calificada a los alumnos que optan por dicha carrera educativa, además de considerar que la comunidad asistente es de escasos recursos económicos, se encuentra ubicado en la 4ta avenida 15-20 zona 4 del municipio de Escuintla, cuenta con los grados de primero a tercero básico en el jornada matutina con un total de 624 estudiantes y vespertina en el área de diversificado con Perito en Mercadotecnia y Publicidad, con un total de 169 estudiantes inscritos.

2.6.5 Escuela Normal de Educación Física de Escuintla.

Lic. Walter Amado (Director Instituto de Educación Física, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto de 2017) indica que... La escuela inicia con otras 19 escuelas, a base de un proyecto que proponen jóvenes estudiantes de la Escuela Normal Central de Educación Física, en convenio con la dirección General de Educación Física. Se encuentra ubicada en la zona 2, Colonia Popular, municipio de Escuintla, cuenta con cuarto y quinto magisterio en educación física con un total de 70 estudiantes inscritos.

2.6.6 Escuela Nacional de Ciencias Comerciales

Licda. Gladys de Granillo (Directora Escuela de Ciencias Comerciales, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) informa que... La escuela inicia sus labores en el año de 1976 adscrita al Instituto Simón Bergaño y Villegas, ubicado en la primera avenida 10-30 de zona 1 del municipio de Escuintla cuenta con la carrera de Perito Contador con tres aulas de 4to. Perito y dos aulas para 5to Perito, dando un total de 348 estudiantes inscritos.

2.6.7 Escuela Nacional Intercultural

Licda. Carmen Santos (Directora Escuela Intercultural, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) señala que... La escuela inicia sus labores en el año 1996, siendo exclusiva para señoritas, ubicada en la 4ta. calle "C" lote 16b zona 5 Colonia Hunapú, Escuintla, con pensum de magisterio, cuenta con nueve aulas y se encuentran subdividas en los grados académicos de cuarto, quinto y sexto, con un total de 250 estudiantes inscritos.

2.6.8 Instituto Nacional de Educación Básica "Dr. Carlos Samayoa Chinchilla"

Licda. Fulbia Castellanos (Directora Instituto "Dr. Carlos Samayoa Chinchilla, Escuintla, comunicación personal, 22 de agosto 2017) menciona que... El instituto se creó en el año de 1973, ubicado desde sus inicios en la 4ta. Avenida 15-20 zona 4 de Escuintla. Cuenta con los grados de primero a tercero básico, con 20 aulas y un total 795 estudiantes inscritos.

2.7 Marco legal

2.7.1 Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

Artículo 56. Acciones contra causas de desintegración familiar. Se declara de interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

Artículo 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.³²

2.7.2 Código de Salud de Guatemala.

Artículo 1. Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 2. Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 4. (Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 53-2003, del Congreso de la República) Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.³³

2.7.3 Política de Salud Mental en Guatemala

Esta fue revisada en 2008, pero en el 2011 no había sido ratificada por el Ministerio de Salud Pública, la última revisión de los planes de salud mental se realizó en el 2009. Este plan contiene componentes como la organización de servicios tanto comunitaria y desarrollo del componente de salud mental en la atención primaria de salud, la equidad de acceso de los diferentes componentes de salud mental, monitoreo y mejoramiento de la calidad.³⁰

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud mental, menos del 1% de los egresos en atención de salud a nivel gubernamental, por parte del Ministerio de Salud están dirigidos a la salud mental, el 94% está dirigido a hospitales psiquiátricos; el 13% de la población tiene acceso gratuito (en por lo menos 80%) a medicamentos psicotrópicos esenciales, lo que evidencia un avance importante, aunque aún insuficiente.³⁰

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de institutos públicos de educación básica y diversificada, del casco urbano del municipio de Escuintla, de marzo a abril del año 2018.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1. Describir las características epidemiológicas de los sujetos a estudio según sexo, edad, grado que cursa, etapa de la adolescencia e integración familiar.
- 3.2.2. Clasificar el índice de masa corporal de los adolescentes a estudio.
- 3.2.3. Cuantificar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria mediante el Test de actitud hacia la comida versión 26 (EAT-26 por sus siglas en inglés)
- 3.2.4. Describir la frecuencia y el porcentaje de presentación de los trastornos de la conducta alimentaria según sexo, índice de masa corporal, categoría de adolescencia, grado que cursa e integración familiar.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Enfoque y diseño de la investigación

4.1.1. **Enfoque:** cuantitativo

4.1.2. **Diseño:** descriptivo transversal prospectivo

4.2 Unidad de análisis y de información

4.2.1 Unidad de análisis

Respuestas obtenidas con el instrumento EAT-26 (Eating Attitud Test 26)

4.2.2. Unidad de información

Adolescentes de 13 a 19 años inscritos en los institutos de educación básica y diversificada del sector oficial muestreados.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

4.3.1.1 **Población diana:** adolescentes de 13 a 19 años de edad de los institutos de educación básica y diversificada del sector oficial del casco urbano del municipio de Escuintla

4.3.1.2 **Población de estudio:** 3,473 adolescentes de 13 a 19 años de edad, que asisten a los establecimientos: INEB San Pedro (N= 281), INEB Dr. Carlos Samayoa Chinchilla jornada matutina (N= 795), Instituto Nacional de Educación Básica Adscrito a Instituto Nacional de Perito en Mercadotecnia y Publicidad jornada vespertina (N= 624), INEB Simón Bergaño y Villegas (N= 561), Instituto Nacional de Bachillerato en Electricidad de Escuintla (N=375), Escuela Normal Intercultural (N=250), Escuela Normal de Educación Física de Escuintla (N=70) , Instituto Nacional de Perito en Mercadotecnia y Publicidad (N=169) y Escuela Nacional de Ciencias Comerciales (N= 348) que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron formar parte del estudio.

4.3.1.3 **Muestra:** muestreo aleatorio simple de los adolescentes de los establecimientos estudiados.

4.3.2 Muestra

4.3.2.1 Marco muestral

Unidad primaria de muestreo: listado de estudiantes que asisten a los institutos de educación básica y diversificada del casco urbano del municipio de Escuintla.

4.3.2.2 Tipo de muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple con asignación proporcional para no provocar sesgos ya que la cantidad de alumnos inscritos en cada establecimiento difieren entre sí.

4.3.2.2.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

n= Tamaño de la muestra

Z = es un número que se obtiene de la tabla de curva normal y se elige según la probabilidad de error, introducido por el muestreo que se ha decidido aceptar. Para una probabilidad de error del 5% o lo que es lo mismo un nivel de confianza del 95%, el número que corresponde para Z es 1.96.

p = es la proporción esperada de adolescentes con trastornos alimenticios, que para el presente trabajo, de acuerdo a las cifras obtenidas en el último estudio comparativo, se estima en 16% ¹⁷

q = es la proporción que corresponde a adolescentes sin trastornos alimenticios, para el cálculo de n en este estudio el valor de p = 0.16 y el valor de q = 0.84

E = es el error esperado, el cual para este estudio se estableció como el 5% (0.05)

Remplazando la fórmula se obtiene:

N= 3473 estudiantes

Z = es el valor z de la curva normal (1.96)

p = probabilidad de éxito (0.16)₁₅

q = probabilidad de fracaso (0.84)₁₅

E = error muestral (0.05)

Se calculó una muestra ajustada por pérdidas, considerando un 10% de no respuesta y no asistencia, debido al cese de labores de parte de los establecimientos educativos públicos del área sur; para ello se aplicó la siguiente fórmula:

$$n_a = n (1/1-R)$$

R= porcentaje de rechazo 10% (0.10)

$$n_a = 195 (1/1-0.10)$$

$$n_a = 217$$

Tabla 4.1 Estratificación proporcional de la muestra, establecimientos del municipio de Escuintla

Estrato	Establecimiento educativo	Población de estudiantes de cada establecimiento	Proporción	Muestra de cada instituto
1	Instituto Nacional de Educación Básica Simón Bergaño y Villegas	561	16.2%	35
2	Instituto Nacional de Educación Básica San Pedro	281	8.1%	18
3	INEB adscrito al Instituto de Mercadotecnia y Publicidad	624	18.0%	39
4	INEB Dr. Carlos Samayoa Chinchilla	795	22.9%	50
5	Escuela Normal de Educación Física	70	2.0%	4
6	Instituto Nacional de Bachillerato en Electricidad	375	10.8%	22
7	Escuela Normal Intercultural	250	7.2%	16
8	Instituto de Perito en Mercadotecnia y Publicidad	169	4.9%	11
9	Escuela Nacional de Ciencias Comerciales	348	10.0%	22
	Total	3473	100%	217

Fuente: datos obtenidos de cada establecimiento 2018

4.3.2.2.2 Técnica de muestreo

La técnica de muestreo que se realizó es trietápica quedando de la siguiente manera:

Etapa 1: de cada establecimiento se tomó la totalidad de estudiantes de cada aula de básico y diversificado.

Etapa 2: se seleccionó aleatoriamente seis aulas de la totalidad de los establecimientos por medio del programa Microsoft Excel®, en los cuales sobrepasaba la cantidad de diez y en los establecimientos en donde no se sobrepasaba la cantidad de diez se tomó la totalidad de las aulas para que la muestra fuera representativa

Etapa 3: se seleccionó aleatoriamente por medio del programa Microsoft Excel ®, la cantidad de estudiantes de cada aula, tomando como base el listado diario de asistencia conforme a la clave que les corresponde, hasta completar el número de la muestra total por cada establecimiento.

4.4 Selección de sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión: adolescentes de 13 a 19 años de los institutos de educación básica y diversificada del casco urbano del municipio de Escuintla.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no quisieron participar en la investigación.
- Adolescentes a quienes los padres de familia no aceptaron que participaran en la investigación.

4.5 Definición y operacionalización de variables

4.5.1 Variables

Macrovariable	Micro-variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación /unidad de medida
Características epidemiológicas	Sexo	Condición orgánica femenina o masculina. ³⁵	Autopercepción de la identidad sexual al responder la boleta de recolección de datos.	Categorica Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. ³⁵	Edad en años cumplidos anotado en la boleta de recolección de datos.	Numérica Discreta	Razón	Años
	Grado que cursa	Tiempo durante el cual un alumno asiste a un centro de enseñanza. ³⁵	Último nivel de educación formal obtenido.	Categorica	Ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto

		Etapa de la adolescencia	Periodo de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente. ²⁷	Años cumplidos de acuerdo al dato anotado en la boleta de recolección de datos que permitirá clasificarlo en las etapas de la adolescencia: Adolescencia temprana: 12 a 13 años. Adolescencia media: 14 a 16 años. Adolescencia tardía: 17 a 21 años.	Categórica	Ordinal	Temprana Media Tardía
	Integración familiar	Unión o constitución permanente y voluntaria de cada uno de los miembros de la familia. ³⁷	Padres del adolescente viven juntos (SI) Padres del adolescentes no viven juntos (NO)	Cualitativa	Nominal	Si No	
Índice de masa corporal	Valor calculado como el cociente entre el peso (kg) y la talla (mts) elevado al cuadrado. ³⁸	A través de peso y talla se obtendrá el índice de masa corporal, el cual se correlacionará con estándares de la OMS: Infrapeso: <18.5; Normal 18.4 a 24.9, Sobrepeso 25- 29.9 Obesidad >30 Tipo I: de 30-34.39 tipo II 35-39.9 tipo III > 40	Categórica	Ordinal	Infrapeso Normal Sobrepeso Obesidad Tipo I Tipo II Tipo III		

<p>Trastorno de la conducta alimentaria</p>	<p>Grupo de enfermedades crónicas y progresivas que tiene su origen en los trastornos mentales que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, con una gama compleja de signos y síntomas en la que prevalece la alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de la imagen corporal^{18,19,20}</p>	<p>Prueba de actitud a la comida EAT.26 con resultado positivo Positivo: 20 pts. Prueba de actitud a la comida EAT.26 con resultado negativo Neg: <20 pts.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Positivo Negativo</p>
---	---	---	--------------------	----------------	------------------------------

4.6 Recolección de datos

4.6.1 Técnicas

- Encuesta escrita (test de actitudes hacia la comida EAT-26), que consta de 26 literales, los cuales fueron respondidos por los estudiantes seleccionados para participar en el estudio.
- Medición del índice de masa corporal, utilizando medidas antropométricas (peso en kilogramos y talla en metros cuadrados), el cual se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:
$$\text{IMC} = \text{peso}(\text{kg}) / \text{estatura} (\text{m}^2)$$

4.6.2 Procesos

Paso 1: los investigadores se reunieron con las autoridades del Ministerio de Educación del área sur, para presentar el protocolo de investigación y solicitar la respectiva autorización para realizar el trabajo de campo en el área. En la reunión se explicó la metodología que se llevó a cabo con la aplicación del test EAT-26 y la medición de peso y talla para determinar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes.

Paso 2: contando con la autorización del director departamental de Educación del área sur; los investigadores se presentaron ante la supervisora de distrito para dar a conocer el protocolo de investigación y solicitar permiso para visitar cada centro educativo y obtener los listados oficiales de los estudiantes inscritos en el ciclo lectivo 2018.

Paso 3: los investigadores se presentaron en cada uno de los institutos de educación básica y diversificada del área de estudio, mostrando el protocolo a los directores de cada institución y solicitaron tiempo a cada profesor para la realización del estudio con la metodología antes mencionada.

Paso 4: se obtuvo la población a estudio, luego se determinó la muestra y se la realizó el muestreo mediante aleatorización simple de cada establecimiento para obtener los sujetos de estudio.

Paso 5: se informó a los directores de cada centro educativo involucrados sobre la fecha de realización del trabajo de campo, para construir un cronograma del momento en que se recolectarán los datos.

Paso 6: los investigadores se presentaron ante el director y los estudiantes explicando la investigación y se solicitó consentimiento y asentimiento informado para la participación en el estudio.

Paso 7: se procedió a distribuir la boleta de recolección de datos, la cual tiene una duración de 10 a 15 minutos, se tomaron medidas antropométricas de la siguiente manera:

- Cada instituto proporcionó un salón donde se dio respuesta al Test EAT-26 y se realizó la toma de medidas antropométricas.
- Para la toma del peso, la balanza se colocó en una superficie plana, horizontal y firme; se le indicó al adolescente ubicarse en el centro de la balanza, de pie frente al medidor, erguido con los hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas, se verificó que los brazos estuvieran hacia los costados y holgados, con la cabeza firme manteniendo la vista al frente en un punto fijo. Se indicó al adolescente que no se moviera para evitar oscilaciones en la lectura del peso.³⁴
- Para medir la talla, se buscó una superficie firme y plana perpendicular al piso, en la cual se colocó el tallímetro en el piso en el ángulo que forman la pared y este, antes de medirse, se vigiló que el adolescente se quitara los zapatos y en el caso de las alumnas, no utilizaran diademas o broches que pudieran alterar la estatura. Se colocó al sujeto para realizar la medición; la cabeza, hombros, cadera y talones juntos deberán estar pegados a la parte vertical del tallímetro. Los brazos deberán colgar libre y naturalmente a los costados del cuerpo. Se mantendrá la cabeza firme y con la vista al frente en un punto fijo, vigilando que el adolescente coloque las piernas rectas, talones juntos y puntas separadas, procurando que los pies formen un ángulo de 45°. Se deslizó el tallímetro y al momento de tocar la parte superior más prominente de la cabeza, se tomó la lectura exactamente en la línea que marque este punto. Si la marca del tallímetro se encontró entre un centímetro y otro, se anotó el valor que esté más próximo; si está a la mitad, se tomó el del centímetro anterior.³⁴

- Los datos obtenidos fueron utilizados para determinar el índice de masa corporal y así poder evaluar el estado nutricional de cada uno de los participantes del estudio; el resultado obtenido se comparó con la siguiente clasificación para determinar el índice de masa corporal del estudiante seleccionado. ¹⁵
 - Infrapeso: menor a 18.5
 - Normal: 18.5-24.9
 - Sobrepeso: 25 – 29.9
 - Obesidad: >30
 - ✓ Tipo I: 30-34.9
 - ✓ Tipo II: 35-39.9
 - ✓ Tipo III: >40

Paso 8. una vez obtenidos los resultados de la prueba escrita y determinado el estado nutricional de cada uno de los estudiantes, se refirió a todo adolescente que haya tenido un resultado positivo en el EAT-26 aún si no presentó un estado nutricional alterado; la referencia se realizó a las siguientes instituciones: Clínica de Psicología FUNDAZÚCAR, Hospital Nacional de Escuintla con la Licenciada Aida Cuellar y a la Clínica de Nutrición del Hospital Nacional de Escuintla al área de Consulta Externa con la Licenciada Ana Lucía Oliva Letona.

4.6.3 Instrumentos

- Boleta de recolección de datos que incluye: sexo, edad, etapa de la adolescencia, integración familiar y grado que cursa, así como la prueba de actitudes hacia la comida EAT-26, cuya clasificación se tomará como positiva al obtener un puntaje mayor de 20.
- Equipo de medición y cálculo: balanza electrónica marca Taylor modelo 7562; calculadora electrónica marca Casio, modelo fx-82ES PLUS y tallímetro.

4.7 Plan de procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Plan de procesamiento de datos

Las encuestas que se realizaron, quedaron registradas en las boletas de recolección de datos. En el programa Microsoft Excel® 2010 en las categorías:

Sexo, grado que cursa, categoría de adolescencia, integración familiar, IMC y el resultado del test EAT-26. Se creó una base de datos con el programa Microsoft Excel®, creando códigos para cada categoría de la variable, tal como se ve en la tabla 4.2

Tabla 4.2 Codificación de variables

Variable	Categoría	Codificación
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
Grado que cursa	Primero	1
	Segundo	2
	Tercero	3
	Cuarto	4
	Quinto	5
Etapas de adolescencia	Temprana	1
	Media	2
	Tardía	3
Integración familiar	Integrada	1
	No integrada	2
IMC	Infrapeso	1
	Normal	2
	Sobrepeso	3
	Obesidad	4
	Tipo 1	A
	Tipo II	B
	Tipo III	C
Resultado de test	Positivo	1
	Negativo	2

4.7.2 Plan de análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epidat V 4. 1®

Para el objetivo 4.2.1, describir las características epidemiológicas de los sujetos a estudio según: sexo, grado que cursa, etapa de la adolescencia e integración familiar; se calculó la distribución porcentual, la frecuencia y para la variable edad, la media y la desviación estándar.

Para el objetivo 4.2.2, clasificar el índice de masa corporal de los adolescentes a estudio, se calculó la distribución porcentual y la frecuencia.

Para el objetivo 4.2.3, cuantificar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, mediante el test de actitud hacia la comida número 26 (EAT-26), se calculó prevalencia total de trastornos de la conducta alimentaria de la siguiente manera:

Prevalencia total de trastornos de la conducta alimentaria =	$\frac{\text{\# de estudiantes con test EAT-26 positivo}}{\text{Total de estudiantes evaluados}} * 100$
	$\frac{\text{\# de estudiantes de sexo femenino con EAT -26 positivos}}{\text{Total de estudiantes evaluados}} * 100$
Prevalencia por sexo de trastornos de conducta alimentaria =	$\frac{\text{\# de estudiantes de sexo masculino con EAT -26 positivos}}{\text{Total de estudiantes evaluados}} * 100$

Para el objetivo 4.2.4, describir la frecuencia y el porcentaje de presentación de los trastornos de la conducta alimentaria según el sexo, índice de masa corporal, categoría de adolescencia, grado que cursa e integración familiar, se calculó la distribución porcentual y la frecuencia.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

Los obstáculos que se presentaron en la realización de esta investigación son:

- Falta de colaboración de los estudiantes participantes.
- Poca colaboración de los padres de familia en cuanto a la autorización del consentimiento informado en los adolescentes menores de edad.

4.8.2 Alcances

Con la presente investigación fue posible detectar los casos en adolescentes que cursan con un trastorno de la conducta alimentaria y con esta información referirlos a las áreas de psicología y nutrición del Hospital Nacional de Escuintla. Así mismo se brindó información de estos trastornos al personal docente y directores de los institutos involucrados, para que puedan intervenir oportunamente en los mismos y evitar progresión de la enfermedad con la consecuente aparición de complicaciones que podrían ser mortales.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

El presente estudio tomará en cuenta los siguientes principios éticos:

Autonomía: ya que el estudio se realizó en adolescentes de 13 a 19 años de edad, por lo cual se solicitó la autorización de los padres de familia mediante un consentimiento informado, y mediante un asentimiento informado por parte de los adolescentes participantes en el estudio. Se respetó la decisión de los adolescentes de participar o no en el estudio.

Justicia: al momento de la realización del muestreo aleatorio simple, todos los estudiantes tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos para ser parte de la investigación.

No maleficencia: no se causó ningún daño físico o psicológico durante la realización de esta investigación.

Beneficencia: se brindó información, por medio de una charla educativa y trífolios realizados por los investigadores, sobre los trastornos de la conducta alimentaria y cómo prevenirlos, así mismo los adolescentes que obtuvieron un resultado positivo en el test fueron referidos a la clínica del adolescente, ubicada en el área de Fundazúcar del Hospital Nacional de Escuintla, con la Licenciada Aída Cuellar, Psicóloga con horario de atención de 7:30 a

12:00 horas y de 13:00 a 16:00 horas y a clínica de nutrición ubicada en el Hospital Nacional de Escuintla con la Licenciada Ana Lucía Oliva Letona.

4.9.2 Categoría de riesgo

Se consideró que la investigación es categoría II con riesgo mínimo, en la cual no se manipula la conducta o respuesta de los sujetos de estudio.

4.9.2.1 Consentimiento y asentimiento informado.

Se utilizó un consentimiento informado escrito el cual fue firmado por los padres de familia que aceptaron que sus hijos participaran en la investigación, y un asentimiento informado escrito para los estudiantes que aceptaron ser parte de la investigación.

Se obtuvo el aval del Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5. RESULTADOS

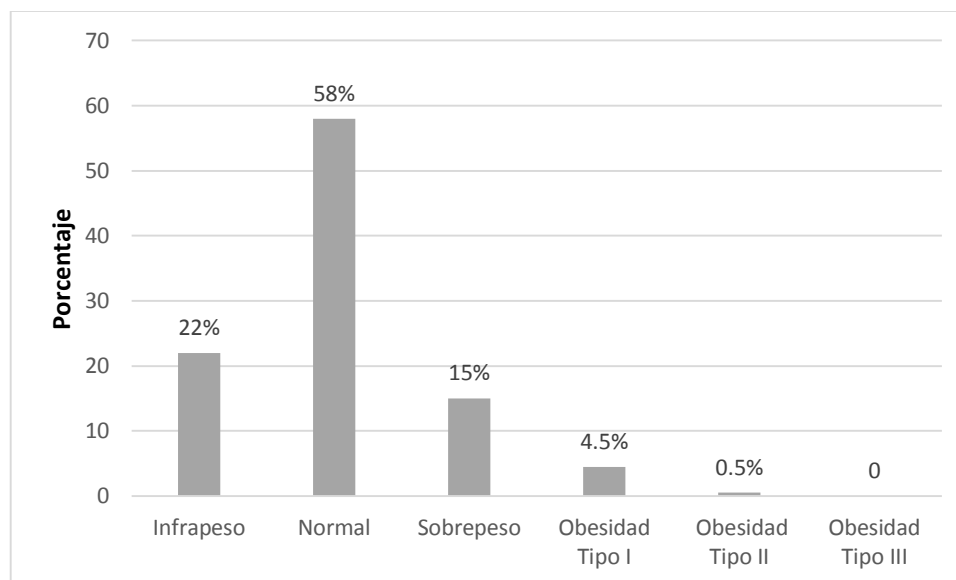
A través de la sección de estadística de los 9 establecimiento educativos oficiales de básico y diversificado del casco urbano del municipio de Escuintla se determinó el total de estudiantes inscritos en el ciclo lectivo, dando un total de 3473 estudiantes, siendo la mayoría de 13 a 16 años involucrando hombres y mujeres, por medio de muestreo aleatorio simple con asignación proporcional, se obtuvo una muestra de 217 estudiantes; de todos los estudiantes involucrados en la investigación, se tuvo problemas con 2 estudiantes que se negaron a contestar el test por lo cual 2 estudiantes que no eran parte de la muestra se ofrecieron voluntariamente para contestarlo, por lo que se les brindó el asentimiento y consentimiento, los cuales entregaron debidamente firmados y se incluyeron como parte de la investigación.

Tabla 5.1 Características epidemiológicas (n=217)

Variable	$\bar{x} \pm DE$	
Edad	15	1.78
	f	%
Sexo		
Femenino	128	59
Masculino	89	41
Etapa de la adolescencia		
Temprana	62	29
Media	102	47
Tardía	53	24
Grado que cursa		
Primero	66	30
Segundo	42	19
Tercero	34	16
Cuarto	26	12
Quinto	36	17
Sexto	13	06
Integración familiar		
Integrada	159	73
No Integrada	58	27

Gráfica 5.1

Distribución porcentual del índice de masa corporal de adolescentes que asisten a institutos de Escuintla durante el 2018.



Fuente: tabla 11.6 de Anexos.

Tabla 5.2 Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria según EAT-26

Test de conducta alimentaria	Fórmula	Resultado
Prevalencia total	$\frac{29}{217} \times 100$	13.4%
Prevalencia en sexo femenino	$\frac{17}{128} \times 100$	13.3%
Prevalencia en sexo masculino	$\frac{12}{89} \times 100$	13.5%

Tabla 5.3 Resultado del test EAT-26 para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, según variables estudiadas (n=217)

<i>Variable</i>	<i>Positivo</i>		<i>Negativo</i>	
	<i>f</i>	<i>(%)</i>	<i>f</i>	<i>(%)</i>
Resultado EAT-26	29	(13.4)	188	(86.6)
Sexo				
Femenino	17	(58.6)	111	(59)
Masculino	12	(41.3)	77	(41)
Índice de masa corporal				
Infrapeso	11	(38)	37	(19.7)
Normal	12	(41.3)	113	(60.1)
Sobrepeso	5	(17.2)	28	(15)
Obesidad	Tipo I	1	9	(4.8)
	Tipo II	-	1	(0.5)
	Tipo III	-	-	-
Etapas de la adolescencia				
Temprana	8	(27.6)	54	(28.7)
Media	15	(51.7)	87	(46.3)
Tardía	6	(20.6)	47	(25)
Grado que cursa				
Primero	9	(31)	57	(30.3)
Segundo	2	(6.8)	40	(21.3)
Tercero	5	(17.2)	29	(15.4)
Cuarto	8	(27.5)	18	(9.5)
Quinto	4	(13.8)	32	(17)
Sexto	1	(3.4)	12	(6.4)
Integración familiar				
Integrada	21	(72.4)	138	(73.4)
No integrada	8	(27.5)	50	(26.5)

6. DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos al analizar los resultados del test de actitudes hacia la comida en su versión número 26 (EAT-26), se encontró una prevalencia de 13% de adolescentes con test positivo; al calcular la prevalencia por sexo ambos presentan una prevalencia del 13%. El último estudio realizado en adolescentes guatemaltecos en el año 2012 sobre TCA reportó una prevalencia del 16.2% para mujeres y 8.2% para hombres en centros educativos públicos; al comparar los resultados se observa que la prevalencia del sexo masculino es mayor en el presente estudio, ya que en la muestra del estudio del 2012 incluyó un número de participantes igual para ambos sexos y en el estudio actual se utilizó una muestra aleatoria.¹⁵

Según las características epidemiológicas de la población estudiada, se evidencia que el 59% (128) son de sexo femenino, esto refleja una similitud con lo encontrado en la ENJU 2011 (Encuesta nacional de juventud en Guatemala) en el cual predomina el sexo femenino con 56.2%. El 47% se encuentra dentro de la etapa de la adolescencia media; en cuanto al grado que cursan se evidenció que el primer grado de educación básica presenta el mayor número de estudiantes con un 30%, lo cual es similar al comparar éstos datos con los que se encuentran en la ENJU el cual describe que un 33.1% de la población joven se encuentra cursando el nivel básico de educación. En lo referente a la integración familiar, se identificó que el 73% de los estudiados viven con ambos padres.³⁹

De los adolescentes estudiados se pudo identificar que el 41% presenta un estado nutricional normal, seguido de un 38% que presentan infrapeso (IMC <18.5), 17.2 % presentan sobrepeso y un 3.4% se encuentran en algún grado de obesidad; lo cual difiere del estudio realizado en Paraguay en el año 2010, que evidencia que el 50% de los participantes presentaban sobrepeso y obesidad y se relaciona con una probabilidad aumentada de presentar trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo los resultados encontrados sí concuerdan con la tesis realizada en el año 2012 en el departamento de Sacatepequez en Guatemala, en donde se evaluó la relación del IMC y TCA, donde el 26.9% de los participantes con resultado positivo mostraban presencia de sobrepeso y obesidad, sin embargo en esa tesis sus conclusiones mencionan que la alteración del índice de masa corporal no va relacionada con alguna alteración de la conducta alimentaria.^{8,15}

Al analizar los resultados de la proporción de estudiantes que presentan TCA se encontró que el sexo femenino corresponde a un (59%) y es ligeramente mayor a la proporción de sexo masculino que cumplen con el mismo criterio (41%); estos resultados coinciden con lo descrito en la literatura en donde se describe que los trastornos alimenticios se presentan más en mujeres jóvenes, por ser el grupo etáreo más vulnerable a padecer dichos trastornos. Los resultados obtenidos en el último estudio en Guatemala en el año 2012, demuestran una proporción de 17% para adolescentes femeninas y 11% en adolescentes masculinos^{1,15}. Al comparar los resultados obtenidos se observó que la prevalencia ha aumentado en el grupo del sexo masculino, esto se relaciona con el hecho de que en la actualidad los medios de comunicación y su promoción de cuerpos esbeltos, no se dirige solo a la mujer, sino también al hombre, lo que provoca que los adolescentes masculinos se sientan ahora mucho más preocupados por su imagen corporal.¹⁵

En cuanto a los resultados según la etapa de la adolescencia para el EAT-26, se observó que la etapa de la adolescencia media presenta una proporción de 52%, difiriendo de la tesis realizada en el año 2001 en Guatemala, en donde sus resultados muestran que la etapa tardía de la adolescencia era la más afectada; así mismo en otra tesis del año 2011 se reporta que la etapa temprana de la adolescencia es la más afectada, por lo que podemos concluir que hay variabilidad entre la etapa de la adolescencia y los trastornos de la conducta alimentaria, esto se puede atribuir a la diferencia que existe entre la muestra obtenida en nuestra investigación y la utilizada en las tesis antes mencionadas, esta diferencia radica que en esta investigación se utilizó una muestra aleatoria simple y no se discriminó entre femenino y masculino, en comparación con las tesis antes mencionados en donde realizan este proceso, además los adolescentes se encuentran en un periodo de transición por lo cual presentan vulnerabilidad ante los estereotipos presentados por la sociedad y además en esta edad surge la preocupación por los cambios físicos, así como la inseguridad en si mismos, otra causa de estos resultados^{9,15}

Del total de la muestra obtenida, se encontró que la mayor proporción de adolescentes, de ambos sexos con un índice de masa corporal normal es del 58%, esto indica que los adolescentes cuentan con una alimentación y actividad física adecuada para su edad y requerimientos.

En lo referente a la integración familiar 72% de adolescentes con resultado positivo del EAT-26 viven en un hogar integrado; lo anterior no concuerda con la literatura ya que esta indica que los adolescentes expuestos a trastornos afectivos y exposición a eventos y/o circunstancias adversas son susceptibles a presentar trastornos de la conducta alimentaria; tampoco se puede realizar comparaciones con otros estudios, ya que no se cuentan con investigaciones previas que tomen en cuenta esta variable.²⁵

Al realizar esta investigación se evidenció que los establecimientos del sector público son inconstantes en el cumplimiento de su jornada laboral, lo que dificultó la obtención de la muestra y la participación de los alumnos; por esta causa se tuvo que visitar los institutos en múltiples ocasiones para realizar el proceso que ya se tenía estipulado.

Otra limitante que se encontró durante la realización de la investigación fue que no existe una definición clara en los servicios de salud del concepto de anorexia, lo que provoca que los datos identificados en el MSPAS no reflejen la realidad, ya que el personal de salud confunde el síntoma de anorexia (falta de apetito) con el trastorno de anorexia nerviosa, que es un trastorno psiquiátrico que debe ser diagnosticado por un especialista.

Recomendamos a cualquier investigador que desee explorar este tema, realizarlo también en instituciones del sector privado, determinar una muestra proporcional por sexo y así poder comparar los resultados entre ambos sectores para obtener un resultado representativo.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 De los estudiantes investigados, el 52% pertenece a la etapa de adolescencia media, el 31% se encuentra cursando el primer año de educación básica, el 72% vive en un hogar integrado por papá y mamá y el 59% del sexo femenino.
- 7.2 En cuanto a las características antropométricas de los estudiantes evaluados, más de la mitad se encuentran con un índice de masa corporal dentro de los límites normales, dos de cada diez de los evaluados se encuentran en infrapeso y uno de cada veinte estudiantes presentan algún grado de obesidad.
- 7.3 En relación a la distribución de los estudiantes con trastornos de la conducta alimentaria seis de cada diez pertenecen al sexo femenino, cuatro de cada diez presentan un índice de masa corporal normal, la mitad se encuentran en la adolescencia media, tres de cada diez cursan el primer año de educación básica y siete de cada diez viven en un hogar integrado.
- 7.4 La prevalencia general de los trastornos de la conducta alimentaria identificados mediante el test EAT-26 es del 13.4%; la prevalencia entre estudiantes del sexo femenino es del 13.3% y del masculino del 13.5%.

8. RECOMENDACIONES

8.1 A la región departamental del Ministerio de Educación de Escuintla

8.1.1 Desarrollar campañas de alimentación saludable y autoestima en todos los institutos del sector oficial del casco urbano, enfocándose en estilos de vida saludable.

8.2 Al Área de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del municipio de Escuintla

8.2.1 Capacitar al personal docente, para que brinden orientación a los estudiantes sobre una vida saludable.

8.2.2 Implementar en el Hospital de Escuintla un área de psiquiatría, para dar un adecuado seguimiento y atención a los adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria y a los pacientes del hospital que lo requieran.

8.3 A los directores y profesores de los institutos donde se realizó el estudio

8.3.1 Realizar actividades en los salones de clase con temas de vida saludable, salud mental y trastornos de la conducta alimentaria: qué son, cómo tratarlos, sus consecuencias y la importancia de un diagnóstico oportuno.

9. APORTES

- 9.1 Se determinaron los casos positivos para trastornos alimenticios y el estado nutricional de cada uno de los participantes y se entregó a cada uno un documento donde se incluía el resultado de peso, talla, estado nutricional y resultado de la prueba de actitud alimenticia EAT-26. Los adolescentes que cumplían criterios para un trastorno alimenticio fueron referidos a evaluación psicológica y nutricional con especialistas al Hospital de Escuintla.
- 9.2 Se hizo entrega de los resultados a los psicólogos, profesores guías y directores de los centros educativos participantes quienes se comprometieron a darles seguimiento a cada uno de los adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria; al observar las estadísticas del problema en los estudiantes de sus centros educativos reconocieron la importancia de estar alerta ante la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria con el fin de detectarlo oportunamente y evitar que se generen complicaciones.
- 9.3 Esta investigación proporcionará información valiosa para futuras investigaciones que deseen realizarse en el municipio de Escuintla con respecto a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz Juárez AL. Incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en estudiantes de segundo básico de dos instituciones educativas [tesis en Psicología Clínica en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2013 [citado 31 Jul 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Munoz-Leslie.pdf>
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Unidad de Difusión Estadística en Salud. Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). Guatemala. MSPAS; 2017.
3. Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Escuintla. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de Desarrollo [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010. [citado 31 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/category/54-escuintla?download=113:pdm-escuintla>
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [en línea]. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología [actualizado Ene 2017; citado 3 Oct 2017]; Proyección de población por área; [aprox. 1 pant]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/informacion/estadisticas-vitales/poblacion-y-proyeccion>
5. Pierre P, López-Ibor Aliño JJ, Valdez Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV [en línea]. Barcelona, España: Masson; 1995. [citado 3 Oct 2017]. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

6. Arrufat Nebot FJ. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona España [tesis de Doctorado en línea]. España: Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina; 2006 [citado 3 Oct 2017]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42781>
7. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. Confiabilidad y validez en muestras de mujeres españolas. Rev esp Psicol [en línea]. 2010 Ene [citado 4 Oct 2017]; 10(1): 3-4 Disponible en: <https://psiquiatria.com/todas/el-test-de-actitudes-alimentarias-eat-26-la-fiabilidad-y-validez-en-muestras-de-mujeres-espanolas/>
8. Galeano D, Krauch C. Actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias [tesis Licenciatura en Psicología en línea]. Paraguay: Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Psicología; 2010 [citado 4 Oct 2017]. Disponible en: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-1-10-8.pdf>
9. Abril Merizalde DL. Aplicación del modelo precede-procede en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Técnico Superior Riobamba [tesis Licenciatura en Nutrición en línea]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública y Escuela de Nutrición y Dietética; 2011 [citado 4 Oct 2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1468>
10. Gili R, Otero J, Sandoval I, Ascaino L, Leal M, Olmedo E, et al. Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina. Escuela de Nutrición de Argentina. Actualización en Nutrición [en línea]. 2015 Sept [citado 4 Oct 2017]; 16 (3): 1-6. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_3/RSAN_16_3_90.pdf

11. Constaín GA, Ramírez CR, Rodríguez Gázquez MA, Gómez MA, Marín Múnica C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Atención primaria [en línea]. 2014 Abr [citado 7 Oct 2017]; 46(6): 283-289. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-utilidad-diagnostica-escala-eat-26-S0212656714000134?referer=buscador>
12. Constaín GA, Ramírez CR, Rodríguez Gázquez MA, Gómez MA, Marín Múnica C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. Atención primaria [en línea]. 2017 Abr [citado 7 Oct 2017]; 49(4): 206-213. Disponible en: <http://m.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-utilidad-diagnostica-escala-eating-S0212656716302074>
13. Camarillo Ochoa N, Cabada Ramos E, Gómez Méndez AJ, Munguía Alamilla E. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México. Especialidades Médico-Quirúrgicas [en línea]. 2013 Ene [citado 7 Oct 2017]; 18(1): 51-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
14. Guerrero Caballeros RM. Incidencia de escolares que cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios: estudio descriptivo realizado en el Colegio Alfredo Nobel, Instituto Federico Mora y Colegio Cristiano Elim, con estudiantes de 13 a 19 años, inscritos en el área de básicos y diversificado durante el periodo de julio-agosto del 2001 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001. [citado 8 Oct 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_1546.pdf

15. Montoya López EM, Quevedo Galindo AB, Vásquez Natareno PM, Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal: Estudio analítico transversal realizado en 420 estudiantes de 12 a 19 años de los centros educativos Colegio La Salle, institutos Normal para varones Antonio Larrazabal y Nacional de Educación Básica Experimental, Jornada Vespertina, Antigua Guatemala, Sacatepéquez [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [citado 8 Oct 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8927.pdf

16. Gómez del Barrio JA. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria [en línea]. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009 [citado 8 Oct 2017]. Disponible en: https://books.google.com.gt/books?id=r76dAFe6_5YC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

17. Gómez del Barrio JA. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso [en línea]. Cantabria, España: Imprenta J. Martínez; 2008 [citado 8 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

18. Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico [en línea]. México: El Manual Moderno; 2015 [citado 9 Oct 2017]. Disponible en: <https://animasalud.files.wordpress.com/2009/02/dsm-5-guia-para-el-diagnostico-clinico.pdf>

19. Organización Mundial de la Salud. Prevención de enfermedades mentales: intervenciones efectivas y opciones de política. Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS [en línea]. Ginebra: OMS; 2002 [citado 9 Oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

20. Ramírez L. Trastorno de la conducta alimentaria. En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. Fundamentos de Medicina, Psiquiatría. 5 ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2010; p. 310-318.
21. Rovira C, Lafragueta J, Andrés AC. Guía práctica para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria [en línea]. Aragón, España: Calidad Gráfica; 1999. [citado 10 Oct 2017]. Disponible en: https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevencion_tca-aragc3b3n.pdf
22. Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente [en línea]. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos; 2015 [citado 10 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499697987.pdf>
23. Kaplan Sadock BJ. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica [en línea]. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2011 [citado 10 Oct 2017]. Disponible en: http://www.academia.edu/29949475/Kaplan_sadock_manual_de_bolsillo_de_psiquiatria_clinica
24. Petitbò MD, Alda JA, Castro J, Soutullo C, Aragón C. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia [en línea]. Barcelona, España: Gráficas Compás; 2009 [citado 10 Oct 2017]. Disponible en: http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/341.1-Faros_3_cast.pdf
25. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies B, O'conor M. Risk factors for anorexia nervosa: A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry [en línea]. 1997 [citado 10 Oct 2017]; 54(6): 509-517. Disponible en: https://scholar.google.com.gt/scholar?q=risk+factor+for+anorexia+nervosa&hl=es&as_sd t=0&as_vis=1&oi=scholart#d=gs_qabs&p=&u=%23p%3DKV3yK8ZXK1MJ
26. Moreno A. La adolescencia [en línea]. Barcelona, España: Editorial Oberta UOC Publishing; 2015 [citado 10 Oct 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/310440800/La-Adolescencia-Amparo-Moreno>

27. American Academy of Pediatrics [en línea]. Washington DC: healthychildren.org; en español. [actualizado 21 Nov 2015; citado 23 Ago 2017]; edades y etapas; [aprox 1 pant.]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/stages-of-adolescence.aspx>
28. Valdiney G, Pronk S, Santos W, Rildésia S, Calvacanti J. Test de actitudes alimentarias: evidencias de validez en una versión reducida. Rev intern psic [en línea]. 2010 [citado 23 Ago 2017]. 4(1): 28-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>
29. Guatemala.Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Salud Mental. Protocolo de atención en salud mental a la población infanto-juvenil [en línea]. Guatemala : MSPAS; 2013 [citado 23 Ago 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=578-protocolo-de-atencion-en-salud-mental-a-poblacion-infanto-juvenil-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518
30. Organización Panamericana de la Salud. Informe del sistema de salud mental en Guatemala. Proyecto de salud mental de la OPS con el apoyo del Equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS [en línea]. Ginebra: OPS/OMS; 2011 [citado 23 Ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf
31. Consejo Departamental de Desarrollo de Escuintla. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial [en línea]. Escuintla, Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [citado 23 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/category/49-planes-desarrollo-departamental?download=53:pdd-escuintla>

32. Guatemala. Congreso de la Republica. Constitución Política de la República de Guatemala. Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 [en línea]. Guatemala: Congreso de la Republica; 1993 [citado 23 Ago 2017]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
33. Congreso de la República de Guatemala. Decreto número 50-2000. Reformas al Código de Salud, Decreto 90-97 [en línea]. Guatemala: Congreso de la Republica; 2000 [citado 23 Ag 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Decreto%20No%2050-2000%20\(Modificaciones%20al%20Codigo%20de%20Salud\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Decreto%20No%2050-2000%20(Modificaciones%20al%20Codigo%20de%20Salud).pdf)
34. Suverza Fernández A, Navarro K. Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional del adulto. México: Universidad Iberoamericana; 2009.
35. Real Academia Española [en línea]. España: RAE; 2018. [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XlApmpe>
36. Organización para las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [en línea]. Paris, Francia:UNESCO; 2013 [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002207/220782s.pdf>
37. Diccionario Oxford online [en línea]. Oxford (UK). Oxford University Press; 2018 [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/familia>
38. Smalling S. Nutrición. En: Seider HM, Dains JE, Ball JW, Benedict GW. Manual mosby de exploración física. 5 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2003; p 155.
39. Secretaria Ejecutiva del Servicio Cívico. Primera encuesta nacional de juventud en Guatemala (ENJU 2011) [en línea]. Guatemala: CONJUVE, SESC, INE; 2011. [citado 9 Jul 2018]. Disponible en: http://intercoonecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/20120111174515_14.pdf



11. ANEXOS

11.1. Modelo Medellín anorexibulimia

Tabla 11.1 Modelo Medellín anorexibulimia. Tomado y modificado.

AB= i BD = i (I+V)		
BD Búsqueda delgadez	I Ideal	V Vulnerabilidad
<i>Impulso por la delgadez</i>	Ideal estético delgado	Insatisfacción corporal Internalización ideal delgado
<i>Dieta folk</i>	Proyecto delgadez	Rasgos de personalidad Perfeccionismo
<i>Ayuno</i> <i>Selección</i>	Imágenes delgadas	Obsesionalidad
<i>Disminución</i>	Discurso delgadez	Impulsividad
<i>Consumo de agua</i>	Referentes delgadez	Compulsividad
<i>Comida light</i>	Industria delgadez	Obesidad
<i>Purgas</i> <i>Ejercicio intenso</i>	Fat talk Actividades de riesgo	Biotipo criollo
<i>Proc. Estéticos</i>	Feminidad tradicional	Desarrollo precoz
<i>Cirugías plásticas</i>		Baja autoestima Animo negativo Obediencia social Eventos vitales
<i>Conductas de riesgo</i>	Presiones sociales	Problemas individuales

Fuente: Modelo Medellín anorexibulimia.²⁰

11.2 Consentimiento informado



PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciable padre de familia o encargado:

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), realizamos un estudio para determinar la situación actual de la conducta alimentaria en estudiantes de nivel básico y diversificado, de establecimientos públicos del casco urbano del municipio de Escuintla, comprendidos en las edades de 13 a 19 años, para lo cual se ha utilizado un tipo de muestreo denominado al azar, entre los cuales se ha seleccionado su hijo (a).

Es importante conocer los diferentes Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que existen, como anorexia y bulimia, estos son un grupo de enfermedades que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso y representan un grupo de enfermedades de gran relevancia clínica y social con graves costos personales, económicos, familiares y sociales. En conjunto representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes.

Usualmente estos trastornos no presentan síntomas por lo que su diagnóstico se retrasa, lo que puede provocar consecuencias físicas, psicológicas y sociales en quien los padece, de ahí la importancia de su detección temprana. Suele afectar principalmente a los adolescentes y la alteración del peso y talla puede ser una consecuencia de estos trastornos, provocando una malnutrición prolongada y en casos extremos hasta la muerte.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, usted puede elegir que su hijo (a) participe o no. En caso de no desear participar, está en todo su derecho y libertad de negarse, sin que implique alguna consecuencia. Su hijo y usted continuarán recibiendo los servicios en esta institución, nada variará. En algún momento de la investigación usted puede elegir que su hijo (a) deje de participar aún si haya aceptado antes. No tiene que decidir hoy si quiere participar; antes de decidirse puede hablar con alguien de confianza sobre la investigación. Por favor, deténgase ante cualquier duda que le surja al leer esta hoja, o las que se presentan después. Permita que podamos resolverlas. Usted podrá plantear sus dudas cuando lo considere pertinente. El ser parte de la presente investigación no tendrá ninguna remuneración económica.

El procedimiento consiste en responder un cuestionario (EAT 26) que consta de 26 preguntas de manera confidencial y voluntaria, así como la medición de peso y talla. De encontrarse un resultado positivo en su hijo (a) será remitido para su seguimiento y control al área de psicología y nutrición del Hospital Nacional de Escuintla.

Los datos personales y cualquier dato que pueda identificar a los participantes se mantendrán en total anonimato. Al finalizar el llenado de los cuestionarios se realizará el análisis de los mismos para cumplir los objetivos de la investigación. Se proporcionará a las autoridades de cada centro educativo una copia de los resultados, por si usted quisiera conocerlos.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES



Mi hijo(a) ha sido invitado(a) a participar en la investigación sobre “Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes”. Entiendo que se realizará un cuestionario, se pesará y medirá la estatura a mi hijo(a). He sido informado sobre el manejo de información y se me ha informado acerca de los valores éticos que respaldan dicha información.

He leído y comprendido la información o me ha sido leída por un testigo que he autorizado. He tenido la oportunidad de preguntar sobre el tema que se evaluará a través del cuestionario y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente la participación de mi hijo(a) en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarlo(a) en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera los servicios prestados por la institución educativa en la que se encuentra.

Yo como padre de familia de: _____ autorizo de forma voluntaria que mi hijo (a), participe en esta investigación que se le realice el cuestionario, las mediciones de peso, talla y las preguntas necesarias para dicho estudio.

Firma del padre de familia o encargado: _____

Nombre: _____

DPI: _____

Si no sabe leer o escribir: Se me ha leído el consentimiento informado por alguien de mi confianza y me han resuelto las dudas planteadas. Por lo que AUTORIZO la participación de mi hijo (a) en la presente investigación, dejando como constancia mi huella digital.

Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente:

Nombre del testigo _____

Firma del testigo: _____

Huella del participante:

Fecha: _____

11.3 Asentimiento informado



PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES



ASENTIMIENTO INFORMADO

Apreciable alumno:

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), realizamos un estudio para determinar la situación actual de la conducta alimentaria en estudiantes de nivel básico y diversificado de establecimientos públicos del casco urbano del municipio de Escuintla comprendidos en las edades de 13 a 19 años, para lo cual se ha utilizado un tipo de muestreo denominado al azar, entre los cuales has sido seleccionado (a).

Es importante conocer los diferentes trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que existen, como anorexia y bulimia, estos son un grupo de enfermedades que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso y representan un grupo de enfermedades de gran relevancia clínica y social con graves costos personales, económicos, familiares y sociales. En conjunto representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes.

Comúnmente estos trastornos no presentan síntomas por lo que su diagnóstico se retrasa, lo que puede provocar consecuencias físicas, psicológicas y sociales en quien los padece, de ahí la importancia de su detección temprana. Suele afectar principalmente a los adolescentes y la alteración del peso y la talla puede ser una consecuencia de estos trastornos, provocando una malnutrición prolongada y en casos extremos hasta la muerte.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, puedes elegir participar o no. En caso de no desear participar, estás en todo tu derecho y libertad de negarte, sin que implique alguna consecuencia. Podrás continuar recibiendo los servicios en esta institución, nada variará. En algún momento de la investigación podrás elegir dejar de participar aún hayas aceptado antes. No tienes que decidir hoy si quiere participar; antes de decidirte puedes hablar con alguien de confianza sobre la investigación. Por favor, déntete ante cualquier duda que te surja al leer esta hoja, o las que se presenten después. Permite poder resolverlas. Podrás plantear tus dudas cuando lo consideres pertinente. El ser parte de la presente investigación no tendrá ninguna remuneración económica.

El procedimiento consiste en responder un cuestionario (EAT 26) que consta de 26 preguntas de manera confidencial y voluntaria, así como la medición de peso y talla. De encontrarse un resultado positivo serás remitido para tu seguimiento y control al área de psicología y nutrición del Hospital Nacional de Escuintla.

Los datos personales y cualquier dato que pueda identificarte se mantendrán en total anonimato. Al finalizar el llenado de los cuestionarios se realizará el análisis de los mismos para cumplir los objetivos de la investigación. Se proporcionará a las autoridades de cada centro educativo una copia de los resultados, por si quieres conocerlos.



PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES



Yo: _____ de ____ años con DPI: _____ he sido invitado por los estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), a participar en la investigación que tiene por objetivo determinar la situación actual de la conducta alimentaria en adolescentes de 13 a 19 años de edad, del nivel básico y diversificado de establecimientos públicos del casco urbano del municipio de Escuintla, en donde se evaluarán las características psiquiátricas y psicológicas a través de un cuestionario, así mismo se evaluarán las características como sexo, edad, integración familiar, peso y talla, en apartados que han sido añadidos al cuestionario antes mencionado. Este estudio ha sido avalado por las autoridades de la Facultad de Medicina-USAC.

Para este estudio se ha utilizado un tipo de muestreo denominado al azar, entre los cuales me encuentro. Comprendo que entre las actividades que participaré son contestar un cuestionario sobre actitudes hacia la alimentación para luego ser pesado y tallado.

He leído y comprendo la información que se me ha proporcionado, quedando los datos de forma confidencial y mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, puedo elegir participar o no de ella y en algún momento de la investigación puedo elegir ya no participar aunque haya aceptado antes.

Sabiendo todo lo anterior acepto voluntariamente participar como parte de la población de estudio.

Firma: _____

11.4 Boleta de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación

No.

CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA LA COMIDA

INSTRUCCIONES:

Solicitamos su colaboración respondiendo a las preguntas de este cuestionario, favor no dejar preguntas sin responder. Marque con una "X" la respuesta que considere se aplica a su caso.

Edad: ____ años (cumplidos) Sexo: F: ____ M: ____ Integración Familiar: SI__ NO__ Peso: ____

Talla: ____ mts. IMC: ____ Grado: _____ Etapa de la adolescencia: _____

Puntaje: _____ pts.

	Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Me aterroriza la idea de tener sobrepeso	(3)	(2)	(1)			
2. Evito comer cuando tengo hambre	(3)	(2)	(1)			
3. Me preocupo por los alimentos	(3)	(2)	(1)			
4. He tenido episodios en los que como mucho y siento no poder parar	(3)	(2)	(1)			
5. Corto la comida en pedazos pequeños	(3)	(2)	(1)			
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos	(3)	(2)	(1)			
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)	(3)	(2)	(1)			
8. Siento que los demás preferirían que comiera más	(3)	(2)	(1)			
9. Vomito después de haber comido	(3)	(2)	(1)			
10. Me siento culpable después de comer	(3)	(2)	(1)			
11. Me preocupo por estar más delgado (a)	(3)	(2)	(1)			
12. Me ejercito mucho para quemar calorías	(3)	(2)	(1)			
13. Los demás piensan que estoy muy delgado	(3)	(2)	(1)			
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo	(3)	(2)	(1)			
15. Como más lento que los demás o me demoro más en terminar mis Comidas	(3)	(2)	(1)			
16. Evito alimentos que contienen azúcar	(3)	(2)	(1)			
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)	(3)	(2)	(1)			
18. Siento que la comida controla mi vida	(3)	(2)	(1)			
19. Mantengo un control de mi ingesta	(3)	(2)	(1)			
20. Siento que los demás me presionan para comer	(3)	(2)	(1)			
21. Pienso demasiado en la comida	(3)	(2)	(1)			
22. Me siento culpable después de comer dulces	(3)	(2)	(1)			
23. Hago dietas	(3)	(2)	(1)			
24. Me gusta tener vacío el estómago	(3)	(2)	(1)			
25. Me gusta probar nuevas comidas				(1)	(2)	(3)
26. Tengo el impulso de vomitar después de comer	(3)	(2)	(1)			

11.5 Para uso del investigador

Sexo

Masculino	
Femenino	

Etapa de la adolescencia

Adolescencia temprana (12-13 años)	
Adolescencia media (14-16 años)	
Adolescencia tardía (17-21 años)	

IMC

Talla (mts)	
Peso (kg)	
IMC	

Clasificación del IMC

Infrapeso (<18.5)	
Normal (18.5-24.9)	
Sobrepeso (> 24.9-29.9)	
Obesidad (>30)	
Tipo I: 30-34.9	
Tipo II: 35-39.9	
Tipo III: >40	

Resultado EAT-26: _____

Positivo	
Negativo	

11.6 Documento de referencia a Psicología y Nutrición



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



“PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES”

Nombre: _____

Grado: _____ Peso: _____ Talla: _____

Índice de masa corporal (IMC): _____

Estado nutricional actual: _____

Prueba de actitudes hacia la comida _____

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso; esto puede provocar problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Son síndromes complejos en los cuales intermedian factores psicológicos, biológicos y ambientales que entre sí generan y pueden mantener la alteración, y no son secundarios a enfermedad médica reconocida. El curso del trastorno dependerá del diagnóstico temprano y la intervención adecuada. Por lo anterior lo referimos para una evaluación más completa a:

Clínica Psicológica

FUNDAZUCAR, Escuintla

Dirección: km. 59.5 Carretera a Taxisco

Teléfono: (502) 78892879

Lcda. Aida Cuellar de Fuentes

Horarios: lunes a viernes de 7:30 a 12:00 horas
y de 13:00 a 16:00 horas.

Clínica de Nutrición

Hospital Nacional de Escuintla área de
consulta externa.

Dirección: km 59.5 Carretera a Taxisco,
Santa Rosa.

Licda. Ana Lucía Oliva Letona

Horarios de atención: 8:00 a 10:00 horas