



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS- 2013**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Díaz Virú, Cecilia

Molina Risco, Cecilia

Lima - Perú

2014

Cecilia del Pilar Diaz Virú  
Cecilia Isabel Molina Risco

**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS - 2013**

Asesor: Mg. Néstor Flores Rodríguez

Lima - Perú

2014

A Dios por su infinito amor y habernos permitido llegar hasta aquí brindándonos salud, y a nuestros padres por su apoyo incondicional incentivándonos a ser cada día mejores.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, creador de todas las cosas y de nosotros mismos, quien nos dio fuerzas para seguir adelante en los momentos difíciles, y por culminar satisfactoriamente una de nuestras metas.

A nuestros padres y hermanos por todo el amor y confianza que siempre nos brindaron, lo cual ha sido de gran motivación para culminar nuestra carrera profesional y cultivar en nosotras el don de la responsabilidad.

A nuestra alma mater, la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, quien permitió llevar a cabo nuestra formación profesional con una sólida base humanística y científica, inspiradas en el carisma de San Camilo de Lellis.

A nuestra Docente Mg. Luz Fernández Henríquez por su paciencia, apoyo así como la sabiduría que nos transmitió, sobre todo por esa gran amistad que nos brinda, por escucharnos y aconsejarnos en cada momento en el desarrollo de nuestra tesis hasta la culminación del mismo.

A nuestro asesor, Mg. Néstor Flores Rodríguez, por su apoyo en los asesoramientos para la realización de nuestra tesis.

# INDICE

RESUMEN .....	11
SUMMARY .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
CAPÍTULO 1: PROBLEMA .....	15
1.1 Planteamiento del problema .....	15
1.2 Formulación del problema .....	5
1.3 Objetivos .....	6
1.4 Justificación .....	6
1.5 Limitación del estudio .....	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....	9
2.1 Antecedentes Internacionales .....	9
2.2 Antecedentes Nacionales .....	11
2.3 Base teórica .....	12
2.4 Definición de términos.....	34
2.5 Hipótesis.....	35
2.6 Variable .....	35
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA .....	36
3.1 Tipo de investigación .....	36
3.2 Diseño de investigación .....	36
3.3 Lugar de ejecución de la investigación.....	36
3.4 Universo, selección, muestra y unidad de análisis.....	37
3.5.Criterios de Inclusión y Exclusión .....	40
3.6 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos .....	41
3.7 Procesamiento de Datos .....	42
3.8 Aspectos Éticos.....	43
3.9 Análisis de datos .....	43
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	45
4.1 Resultados: .....	45
4.2 Discusión.....	62
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1.Conclusiones .....	70
5.2.Recomendaciones .....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
ANEXOS .....	79

## RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria afectan a nuestra sociedad desde siglos anteriores en especial a los adolescentes, entre los cuales está la anorexia y bulimia que constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en la sociedad. **Objetivo:** Determinar las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre- 2013. **Método:** la presente investigación es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo comparativo, de corte transversal; con una muestra probabilista representativa de 150 adolescentes de la Institución Educativa Privada y 176 adolescentes de la Institución Educativa Pública que serán seleccionados aleatoriamente. Para la recolección de datos se aplicara el cuestionario EAT-26 que consta de 26 ítems, la confiabilidad es del 84. Posteriormente, el análisis de datos se realizará en Microsoft Excel versión 2010 mediante el programa de Excel SPSS versión 19. **Resultados:** No, existen diferencias en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria entre los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre-2013. **Conclusiones:** Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria. Los adolescentes en etapa tardía, de género femenino y que pertenecen a una estructura familiar monoparental y extensa de ambas Instituciones Educativas obtuvieron mayor puntaje. Asimismo, se encontró que el puntaje obtenido en el Factor control Oral es mayor en ambas instituciones educativas.

**Palabras claves:** Riesgo, Trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes.

## SUMMARY

The eating disorders affect our society from earlier centuries especially teenagers, including anorexia and bulimia is you are an emerging health problem that has a strong impact on society. **Objective:** Determine the differences in the risk of eating disorders among adolescents in two secondary education, public and private institutions in the third quarter - 2013 **Method:** This research is quantitative, comparative descriptive design, section; a representative probabilistic sample of 150 adolescents from the Educational Institution and 176 adolescents Private Public Educational Institution will be selected randomly. For data collection the EAT-26 questionnaire consisting of 26 items was applied, the reliability is 84 Subsequently, the data analysis was performed using Microsoft Excel 2010 version of Excel program SPSS version 18. **Results:** No differences in the risk of eating disorders among adolescents from two secondary education, public and private institutions in the third quarter, 2013. **Conclusions:** Teenagers public secondary school have increased risk of eating disorders. Late stage adolescents , female and belonging to a single parent and extended family structure of both educational institutions obtained the highest score. We also found that the score obtained in Oral Control factor is higher in both educational institutions.

**Keywords:** Risk, eating behavior disorders, adolescents.

# INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, generalmente se presentan en sociedades donde la delgadez es sinónimo de belleza y aceptación.

La Organización Mundial de Salud (OMS) reporta que la anorexia y bulimia son causas de muerte y de enfermedades psicológicas en países desarrollados y en vías de desarrollo. Es evidente que la población adolescente en el país, no escapa de este problema por diferentes factores (psicológicos, psicosociales, físicos), puesto que ellos buscan modelos estéticos para así poder ser aceptados.

En este marco se desarrolla la investigación cuyo título es “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en dos Instituciones Educativas de Los Olivos- 2013”, que tendrá como objetivo determinar las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre- 2013. Para responder a dicha información se llevara a cabo la presente investigación, considerando la metodología de tipo cuantitativo,



buscando involucrar a la enfermera profesional cuya misión es prevenir las enfermedades y promocionar la salud de la población, en este caso un grupo poblacional importante como son los adolescentes. Se sabe que es importante una buena alimentación y también el desarrollo psicoemocional para así, poder lograr el crecimiento de nuestra sociedad.

Para ampliar y mejorar la comprensión del estudio se ha desarrollado en capítulos:

Capítulo I: Contiene el planteamiento del problema donde se desarrolla la formulación del problema. Mencionando la justificación del estudio, plasmando el objetivo general y los objetivos específicos.

Capítulo II: Se expone investigaciones relacionadas con el estudio teniendo una base teórica que sustente la presente investigación. Asimismo, se desarrollará la definición de términos básicos para una mejor comprensión del estudio, además de la hipótesis general y específicos.

Capítulo III: Se describe el tipo y método de estudio, el área donde se realizó la investigación, la población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión; presentando también la técnica e instrumento de la recolección de datos, y el aspecto ético.

Capítulo IV: Se da a conocer los resultados; en el cual se plasma el análisis de cada cuadro estadístico llegando a una discusión de los estudios similares.

# **CAPÍTULO 1: PROBLEMA**

## ***1.1 Planteamiento del problema***

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud, pues el afán de adelgazar se ha convertido en una auténtica obsesión y pocas veces se ha registrado un índice tan alto de mujeres generalmente adolescentes, que se sienten insatisfechas a causa de su físico y en especial, de su exceso de peso.

La adolescencia constituye una de las etapas más importantes en la vida de las personas y se relaciona directamente con el afianzamiento de los valores, cultura, conocimientos, habilidades y prácticas para toda la vida. En esta etapa se determinan las bases para el futuro social de las personas teniendo como principales escenarios de desarrollo la vivienda, la escuela y las organizaciones del entorno (clubes de adolescentes, clubes deportivos, Instituciones Educativas, entre otros). Por ende, estos escenarios son recomendables para una intervención en términos de acciones de promoción de salud en general y de las actividades físicas en particular.

Los TCA se caracterizan por desarreglos en la ingesta alimenticia, las cuales pueden ser de tipo restrictivo y por exceso como es el caso de la anorexia y bulimia nerviosa respectivamente. A nivel mundial, los TCA provocan riesgos emocionales, psicológicos, sexuales y significativos de morbilidad y mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que el 16.23% de las mujeres y el 3.3% de los hombres, entre 12 y 24 años, sufren algún tipo de trastorno alimentario el cual repercute negativamente en el estado nutricional de este grupo etario.<sup>1</sup>

En un estudio realizado en el año 2009, en España sobre Conocimientos y actitudes hacia los trastornos del comportamiento alimentario se observó que sólo un 45% de las mujeres y un 29% de los hombres reconocen estas actitudes de forma adecuada. Asimismo, los adolescentes eligen al médico (64%) sobre el tutor (18%) como persona informante, y el 67% desea que esa formación se les facilite en el centro escolar.<sup>2</sup> En otro estudio del mismo país, se encontró que adolescentes con EAT-26 evaluable, 9,2% obtuvieron una puntuación igual o superior a 20 puntos, es decir eran sujetos de riesgo de TCA. Mientras que 90,8% puntuaron por debajo del punto de corte.<sup>3</sup>

A nivel nacional, un estudio realizado con adolescentes escolares de Lima encontró que 16,4 % presentó uno o más TCA y el 51,1 % factores de riesgo de TCA. De las personas que aceptaron ser pesadas y medidas, el 85,7% desea tener un peso inferior al normal para su talla, el 56,7 % desea tener un bajo peso severo y sólo un 13,3 % de las que presentan un nivel de peso normal se encuentran satisfechas con su cuerpo.<sup>4</sup>

Estudios Epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud demuestran que entre el 7,3% y 11,4% de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades del Perú sufren de problemas alimentarios.<sup>5</sup> En otro estudio epidemiológico de Salud Mental del año 2006 realizado en cinco ciudades de la Costa Peruana el 0,2% de adolescentes encuestados presenta anorexia nerviosa, 0,9% conductas bulímicas y 5,4% tendencias a problemas alimentarios o trasgresiones de la conducta alimentaria.<sup>6</sup> De igual manera encontraron que en Lima Metropolitana y Callao, los resultados son similares en el grupo de adolescentes, ya que estos presentaron un mayor índice de bulimia nerviosa (0.8%) que de anorexia nerviosa (0.1%). Además, en este grupo se halló un 8.3% de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios.<sup>7</sup> Otros estudios indican que los trastornos de la conducta alimentaria están dentro de las cinco primeras causas de morbilidad que acuden a consulta externa del Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes en adolescentes de 13 a 17 años.<sup>8</sup>

El Dr. Rolando Pomalina, quien refirió que en el año 2009 se ha incrementado en un 20% las atenciones por Anorexia y Bulimia a los adolescentes entre 13 y 17 años de edad respecto al año anterior.<sup>9</sup> Asimismo, manifestó que entre el 10% y 15% de personas con anorexia o bulimia fallecen; “El signo psicopatológico más evidente en estos pacientes es la distorsión del pensamiento o la obsesión por el peso y la forma del cuerpo, es decir, por la apariencia física”, precisó.<sup>10</sup>

En nuestra realidad local, observamos que los TCA son enfermedades que se vienen convirtiendo en los últimos años en epidemias de tiempos

modernos incrementando su incidencia y prevalencia preferentemente en los adolescentes. Esta situación es incentivada en nuestra sociedad por la moda de adelgazar, puesto que en nuestro entorno la delgadez es sinónimo de perfección, tendiéndose a convertir en una auténtica obsesión colectiva al sentirse incómodos por su aspecto físico y en especial su exceso de peso.

Hoy en día en nuestro país, vemos que existen limitadas campañas de información o prevención contra estos trastornos debido a una falta de recursos y presupuestos, además de una falta de compromiso de las autoridades en relación al tema.

Durante la entrevista con personas adolescentes del Hospital Hermilio Valdizán que sufren estos trastornos de la conducta alimentaria, una de ellas manifiesta: “A los 15 empecé a dejar la comida porque me sentía fea, era bien cachetona y mis hermanos me molestaban por mi aspecto físico”, “Mis amigos se burlaban y me ponían apodos, estar en el colegio fue una tortura, ya que por años fui la fea del salón”. Asimismo otra paciente, nos dice “Lo más difícil de todo era que no podía contarle nada a mis padres porque cuando era niña y me caía mi mamá en vez de consolarme me pegaba, por eso tenía miedo de contarle que en el colegio me molestaban, era un pensamiento distorsionado el que tenía”, “Sentía que mi familia era la peor del mundo porque nunca veía a mis padres”. Finalmente, la última paciente entrevistada manifestó: “Comía, desayunaba y almorzaba sola., a veces tomaba solo agua o comía 20 manzanas al día y en la noche solo una ensalada de fruta, porque me sentía llena, era una sensación rara la que pasaba por mi cuerpo.”

Lo hallado en los centros asistenciales de salud mental reflejan que el inicio de estos problemas sucedió en la etapa escolar durante la adolescencia, hecho que se corrobora con las versiones o comentario de los estudiantes de Instituciones Educativas del distrito de Los Olivos los cuales no parecen diferir según sean públicos o privados, encontrándose:

Una escolar de una Institución educativa privada refirió: “No me gusta comer con mi familia porque me obligan a terminar mi plata de comida”. Otra estudiante manifestó: “Siempre hago dieta y ejercicios antes que llegue el verano”. Por otro lado, una estudiante de la Institución Educativa pública manifiesta: “No como cuando veo a mis padres pelearse”, “No me gusta la forma de mi cuerpo”.

Por lo tanto el presente estudio busca identificar en los adolescentes pertenecientes a los tres últimos años de estudio de ambas Instituciones educativas pública y privada el riesgo de presentar TCA, no habiéndose realizado muchos estudios relacionado con el tema y menos de índole comparativo.

## ***1.2 Formulación del problema***

Por lo mencionado anteriormente se planteó la siguiente interrogante:

¿Existen diferencias en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria entre los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre- 2013?

### ***1.3 Objetivos***

#### **Objetivo General:**

- Determinar las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre-2013.

#### **Objetivos Específicos**

- Establecer diferencias significativas en el riesgo a presentar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de secundaria de la institución educativa pública y privada respectivamente.
- Identificar a los adolescentes de secundaria con riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria de la institución educativa pública y privada respectivamente según los factores dieta, bulimia y control oral.
- Identificar a los adolescentes de secundaria con riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria de la institución educativa pública y privada respectivamente según el género.
- Identificar a los adolescentes de secundaria con riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria de la institución educativa pública y privada respectivamente según estructura familiar.
- Identificar a los adolescentes de secundaria con riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria de la institución educativa pública y privada respectivamente según edad.

### ***1.4 Justificación***

Los trastornos de conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública por su magnitud, por lo tanto esta investigación tiene gran interés e

importancia de estudiar el riesgo que tienen los adolescentes de presentar algún trastorno alimentario.

En esta investigación se va a considerar una etapa de vida importante, que es la adolescencia, donde la persona recién está adaptando su yo para poder enfrentarse al mundo adulto, además se va a trabajar con factores determinantes de la salud como son la educación y los estilos de vida de los TCA.

Enfermería es una profesión que se encarga de velar por la salud integral de las personas, en ese sentido la actividad preventiva promocional que realiza está orientado a identificar conductas de riesgo en la población adolescente y promover la adopción de conductas alimentarias saludables en coordinación con las Instituciones Educativas, para así disminuir el riesgo de aumentar la tasa de morbimortalidad por este tipo de prácticas de conductas inadecuadas que perjudican la salud de los adolescentes, contribuyendo a mejorar su calidad y estilo de vida.

La presente investigación está dirigido a brindar información actualizada y objetiva sobre las diferencias que existen en los adolescentes de una Institución Educativa Privada y Pública respectivamente de presentar riesgo de TCA a fin de motivar a un trabajo intersectorial entre trabajadores del ministerio de educación y el profesional de atención primaria en salud quienes pueden ser un pilar importante en la identificación de grupos de riesgo y modificación de conductas precursoras de trastornos alimentarios. Asimismo, desarrollar actividades preventivo-promocionales dirigidas a los adolescentes, padres de



familia, educadores, grupo de riesgo; y, ayudar en la adopción de estilos de vida saludable en estas personas.

### ***1.5 Limitación del estudio***

- Acceso limitado a fuentes primarias, de universidades locales por trámites prolongados y costos altos.
- Acceso limitado a fuentes en red especializadas.
- Difícil acceso a información actualizada por el tema en investigación.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### ***2.1 Antecedentes Internacionales***

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados, así tenemos que:

1. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. En Chile, realizaron un estudio en el año 2011, titulado: Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile que tuvo por objetivo describir la prevalencia de riesgo de los trastornos alimentarios en adolescentes de escuela de 13 a 18 años. El método fue prospectivo, descriptivo y transversal. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en las mujeres, en el grupo de 15 a 18 años y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.<sup>11</sup>
2. Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, Checure D. En Chile, realizaron un estudio en el año 2010, titulado: Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia que tuvo como objetivo analizar la relación entre las variables calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en

preadolescentes chilenos de entre 10 y 13 años de edad. Adicionalmente de manera específica se analizó las diferencias en cada una de estas variables y en la relación entre ambas dadas por el sexo, el rango de edad y el tipo de establecimiento educacional. Los hallazgos encontrados, así como la evidencia que estas conductas se presentan cada vez a más temprana edad, incidiendo en el bienestar y la calidad de vida de los y las preadolescentes, ameritan el desarrollo de intervenciones preventivas tempranas en el campo de las conductas alimentarias. Asimismo, se encontró que el riesgo es mayor en los establecimientos municipales que en los establecimientos privados.<sup>12</sup>

3. Loreto M y Zubarew M. En Santiago de Chile, 2006 realizaron un estudio sobre: Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana de Chile, tuvo como objetivo cuantificar la prevalencia de riesgo de TCA (trastornos de conducta alimentaria) en adolescentes mujeres de la región metropolitana de Chile y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ella. El método que utilizó fue exploratorio descriptivo. La muestra estuvo conformada por 1610 adolescentes entre 11 y 19 años de edad. A toda la muestra se aplicó el instrumento EDI-2 para medir la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. Algunas conclusiones entre otras son: “El riesgo de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en la población estudiada es de 8,3%. El riesgo de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria es mayor en los colegios pertenecientes a el nivel socioeconómico bajo con un 11,3% ( $p < 0,02$ ). El test EDI-2 ha probado

ser un buen instrumento para discriminar la población en riesgo, útil y de bajo costo, debiendo ser aplicada por personal entrenado”.<sup>13</sup>

## ***2.2 Antecedentes Nacionales***

1. Benites Á., Carrera L. y Chavarry G. En Lima, 2004 presentaron la tesis titulada Actitud y factores de riesgo frente a trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en adolescentes. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgos (individuales y familiares) y la actitud de los adolescentes del CEP “Cristo Rey”. El estudio es descriptivo y de corte transversal; la población estuvo constituida por 208 alumnas de nivel secundario, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se llegó a las siguientes conclusiones: “...se encontró que las alumnas del CEP Cristo Rey, 208 (100%) el mayor porcentaje lo obtuvo quienes presentaron una actitud desfavorable frente a trastornos alimenticios, lo cual nos indica la importancia del reconocimiento de las conductas de riesgo en nuestros adolescentes. Según los factores de riesgo individuales, se demuestra que por grupos de edad las adolescentes de 13 a 14 años presentan el mayor porcentaje frente a los trastornos alimenticios, mientras que el grupo de 17 a 18 años presentan menor porcentaje frente a trastornos alimenticios. Se identificó como factor de riesgo familiar un alto porcentaje en los antecedentes familiares de adicción y sobrepeso de igual forma se encontraron un alto porcentaje 75 % como factor familiar cuando ambos padres laboran, de la misma forma se encontró como antecedente familiar cuando los padres están separados.”[...]<sup>14</sup>

2. Aguilar S., Berdejo L. y Celis R. En Lima durante el 2009 presentaron la tesis titulada Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de educación secundaria. Tuvo como objetivo determinar las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de secundaria en el colegio parroquial Nuestra Señora del Rosario. El estudio es descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 162 alumnas de 3ro. A 5to. De secundaria del colegio Parroquial Nuestra Señora del Rosario, para la recolección de datos se aplicó una encuesta. Se llegó a las siguientes conclusiones: "...del total de los estudiantes que participaron en el estudio a nivel general analizando el porcentaje total del inventario de trastornos alimentarios (EDI- 2) se determinó la ausencia de la conducta de riesgo en un 75,3% y la presencia en un 24,7% de estudiantes de secundaria del colegio Parroquial Nuestra Señora de Rosario. Para las conductas de riesgo relacionadas con el comer y la satisfacción corporal se identificó que la escala de mayor riesgo es la de insatisfacción corporal. Con respecto a características psicológicas asociadas con las conductas de riesgo se identifica un riesgo homogéneos con picos con elevaciones introspectivas con 27,5% e impulsibilidad con un 26,5%." <sup>15</sup>

## **2.3 Base teórica**

### **2.3.1 Adolescencia**

La palabra adolescente deriva de la raíz Latina *adolecere*, que significa crecer. Más que una etapa es un proceso psicológico y psicosocial relacionado con la pubertad y al desarrollo físico, social y emocional; esta etapa se manifiestan en diferente intensidad en cada persona. Dentro de los cambios físicos más preocupantes, está el

incremento normal de grasa corporal, el cual se evidencia en una mayor acumulación de grasa en distintas áreas del cuerpo, pero predominantemente en el área abdominal y de la espalda. Es ahí, que los adolescentes empiezan a preocuparse por el nivel de grasa que acumula su cuerpo, puesto que desean verse bien, para así, tener mayor aprobación social.<sup>16</sup>

Para la UNICEF la adolescencia es el periodo en el que el niño pasa a ser una persona adulta, productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Ellos no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los padres, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y al cultura en su sentido más amplio.<sup>17</sup>

En otras literaturas consideran a la adolescencia el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual los hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social; pues, van tomando conciencia de su propio cuerpo, tienden a preocuparse y desarrollar imágenes individuales de las características de su físico lo que genera que muchos adolescentes se sientan insatisfechos con su apariencia, pues cuando esta imagen corporal es percibida como negativa, puede dar lugar a problemas en la alimentación.<sup>18</sup>

Los TCA son casi exclusivamente de las mujeres, ya que les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa, porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente, que son difundidos por los medios de comunicación. Las niñas en comparación con los varones, enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres.

Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimenticios entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros considerados de riesgo no está tan difundido socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres.<sup>19</sup>

Para enfatizar algunas características del adolescente, es importante tomar en cuenta su falta de estabilidad en las manifestaciones de su conducta social, pues el adolescente es multifacético, posee una especie de polaridad dentro de su personalidad y cada una de sus manifestaciones conductuales.

La adolescencia como periodo delimitado a lo largo del desarrollo humano posee importancia como objeto de estudio, por lo que es necesario incrementar la tarea de investigar para alcanzar una mejor comprensión de cada una de sus etapas, sus tareas por resolver, así

como los problemas inherentes a cada uno de ellos, problemas que en la mayoría de los casos se ubican dentro de las zonas de madurez emocional, social, moral y económica, cuyo abordaje resulta de gran importancia en el ámbito de la salud mental.

En resumen, la problemática normal que caracteriza en los adolescentes son las siguientes:

1. Un incremento en la transición impulsiva
2. Un desequilibrio en el funcionamiento intrapsíquico.
3. Se manifiesta una distorsión normal del tiempo. Existe el presente, perdiendo la importancia del pasado, si se alcanza a percibir el futuro, este se llena de incertidumbre y angustia. Las vigencias y necesidades son inmediatas o no soportan la demora.
4. Un proceso de identidad
5. Muchos de estos conflictos, de estos procesos se manifiestan a través del lenguaje no verbal, así pues predomina el lenguaje corporal, confuso por el propio adolescente y para los adultos pues contiene aspectos reales y aspectos simbólicos.<sup>18</sup>

Según la OMS clasifica a la adolescencia en dos grupos: temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años. El determinar la etapa del adolescente es de gran utilidad para brindar el asesoramiento nutricional y para diseñar los programas educacionales.<sup>20</sup>

En la adolescencia temprana, el adolescente se preocupa por su cuerpo y su imagen corporal, confía y respeta a los adultos, se muestra ansioso respecto a las relaciones con sus compañeros y es ambivalente



respecto a la autonomía. Así, las relaciones cercanas con los padres y amigos juegan un papel importante en los sentimientos que los adolescentes tienen acerca de sí mismos, y en el modo cómo regulan y expresan sus emociones.

Las implicancias nutricionales estriban en que los adolescentes en esta etapa están dispuestos a hacer o intentar cualquier cosa que los haga verse mejor o que mejore su imagen corporal. Sin embargo, en esta etapa desean resultados inmediatos, de manera que el asesoramiento nutricional deberá ajustarse a metas a corto plazo y enfocarse en los problemas alimentarios que ejercen un impacto en el aspecto o rendimiento del adolescente, por ejemplo, en la danza o los deportistas, o en ambos factores a la vez.

En la adolescencia tardía, el adolescente es influenciado en alto grado por su grupo de compañeros, desconfía de los adultos, le dan gran importancia a la independencia y experimenta un desarrollo cognitivo importante. Durante esta etapa, el adolescente escuchará más a sus compañeros que a sus padres u otros adultos. Se ocupa más de los alimentos que consume. El impulso hacia la independencia a menudo ocasiona el rechazo temporal a los patrones alimentarios de la familia. El asesoramiento nutricional incluirá la toma de decisiones prudentes cuando se come fuera del hogar.<sup>21</sup>

Además, las adolescentes suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género

magnifican estos riesgos. Las mujeres tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.<sup>22</sup>

#### **2.3.1.1 Cambios físicos**

El más característico es el estirón de crecimiento, un rápido incremento de estatura y peso que empieza alrededor de los 10 años y medio, en las niñas y 12 años y medio en los niños. También ocurren cambios en la forma del cuerpo, en el tamaño de las glándulas sebáceas de la piel (que contribuyen a la aparición del acné) y en las glándulas sudoríparas.

La maduración sexual ocurre en una secuencia diferente para los niños y niñas. En los varones, el signo inicial es el crecimiento de los testículos, que empieza en promedio a los 11 años y medio. Luego viene el agrandamiento del pene, el desarrollo del vello púbico tarda un poco más y el vello facial aún más. La profundización de la voz es uno de los últimos cambios perceptible de la maduración masculina. En las mujeres, el signo

inicial es cuando se destacan los pezones, crece el vello púbico, los genitales se engrosan y oscurecen, las caderas se ensanchan y se inicia la capacidad reproductora con la menstruación.<sup>23</sup>

### **2.3.1.2 Cambios cognitivos**

Según Piaget, la adolescencia marca el inicio del pensamiento de las operaciones formales, lo cual a su vez les permite entender y manipular conceptos abstractos y razón en términos hipotéticos. Sin embargo, no todos los adolescentes alcanzan la etapa de las operaciones formales a los problemas cotidianos que enfrentan. Además, los que alcanzan ese pensamiento, corren sus riesgos, entre ellos la confianza excesiva en las nuevas capacidades mentales y la tendencia a atribuir demasiada importancia a los propios pensamientos. Algunos adolescentes no logran darse cuenta de que no todos piensan como ellos y que otras personas pueden tener opiniones distintas.

Otra falacia del pensamiento adolescente es la fábula persona, el sentido irreal de su propia singularidad. Por ejemplo, un adolescente a menudo cree que los otros no pueden entender el amor que siente hacia el novio o la novia porque ese amor es único y especial.<sup>24</sup>

### **2.3.1.3 Cambios Psicológicos**

La adolescencia es un periodo de maduración tanto mental como corporal. Junto con el crecimiento físico que se presenta en la pubertad, el desarrollo emocional e intelectual es rápido. La

capacidad de los adolescentes para el pensamiento abstracto, por contraposición a los patrones de pensamiento concreto de la infancia, les permite realizar las tareas de la adolescencia, muchas de las cuales tienen repercusiones en su bienestar nutricional. La adolescencia es un periodo de crisis en el que se experimenta una mayor inestabilidad emocional, así como una mayor intensidad y frecuencia de emociones negativas que pueden generar una baja autoestima y trastornos alimentarios.<sup>24</sup>

### **2.3.2 Riesgo de Trastornos de la Conducta de Alimentaria**

Es aquella actitud como la preocupación por la comida, el control oral y las dietas que van a incrementar la probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Es posible desarrollar trastornos alimenticios con o sin estas actitudes mencionadas. Sin embargo, mientras más actitudes tengan, será mayor su probabilidad de desarrollar trastornos alimenticios.<sup>25</sup>

Las actitudes de alimentación no sanas, como la preocupación por la comida, el control oral y las dietas con prácticas de control de peso representan problemas de salud importantes en los adolescentes sobre todo en las mujeres, aunque últimamente se ha observado un aumento en los trastornos alimentarios entre varones. Es típico que los trastornos en la alimentación comiencen entre los 14 y los 20 años de edad. Se estima que estos constituyen la tercera enfermedad crónica más frecuente en los adolescentes, después de la obesidad y el asma.<sup>24</sup>

La preocupación por la comida son sentimientos frecuentes de ansiedad que el adolescente manifiesta a través de los deseos irresistibles de comer. Allí existen periodos de ingestión voraz de alimentos, conductas de purga, inestabilidad emocional, ejercicio y dietas excesivas, baja auto-estima, atracones y vómitos.

El control oral son aquellas actitudes donde se va reforzar, el control sobre lo que se come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria. Como por ejemplo tenemos al autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Hacer dieta es aquella actitud donde suprimen algunos grupos de alimentos para asegurar la pérdida de peso, debido a las exigencias de la sociedad; asimismo está relacionado con evitación de alimentos que engordan y preocupación por estar delgado, lo que predispone a padecer un Trastorno Alimentario, aún más cuanto mayor sea su duración e intensidad, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica de nuestro organismo, pues se elimina la percepción de hambre y saciedad.<sup>26</sup>

El grupo etario entre 14 y 20 años de edad corre más riesgo de desarrollar trastornos en la alimentación, ya que están en búsqueda de su identidad y van teniendo grandes cambios físicos y emocionales los cuales hacen que este grupo etario sea más vulnerable a las complicaciones de los mismos.<sup>19</sup> No debería sorprender que el trastorno aparezca en la mayoría de los casos en un momento del desarrollo en que la joven se ve confrontada con nuevas experiencias, puesto que

siente que no está preparada para enfrentar el proceso de independización.<sup>25</sup>

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes clínicos que se caracterizan por desarreglos graves de la ingesta alimenticia; fundamentalmente trataremos en el estudio los de tipo restrictivo y por exceso, es decir, la anorexia nerviosa y la bulimia, trastornos clínico bien diferenciados, en los que estudio recientes indican la existencia de una cierta relación.<sup>21</sup>

### **2.3.2.1 Anorexia Nerviosa**

La anorexia es una enfermedad que surge usualmente en la adolescencia y se manifiesta como un trastorno alimentario, produciendo una gran pérdida de peso en la persona que la padece. Este vocablo de origen griego significa “falta de apetito”, la cual lleva lamentablemente a la ingesta de pocos o nulos alimentos. No obstante, la persona que padece de anorexia por largo tiempo sigue creyéndose con sobrepeso, y negando tanto su enfermedad como su extrema delgadez.<sup>27</sup> La anorexia nerviosa generalmente se caracteriza por el ayuno deliberado, autoimpuesto, surgido de la persecución implacable de la delgadez y el temor a la gordura.

La primera descripción médica de un caso de anorexia se realizó en 1694 por R. Morton, quien la diagnosticó en una jovencita de 18 años. Sin embargo, el término “anorexia nerviosa” como tal, tan sólo fue acuñado en 1874 por William Gull.<sup>28</sup>

### **Tipos de anorexia nerviosa**

- Anorexia restrictiva: esta se presenta cuando la persona sólo deja de comer. Es decir, cuando el paciente comienza a restringir dramáticamente la ingestión de alimentos, hasta un punto en que prácticamente no come nada y realiza un ejercicio extremo durante todo el día.
- Anorexia purgativa: es aquella en la que los pacientes además de limitar el consumo de alimentos, se purgan con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente.<sup>28</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

- Expresan un intenso miedo a ganar peso, tienden a turbarse por pensamientos acerca de la comida y se preocupan irracionalmente por el exceso de peso. Es característico en las anoréxicas la negación de sus síntomas a pesar de que estos son claramente observables.
- Frecuentemente se examinan frente al espejo para asegurarse de que están delgadas e innecesariamente expresan preocupación por el sobrepeso y sentirse “gordas”.
- Coleccionar recetas y preparar platos elaborados por sus familias son otras conductas que reflejan su preocupación por la comida.
- Es frecuente entre las anoréxicas una peculiar manipulación de los alimentos.

- Esconderán comidas ricas en carbohidratos y acumularan grandes cantidades de dulces, transportándolos a sus bolsillos y en sus bolsos.
- A menudo intentaran deshacerse discretamente de su comida para evitar ingerirla.
- Las personas anoréxicas pasaran mucho tiempo cortando la comida en pequeños trozos y reordenándola en el plato.
- Algunas personas anoréxicas pueden adoptar rigurosos programas de ejercicio, mientras otras, simplemente procuran estar todo el tiempo tan activas como les sea posible.
- La pérdida de peso y el rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal, estableciendo en función de la edad y la estatura, es lo más característico en este trastorno.
- La amenorrea puede aparecer antes de que ocurra una pérdida de peso observable
- Frecuentemente se presenta en los sujetos anoréxicos una pobre adaptación sexual.<sup>29</sup>

### **2.3.2.2 Bulimia Nerviosa**

La bulimia nerviosa es un trastorno de la salud mental que se relaciona con la comida, etimológicamente se asocia con “impulso de comer en exceso”, la persona está consciente de sus patrones alimenticios anormales, teme no poder dejar de comer, es propensa a la depresión y la autocrítica por su comportamiento. Este trastorno de la alimentación tiene como característica que el sujeto sufre de episodios de atracones compulsivos.<sup>30</sup>



En la bulimia el impulso de comer en exceso se presenta al menos dos veces por semana, por lo menos tres meses, y con frecuencia viene acompañado por el uso de laxantes, el vómito autoinducido o la dieta rigurosa con el objeto de compensar el comportamiento de comer en exceso.

El concepto diagnóstico “bulimia nerviosa” fue utilizado ya a finales del siglo XIX, para describir una categoría de pacientes que presentaban tendencias a comer demasiado y a reducir, a través de vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos, las consecuencias negativas de esta sobreingesta, es decir, el sobrepeso.<sup>31</sup>

### **Tipos de bulimia nerviosa**

Bulimia purgativa: describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y/o ha hecho un inadecuado uso de laxantes, diuréticos y/o enemas tras el episodio bulímico.

***Bulimia no purgativa:*** describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas usualmente después de un atracón.<sup>31</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

La bulimia nerviosa normalmente empieza después un periodo de régimen que puede oscilar entre unas pocas semanas, un año

o más. Este régimen puede haber existido en la intención, o no, de perder peso. Las características son las siguientes:

- La mayoría de episodios de atracones están seguidos de vómito autoinducido y menos frecuente el uso de laxantes.
- Una minoría de personas, usan diuréticos con la intención de controlar su peso.
- La duración media de un atracón es aproximadamente 1 hora.
- Muchos pacientes aprenden a vomitar introduciéndose los dedos en la garganta, y después de un corto espacio de tiempo aprenden a hacerlo de manera refleja.
- Algunos pacientes tiene llagas y cicatrices en el dorso de la mano (llamadas “signos de rusell”) producidas por sus persistentes intentos de inducirse el vómito.
- Muchos pacientes bulímicos no hacen comidas regulares tiene dificultad para sentirse saciados al finalizar una comida normal.
- Usualmente estos pacientes prefieren comer a solas y en sus casas.
- Aproximadamente una tercera parte de ellos escogerá un peso dentro de los valores normales como su peso corporal ideal.
- Entre un 25 y un 35 % de los pacientes, han tenido una historia previa de anorexia nerviosa.
- La mayoría de los pacientes bulímicos muestra signos y síntomas depresivos, tienen problemas de relaciones interpersonales, de autoconcepto y conductas impulsivas, mostrando niveles elevados de ansiedad y compulsión.<sup>29</sup>

### 2.3.3 Familia y Adolescentes

En la adolescencia el individuo es vulnerable sobre todo por el conflicto que se crea en él, ante el deseo de seguir siendo niño, es decir ante la dependencia y el deseo de protección que aún está en él, y el impulso a convertirse en adulto. Durante este proceso de valoración se deben integrar la afectividad, la confianza y la seguridad de tal manera que le ayuden al adolescente a ser cada vez más autónomo y que le garantice positivamente la etapa de madurez necesaria para desarrollarse como un adulto.<sup>32</sup>

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padres, madre, hermanos, etc.) que puede o no tener vínculos consanguíneos, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por un proceso denominado ciclo vital de la vida familiar, los cuales son: el nacimiento, crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. Tiene además una finalidad, generar nuevos individuos a la sociedad.

El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.<sup>33</sup>

#### **Tipos de familia según estructura**<sup>34</sup>

- Familia nuclear o elemental: es la unidad familia básica que se compone de padre, madre e hijos. Estos últimos pueden ser la

descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

- Familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con unos de ellos, por lo general la madre; la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

Uno de los principales problemas es la situación económica en la que quedan y la responsabilidad del progenitor por sus hijos. La búsqueda de empleo para el padre o la madre les resulta un problema, debido a que no hay quien cuide a sus hijos en las horas de trabajo. Es importante recalcar que para subsistir los miembros de la familia deben cumplir roles que algunas ocasiones no les competen, por ejemplo; el progenitor sale a trabajar y el hijo/a mayor tiene que cumplir roles de crianza de sus hermanos menores, lo cual puede perjudicar su identidad y desarrollo de vida normal. Generalmente estas son las dificultades más frecuentes que atraviesan los/as adolescentes, lo cual repercuten en el desarrollo físico y emocional o en el ciclo de la adultez, y podrían llegar a posibles conflictos emocionales de identidad, autoestima, autoconcepto. De acuerdo a esto, se puede observar si los jóvenes están en riesgo o no de asumir conductas inapropiadas que van a influenciar en su vida

- Familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás.<sup>33</sup>

De esta manera, debemos reconocer en la familia extensa tanto en los abuelos como en los tíos, una red importante de apoyo social para el menor infractor o en riesgo.

#### **2.3.4 Prevención de los trastornos alimentarios**

Las medidas de una política de prevención deben incidir en todos y en cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad, y sobre todo, aquellos que sean comunes a gran parte de la población afectada.<sup>31</sup>

Los programas preventivos se pueden dividir en tres niveles:

##### **Prevención primaria**

La enfermera brinda información, que va dirigida primero a los sujetos de riesgo, y a sus familiares, segundo a la población en general. El lugar donde se debe ejercer esta prevención debe ser en colegios, universidades y centros de salud.

***Modificación de conductas precursoras de la enfermedad:*** desarrollar programas que incidan en la corrección de aquellas conductas que se ha demostrado son precursoras de los trastornos alimentarios. La conducta a corregir más frecuente es la que establece que esas niñas o adolescentes varíen la dieta por motivos no claramente justificados o se inicien en dietas restrictivas, con la finalidad de mejorar su figura.

***Identificación de los grupos de riesgo:*** mediante cuestionarios, se pueden detectar aquellos sujetos que están en situaciones de padecer la enfermedad, sobre este grupo de riesgo deberá incidir un paquete de

medidas que pueden ir desde la información al seguimiento, intentando evitar la aparición del trastorno. Estos grupos de riesgo suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso o tamaño, pero solo una minoría será la que cumpla criterios diagnósticos, por lo que es de gran interés detectar precozmente este grupo y trabajar con él.

***Acción sobre los estereotipos culturales y sociales:*** la actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable, la pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos, las formas para conseguirlo son muy variadas y no todas son las correctas, algunas incluso son claramente perjudiciales para la salud.

***Educación escolar:*** prevenir los trastornos de la alimentación puede significar la obligación e establecer medidas muy tempranas; programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenir los trastornos de la alimentación, se ha observado que si se reduce el número de personas jóvenes que hacen dieta en forma innecesaria se reduce la incidencia de TCA.

***Educación paterna:*** una de las causas de TCA es el inestable clima familiar, por lo tanto se debe actuar: educando a los padres sobre las características fisiológicas, psicológicas, cognitivas y emocionales de los adolescentes. Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayuda a sus hijos a solucionar problemas. Facilitar la expresión de

sentimientos paternos y ayudarles a identificar las razones de las respuestas de a los adolescentes.

### **Prevención secundaria**

**Diagnostico precoz:** cuando la pérdida de peso alarma a las familias que también han observado la presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por la figura y el peso, acostumbran a llevar al enfermo al médico.

**Tratamiento correctos:** en muchas ocasiones e demora el proceso de curación no porque la paciente no se inicie en tratamientos para los TCA sino porque estos no son lo adecuados o son insuficientes.

Una autentica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes aéreas comprometidas. Dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

### **Prevención terciaria**

Por razón de la novedad de los trastornos o por considerar que este, en último término, se puede resolver favorablemente con el tiempo, ha hecho que los profesionales no se hayan planteado aún, que hay un grupo importante de pacientes crónicas a las que se puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y sus complicaciones más severas.

Algunas familia después de repetidos intentos de tratamiento, se puede sentir fracasados aceptando con fatalidad la evolución de la

enfermedad, en estos casos es mejor plantearse mantener la supervivencia y una buena calidad de vida de la paciente.<sup>35</sup>

Dentro de los ejes temáticos de la promoción de la salud se encuentra la alimentación y nutrición saludable. La condición saludable en Alimentación y Nutrición radica en el ejercicio de prácticas acordes y relacionadas con el mantenimiento de la salud durante todas las etapas de la vida. Las prácticas saludables en Alimentación y Nutrición son determinadas por un conjunto de factores dependientes de aspectos biológicos, psicológicos, entorno familiar, cultura y valores a nivel familiar, así como los aspectos del medio ambiente, del nivel organizativo de la sociedad y de las políticas públicas destinadas a garantizar la seguridad alimentaria.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna, en el entendido de que el acceso a los alimentos es un derecho inherente de las personas. El desafío educacional, la generación de capacidades comunitarias para solucionar los problemas según las necesidades reales y sentidas por la comunidad, el compromiso entre los sectores o el estado, y el establecimiento de alianzas estratégicas en pro de comportamientos saludables, son anhelos que pueden ser impulsados desde la perspectiva integral de promoción de la salud.<sup>36</sup>



### **2.3.5 Rol de Enfermería en la Promoción de la Salud**

La enfermería de salud pública tiene dentro del equipo de salud una función doble: suministra cuidado de salud y al mismo tiempo desarrolla un programa de educación para la salud. Su función es esencialmente de naturaleza educativa, su objetivo es mejorar el nivel de salud de la población inculcando prácticas y hábitos saludables, su método de trabajo es la visita al hogar, a los colegios y a la comunidad para enseñar al grupo cómo cuidar su salud mediante las entrevistas, las demostraciones, lluvia de ideas, talleres y trabajos de grupo a fin de promover el aprendizaje de la persona a través de un proceso simple interactivo y enfocado hacia el logro de los objetivos. En síntesis, la enfermera de salud pública o comunitaria trabaja muy cerca de la comunidad, conoce los problemas médicos, sociales, culturales y familiares del sector de población asignado a su cuidado y siempre está tratando de ayudar a solucionar las dificultades existentes.<sup>37</sup>

### **2.3.6 Teoría de Nola Pender – Modelo de promoción de la salud**

Nola Pender teórica de enfermería; con su modelo Promoción de la salud, a través del cual se formuló el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así cambios positivos en la vida de las personas. Representa las interrelaciones entre factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para el estudio de cómo las personas toman decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

Este modelo explica que las personas buscan crear condiciones de la vida donde puedan expresar su propio potencial de la salud humana, buscan regular de forma activa su propia conducta, siendo los profesionales sanitarios parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.

Permite ayudar al individuo a identificar sus necesidades y motivar a través de estas su cambio de conducta. Así mismo por tratarse de la enfermera una profesión que se ocupa principalmente de los cuidados posee todas las herramientas para acompañar a las personas y sus familiares en el cuidado de la salud. En este sentido, Nola Pender considera que promocionar la salud significa evitar o disminuir algún riesgo para la salud y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida.

Es así, que, la atención de enfermería se basa en fomentar, promover y fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, para conseguir su máximo potencial y bienestar en salud; buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno.<sup>38</sup>

## ***2.4 Definición de términos***

**Adolescencia:** Es el periodo de desarrollo biológico, psicológico, social y sexual que generalmente se da entre los 13 y los 20 años. Esta etapa es el comienzo de la identidad personal.

**Anorexia nerviosa:** Es un trastorno mental y del comportamiento, caracterizado por el rechazo voluntario de los alimentos, miedo intenso a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada.

**Bulimia nerviosa:** Es un trastorno alimentario caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en períodos de tiempo muy cortos, para después buscar o eliminar el exceso de alimento a través de vómitos, purgas o laxantes

**Riesgo:** El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.

**Trastornos de la conducta alimentaria:** Enfermedad causada por un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos erróneos de su cuerpo o darse atracones incontrolables de comida.

## ***2.5 Hipótesis***

### **General**

- Existen diferencias en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria entre adolescentes de secundaria de la institución educativa pública y privada respectivamente.

### **Específicos**

- Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública presentan mayor riesgo de trastornos de conducta alimentaria que los adolescentes de la institución educativa privada.
- El puntaje obtenido en el Factor Control oral es mayor en los adolescentes de ambas instituciones educativas.
- En los adolescentes de sexo femenino la presencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria es mayor que en los adolescentes de sexo masculino en ambas instituciones educativas.
- Los adolescentes de ambas instituciones educativas que pertenecen a una estructura familiar monoparental presentan mayor riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Los adolescentes de ambas instituciones educativas de 15 años de edad presentan mayor riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

## ***2.6 Variable***

Riesgo en Trastornos de conducta alimentaria (ANEXO 4)

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### ***3.1 Tipo de investigación***

El estudio es de tipo cuantitativo porque hace uso de la estadística aplicada permitiendo la descripción, y la síntesis de los datos de las variables investigadas para su análisis, generalización y objetivación de los resultados.

### ***3.2 Diseño de investigación***

Diseño descriptivo, puesto que busca analizar, especificar, caracterizar el fenómeno que se estudió en la variable. Comparativo, porque determina las diferencias en cuanto al riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria de una institución educativa pública y privada. Es de corte transversal, porque la información se tomó tal como se presenta en un tiempo determinado; con un diseño no experimental.

### ***3.3 Lugar de ejecución de la investigación***

El trabajo de investigación se desarrolló en el distrito de Los Olivos, que es uno de los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima. Se trabajó en dos Instituciones Educativas, público y privado.

La Institución Educativa Privada “Santa María de la Providencia”, cuenta con dos sedes. La primera sede se encuentra ubicada en el Jr. Cesar Vallejo Mz F Lote 1– Urb. Los Pinares, Los Olivos, aquí encontramos el nivel secundario, es de material noble, tiene cuatro pisos, posee ambientes para las aulas de clase (20 aulas), dirección, subdirección, sala de cómputo, laboratorio de biología y química, biblioteca, servicios higiénicos, patio central y una zona deportiva, tiene turno mañana contando con una capacidad de 430 alumnos de nivel secundario. La segunda sede tiene nivel inicial y primario, ubicado en el Jr. Cesar Vallejo Mz E Lote 2 – Urb. Los Pinares, Los Olivos. El tipo de alumnos que acude a la Institución Educativa Privada es de condición media alta y media baja.

La Institución Educativa Pública 3087 “Carlos Cueto Fernandini” ubicado en Avenida Las Palmeras S/n cuadra 44, presenta primaria y secundaria, es de material noble, tiene dos pisos, posee ambientes para las aulas de clase (45 aulas), dirección, sub dirección, sala de computo, laboratorio, servicios higiénicos, dos patios centrales. Actualmente cuenta con 1014 alumnos distribuidos en el turno mañana y tarde, en el turno mañana están las secciones de A, B, C, D y E y en el turno tarde están las secciones F,G y H. El tipo de alumnos que acude a la Institución Educativa Pública es de condición media baja.

### ***3.4 Universo, selección, muestra y unidad de análisis***

Actualmente la educación secundaria de la Institución Educativa Privada está constituida: de 1ro. a 5to. de secundaria cada uno con 3 secciones (A, B y C).

La población de estudio estuvo constituida por 246 Estudiantes de 3 al 5to. año de secundaria de la Institución Privada “Santa María de la Providencia”.

Para fines del estudio se tomaron las aulas de 3° a 5° de secundaria, las cuales están distribuidas de la siguiente forma:

- 3er año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 90 Estudiantes
- 4to año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 98 Estudiantes
- 5to año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 58 Estudiantes

Con el fin de obtener un tamaño muestral, se hará uso de la fórmula de poblaciones finitas para determinar proporciones, la cual tiene la siguiente presentación:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.962$  (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (p = 0.5 (50%))

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

Reemplazando en la fórmula tenemos:

$$n = \frac{246 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(0.05)^2 (246-1) + (1.96)^2 (0.50 * 0.50)} = \frac{236.16}{1.5725}$$

n = 150.18 = 150 estudiantes en total

Luego se aplicó una distribución equitativa de la muestra calculada en función a las aulas seleccionadas para el estudio, haciendo uso de un muestreo estratificado, con el siguiente patrón:

$$\text{Proporción} = \frac{n}{N} * (\text{poblacion total por grado de secundaria})$$

$$\text{Para el aula 3}^\circ = (150 / 246) * 90 = 54,8 = 55 \text{ alumnos}$$

$$\text{Para el aula 4}^\circ = (150 / 246) * 98 = 59,7 = 60 \text{ alumnos}$$

$$\text{Para el aula 5}^\circ = (150 / 246) * 58 = 34,7 = 35 \text{ alumnos}$$

Actualmente la educación secundaria de la Institución Pública está constituida: de 1ro. a 5to. de secundaria cada uno con 5 secciones (A, B, C, D y E).

La población de estudio estuvo constituida por 325 Estudiantes de 3 al 5 to. Año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Carlos Cueto Fernandini”.

Para fines del estudio se tomaron las aulas de 3° a 5° de secundaria de las secciones A, B y C, las cuales están distribuidas de la siguiente forma:

- 3er año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 128 Estudiantes
- 4to año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 94 Estudiantes
- 5to año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 103 Estudiantes

Con el fin de obtener un tamaño muestral se hará uso de la fórmula de poblaciones finitas para determinar proporciones, la cual tiene la siguiente presentación:

$$n = \frac{325 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(0.05)^2 (325-1) + (1.96)^2 (0.50 * 0.50)} = \frac{312}{1.77}$$



$n = 176.27 = 176$  estudiantes en total

Luego se aplicó una distribución equitativa de la muestra calculada en función a las aulas seleccionadas para el estudio, haciendo uso de un muestreo estratificado, con el siguiente patrón:

Proporción =  $(n/N) * (\text{poblacion total por grado de secundaria})$

Para el aula 3° =  $(176 / 325) * 128 = 68.7 = 69$  alumnos

Para el aula 4° =  $(176 / 325) * 94 = 50.9 = 51$  alumnos

Para el aula 5° =  $(176 / 325) * 103 = 55.7 = 56$  alumnos

### ***3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión***

#### **Criterios de Inclusión:**

- Adolescentes matriculados en las Instituciones Educativas Pública y Privada de 3ero, 4to y 5to de secundaria de las secciones A, B y C.
- Adolescentes que asisten el día de la evaluación.
- Adolescentes de 13 a 17 años.
- Adolescentes cuyos padres aceptaron el consentimiento informado.
- Adolescentes que aceptaron voluntariamente participar en la encuesta.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adolescentes que por algún motivo se encuentre ausentes y no hayan acudido a las Instituciones Educativas al momento de aplicar el instrumento.
- Adolescentes que están limitados para leer y escribir.
- Adolescentes con alguna enfermedad metabólica.

### ***3.6 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos***

Para la presente investigación la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, con el fin de obtener información de los sujetos de estudio; este instrumento tuvo una presentación e instrucciones breves, datos generales y datos específicos a la variable de estudio.

Luego se realizó las coordinaciones respectivas para identificar a los alumnos de ambas Instituciones Educativas, quienes fueron elegidos aleatoriamente y la prueba duró aproximadamente 20 minutos para cada sección.

El cuestionario que utilizamos fue el EAT-26, diseñado por Garner y Cols (1982) a partir del análisis factorial de la versión original EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979) validada en castellano (Castro y Cols, 1991); con una confiabilidad de 84%, esta prueba ha sido utilizada inicialmente como una herramienta de “screening” para la anorexia nerviosa pero en la actualidad se utiliza para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en Instituciones Educativas, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas. Los ítems de la prueba se agrupan en 3 factores:

El Factor 1: Dieta que se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a). Está compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25.

El Factor 2: Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia. Contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21

El Factor 3: Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso. Compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, muy a menudo, a menudo, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, a menudo 1 punto, muy a menudo 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 la puntuación es la siguiente: siempre, muy a menudo, a menudo 0 puntos; a veces 1 punto; rara vez 2 puntos y nunca 3 puntos.

El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

### ***3.7 Procesamiento de Datos***

La información obtenida en el estudio fue registrada manualmente, haciendo uso de una codificación por cada pregunta del instrumento aplicado, donde se realizó el análisis descriptivo, calculando el promedio, la desviación estándar o las frecuencias y porcentajes según la variable cuantitativa. Se respetó los puntajes ya establecidos por el instrumento según el autor del mismo, es decir el riesgo o no de desórdenes alimentarios. Para la comparación de las Instituciones Educativas se hará uso del programa SPSS versión 19, a fin de establecer diferencias entre los riesgos a padecer trastornos de Conducta Alimentaria.

### ***3.8 Aspectos Éticos***

La presente investigación fue evaluada por la Dirección de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y por las autoridades de las Instituciones Educativas Pública y Privada respectivamente; asimismo, por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma para su aprobación. Los resultados obtenidos fueron manejados por el evaluador y la investigación mantuvo el anonimato de los participantes y de las Instituciones. Se les garantizará a los encuestados que los datos obtenidos no serán utilizados en beneficio propio de algunas entidades privadas, que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de las poblaciones en estudio, garantizándoles la protección de su dignidad y privacidad de la información.

La investigación cumplió con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia porque por ningún motivo los participantes sufrieron daños ante su persona, principio de respeto a la dignidad humana porque recibieron información sobre la investigación y ellos decidieron si deseaban participar o no mediante el consentimiento y asentimiento informado, principio de justicia porque todos los sujetos tuvieron la misma posibilidad de participar en el estudio y no por disponibilidad, manipulación o amistad con las investigadoras, principio de derecho a la intimidad porque su información privada no fue compartida por más gente.

### ***3.9 Análisis de datos***

Para la realización del análisis de datos se procedió a asignar códigos a las respuestas de cada pregunta del test aplicado, para luego ser tabuladas de manera electrónica y generar una base de datos en Excel 2010 para ser

exportada al SPSS v. 19. La escala de valoración de la variable de riesgo de TCA, ha sido determinada por los autores del Test EAT – 26, como normalidad y riesgo.

Para la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos e hipótesis de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial mediante la aplicación de la T de Student para muestras no relacionadas.

## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### ***4.1 Resultados:***

A continuación se presentan los resultados y análisis de la presente investigación.

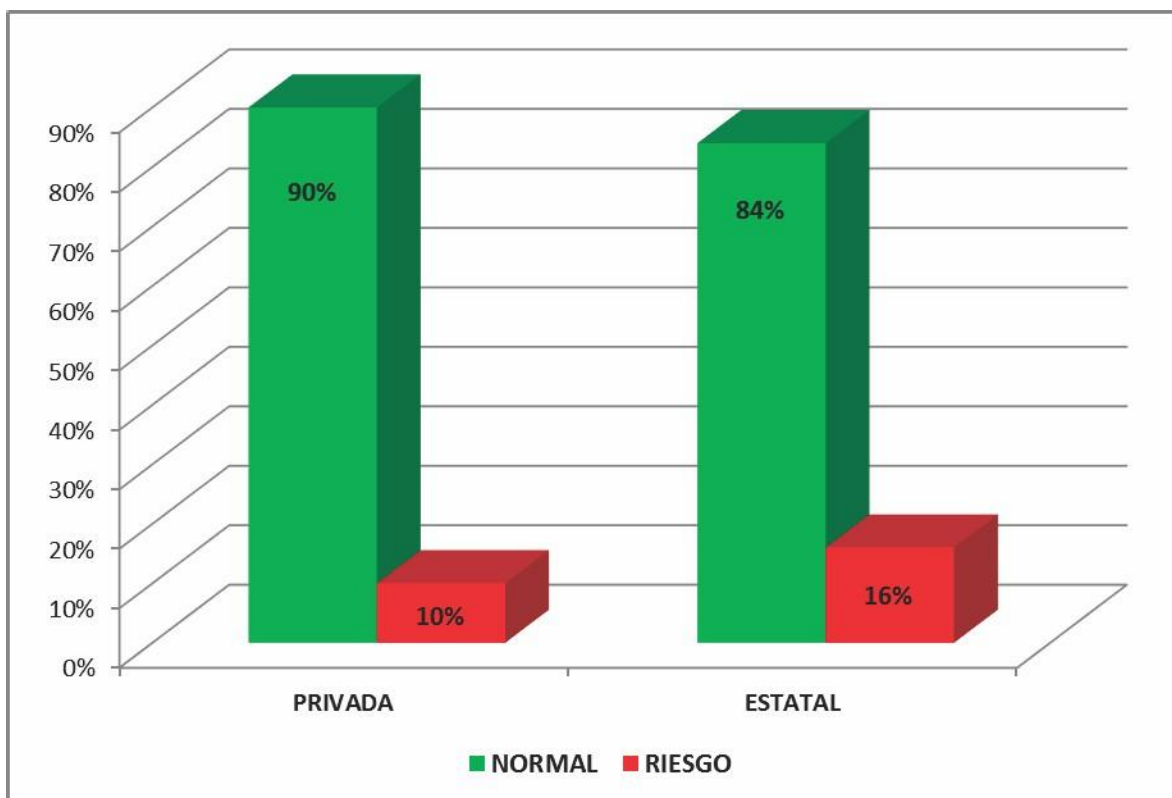
**Tabla 1: Datos generales de adolescentes de secundaria de Instituciones Educativas Pública y Privada de Los Olivos- 2013**

DATOS	CATEGORIA	PÚBLICA		PRIVADA	
		N=176	100%	N=150	100%
<b>Edad</b>	14 años	37	21	53	35
	15 años	46	26	36	24
	16 años	45	26	39	26
	17 años	48	27	22	15
<b>Género</b>	Femenino	103	59	72	48
	Masculino	73	41	78	52
<b>Procedencia</b>	Lima	126	72	129	86
	Provincias	50	28	21	14
<b>Grado</b>	3°	69	39	55	37
	4°	51	29	60	40
	5°	56	32	35	23
<b>Estructura Familiar</b>	Nuclear	135	77	130	87
	Monoparental	22	13	13	9
	Extensa	19	10	7	4

Los adolescentes de la Institución Educativa Pública (n=176) tienen edades de 14 años 21% (37), 15 años 26% (46), 16 años 26% (45) y 17 años 27% (48), la mayoría pertenecen al género femenino 59% (103), proceden de Lima 72% (126) y la estructura de sus familias es nuclear 77% (135).

Los adolescentes de la Institución Educativa Privada (n=156) tienen edades de 14 años 35% (53), 15 años 24% (36), 16 años 26% (39) y 17 años 15% (22), pertenecen al género masculino 52% (78), proceden de Lima 86% (129) y la estructura de sus familias es nuclear 87% (130).

**Gráfico 1: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria de Instituciones Educativas Pública y Privada de Los Olivos - 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Privada (n=150) presentan riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria 10% (15) y en la Pública (n=176) 16% (28).



**Tabla 2: Diferencia de Riesgos de Trastorno de Conducta Alimentaria de adolescentes de secundaria de Instituciones Educativas Pública y Privada de Los Olivos- 2013**

INSTITUCIÓN				
EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	DIFERENCIA	T
PROMEDIO	10,43	7,45	2,98	
DESVIACIÓN ESTANDAR	9,93	9,42	0,51	<b>0,5366</b>

(\*)  $p= 0,05$

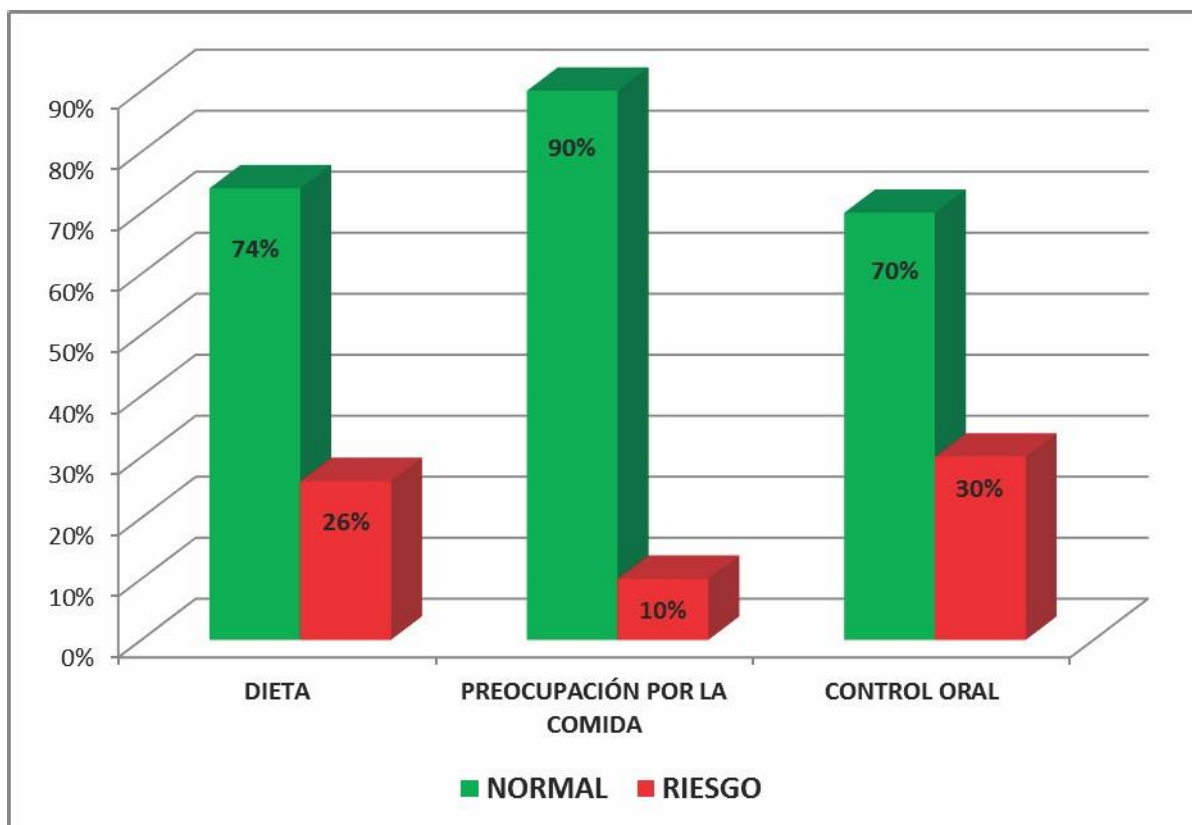
Alfa= 1,96

**H<sup>1</sup>:** Las instituciones pública y privada presentan diferencias significativas con respecto a la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria.

**H<sup>0</sup>:** Las instituciones pública y privada no presentan diferencias significativas con respecto a la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria.

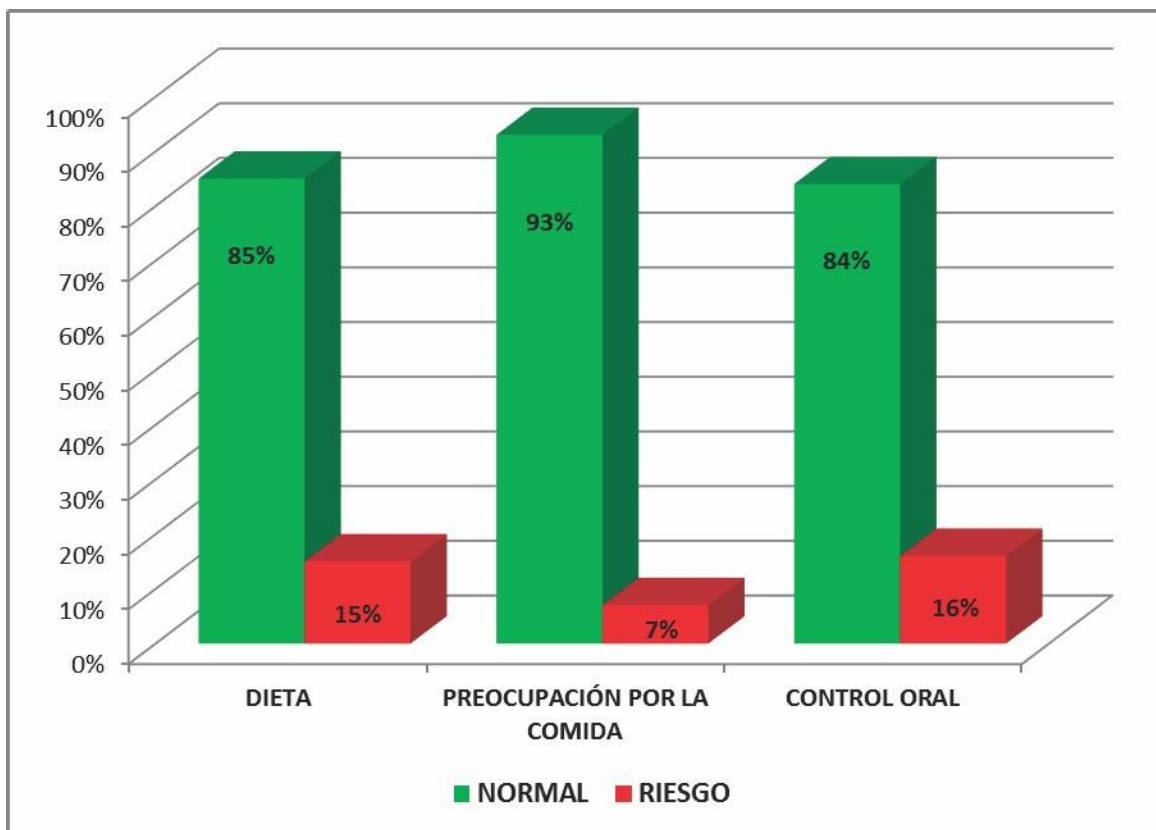
Dado que el valor **T de Student es 0,5366** y este es menor que el valor critico de **1.96**, se puede afirmar que la diferencia entre las medias no es distinta de cero, y por tanto las medias de las muestras de ambas instituciones educativas no son significativamente diferentes a un intervalo de confianza del 95%.

**Gráfico 2: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según factores de una Institución Educativa Pública de Los Olivos- 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Pública (n=176) presentan riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria según factores de dieta 26% (45), preocupación por la comida 10% (18) y control oral 30% (53).

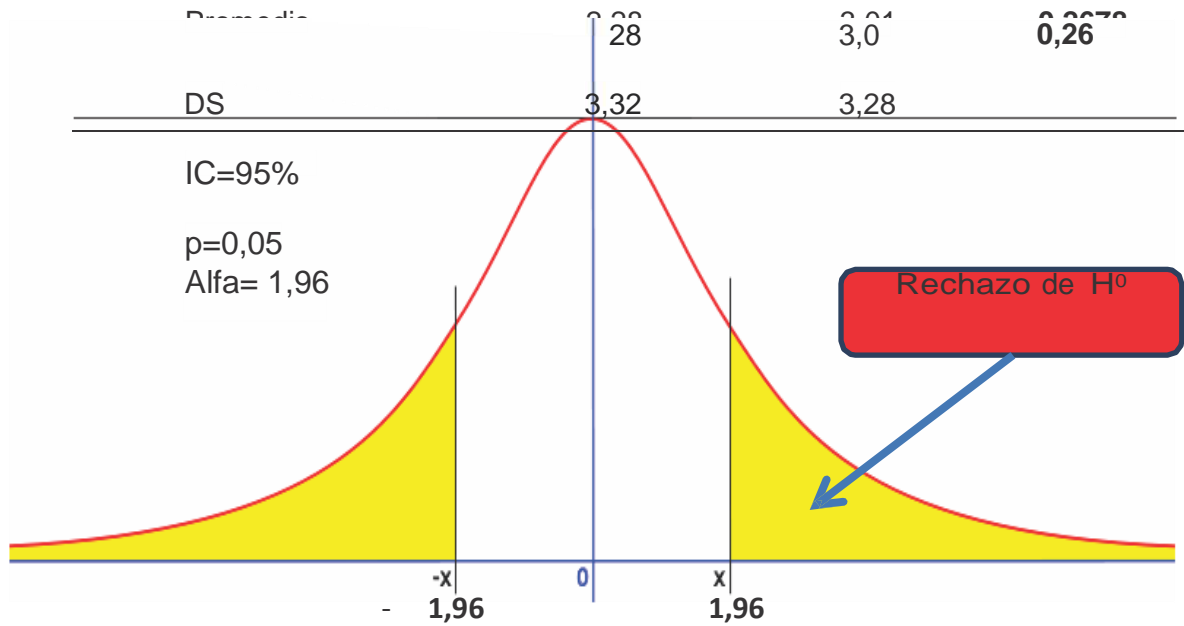
**Gráfico 3: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según factores de una Institución Educativa Privada de Los Olivos - 2013**



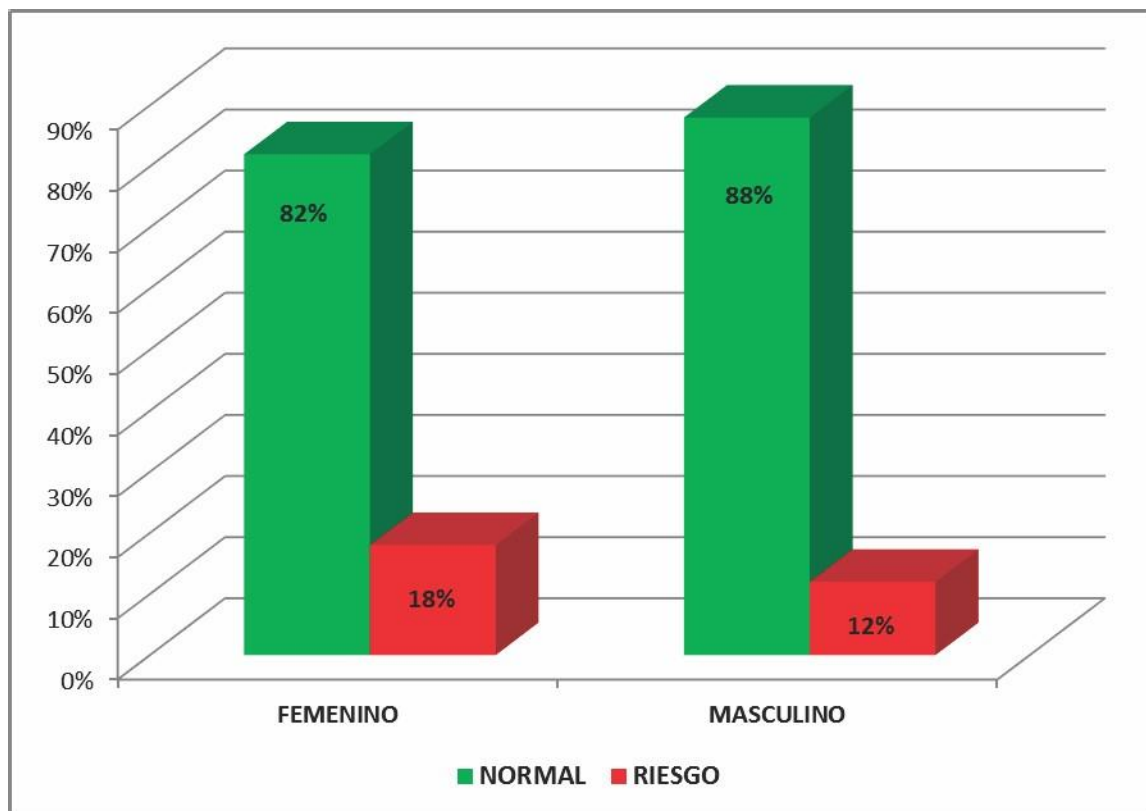
Los adolescentes de la Institución Educativa Privada (n=150) presentan riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria según factores de dieta 15% (22), preocupación por la comida 7% (10) y control oral 16% (24).

**Tabla 3: Prueba de Diferencias de Medias de la Instituciones Educativas Pública y Privada según Factores**

DIETA	Privada	Pública	t
Promedio	4,2	10,81	- 4,3742
DS	5,82	6,11	
<b>PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA</b>			
Promedio	0,96	1,66	- 0,1494
DS	1,61	2,23	
<b>CONTROL ORAL</b>			
Promedio	2,28	3,04	0,2677
DS	3,32	3,28	

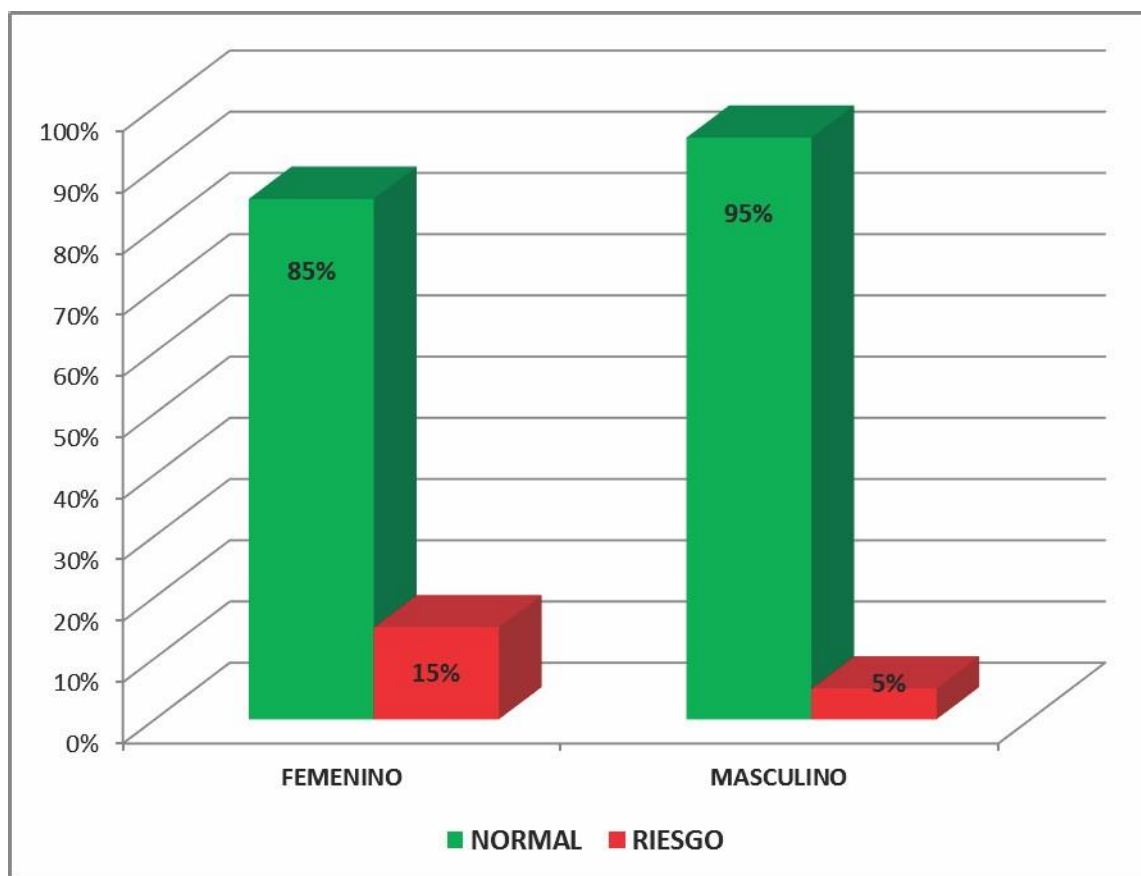


**Gráfico 4: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según género de una Institución Educativa Pública de Los Olivos - 2013**



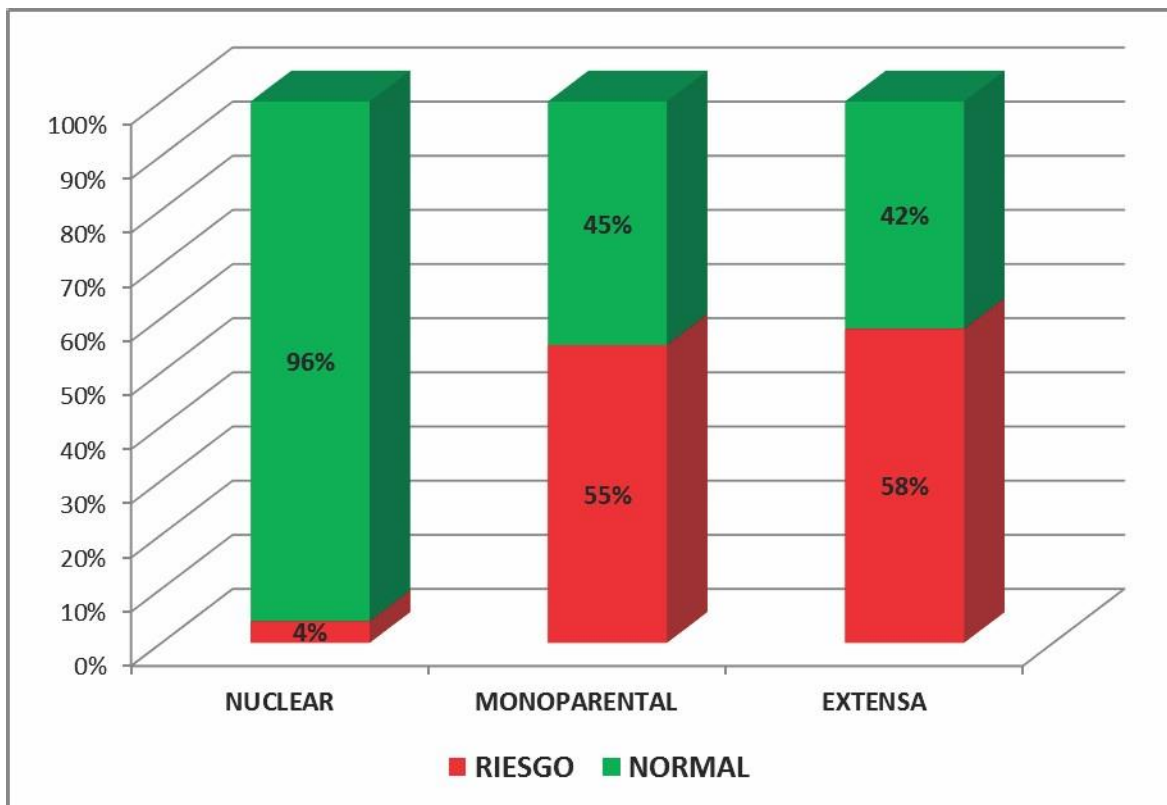
Los adolescentes de la Institución Educativa Pública de género femenino (n=103) presenta riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria en un 18% (19) y respecto a al masculino (n= 73) 12% (9).

**Gráfico 5: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según género de una Institución Educativa Privada de Los Olivos- 2013**



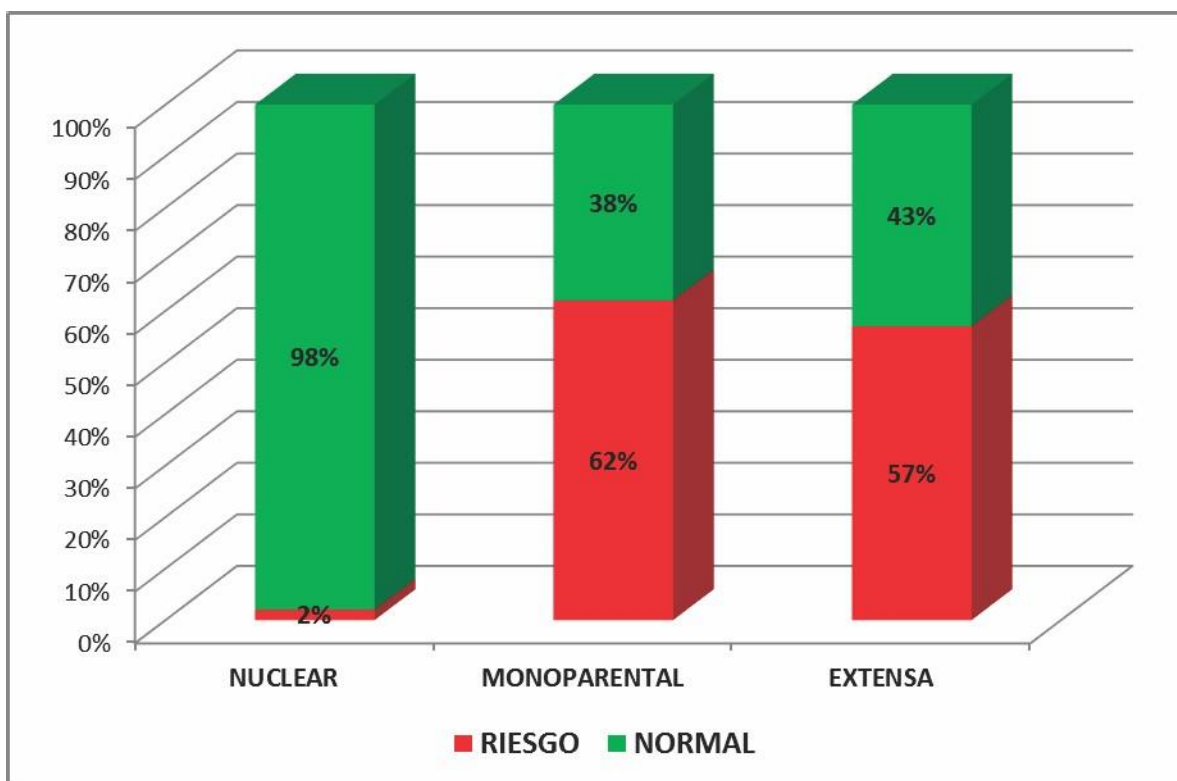
Los adolescentes de la Institución Educativa Privada de género femenino (n=72) presenta riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria en un 15% (11) y respecto al masculino (n= 78) 5% (4).

**Gráfico 6: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según estructura familiar de una Institución Educativa Pública de Los Olivos - 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Pública de acuerdo a la estructura familiar nuclear (n= 135) presentan riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria 4% (5), monoparental (n=22) 55% (12) y de acuerdo al tipo extensa (n= 19) 58% (11).

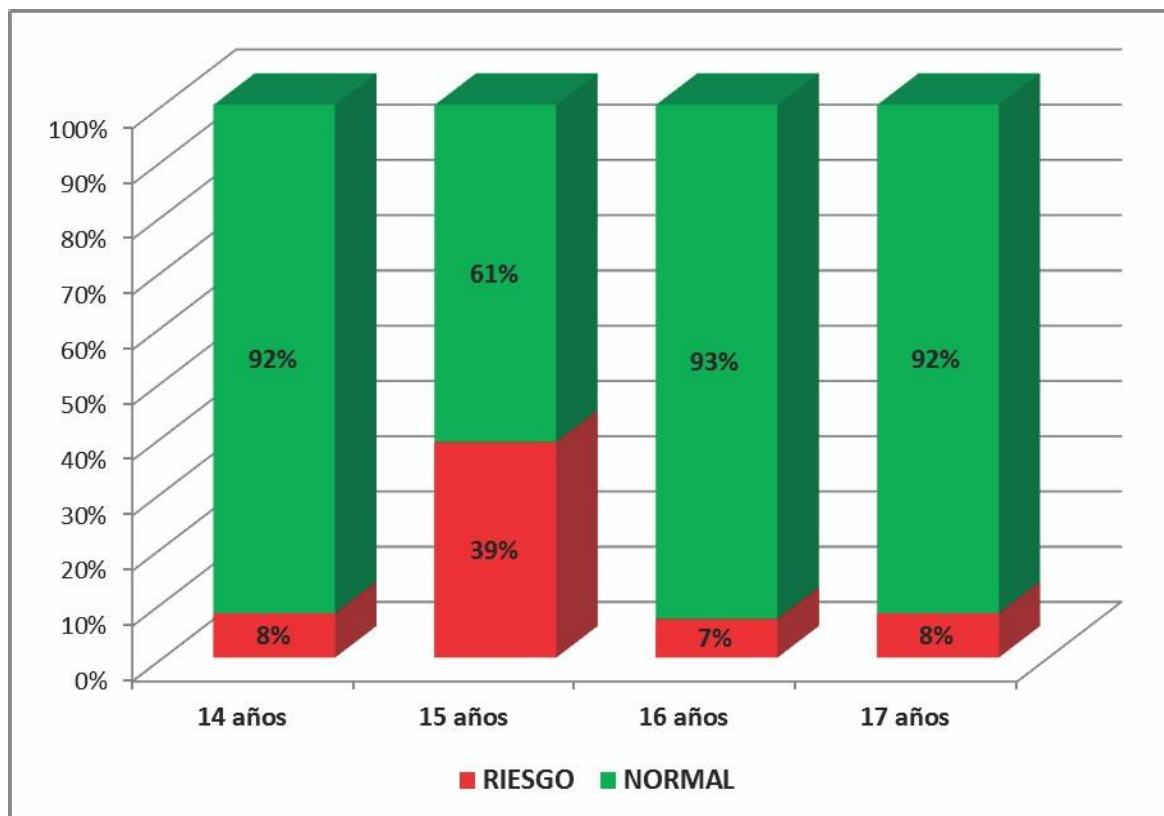
**Gráfico 7: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según estructura familiar de una Institución Educativa Privada de Los Olivos - 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Privada de acuerdo a la estructura familiar nuclear (n= 130) presentan riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria 2% (3), monoparental (n=13) 62% (8) y de acuerdo al tipo extensa (n= 7) 57% (4).

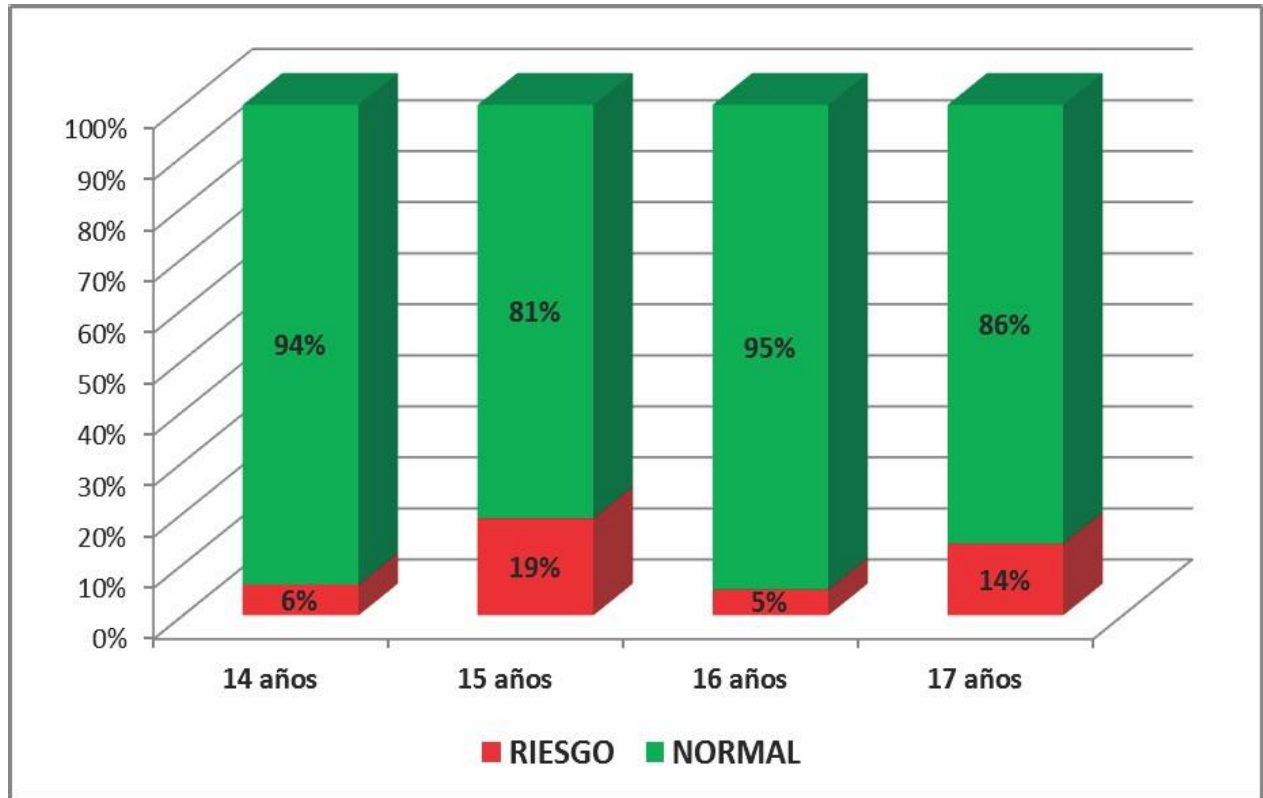


**Gráfico 8: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según edad de una Institución Educativa Pública de Los Olivos – 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Pública presentan riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria los adolescentes que tienen 15 años de edad (n=46) 39% (18) mientras que para los que tienen 14 años de edad (n=37) 8% (3), 16 años (n=45) 7% (3) y 17 años (n=48) 8% (4).

**Gráfico 9: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria según edad de una Institución Educativa Privada de Los Olivos - 2013**



Los adolescentes de la Institución Educativa Privada presentan riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria los adolescentes que tienen 15 años de edad (n=36) 19% (7) mientras que para los que tienen 14 años de edad (n=53) 6% (3), 16 años (n=39) 5% (2) y 17 años (n=22) 14% (3).

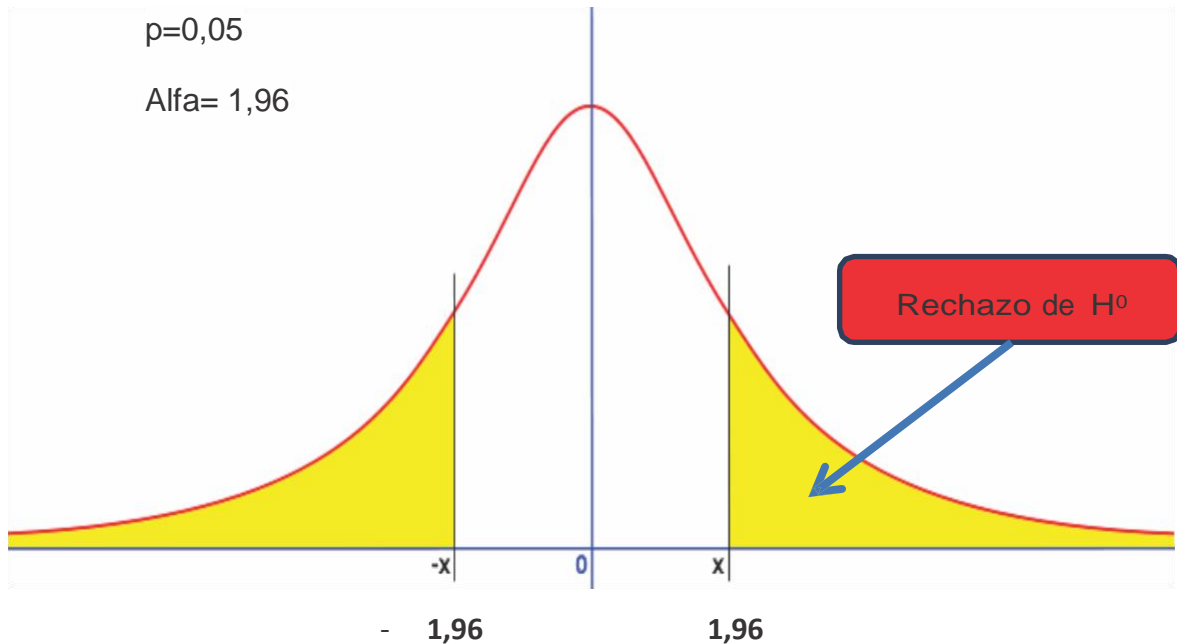
**Tabla 4: Prueba de Diferencias de Medias de la Institución Educativa Pública de Los Olivos - 2013**

GÉNERO	Masculino	Femenino	t
Promedio	9,4	10,94	- 2,3312
DS	9,65	10,08	
ESTRUCTURA FAMILIAR	Adecuada	Inadecuada	
Promedio	9,7	7,5	1,7975
DS	10,81	9,51	
EDAD	14 – 15	16 – 17	
Promedio	9,2	10,81	-2,0126
DS	7,3	9,65	

IC=95%

p=0,05

Alfa= 1,96



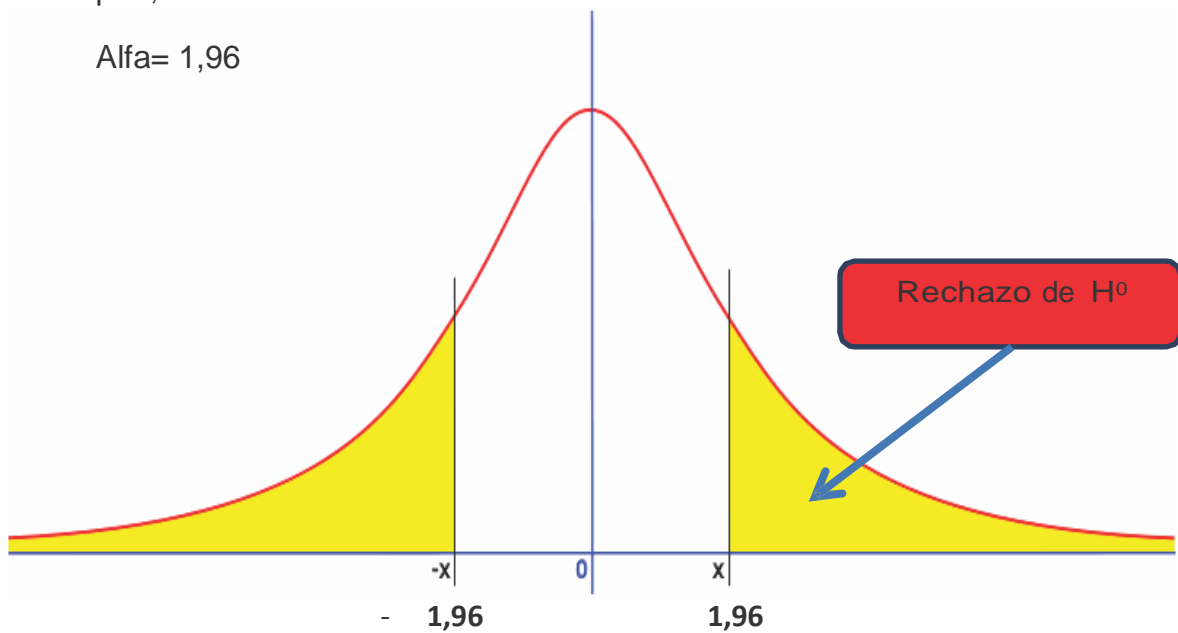
**Tabla 5: Prueba de Diferencias de Medias de la Institución Educativa Privada de Los Olivos - 2013**

GÉNERO	Masculino	Femenino	t
Promedio	9,74	5,23	<b>-6,7850</b>
DS	12,13	5,21	
ESTRUCTURA FAMILIAR	Adecuada	Inadecuada	
Promedio	8,32	7,98	0,4331
DS	7,98	4,76	
EDAD	14 – 15	16 – 17	
Promedio	9,36	11,55	<b>-2,0126</b>
DS	7,98	4,76	

IC=95%

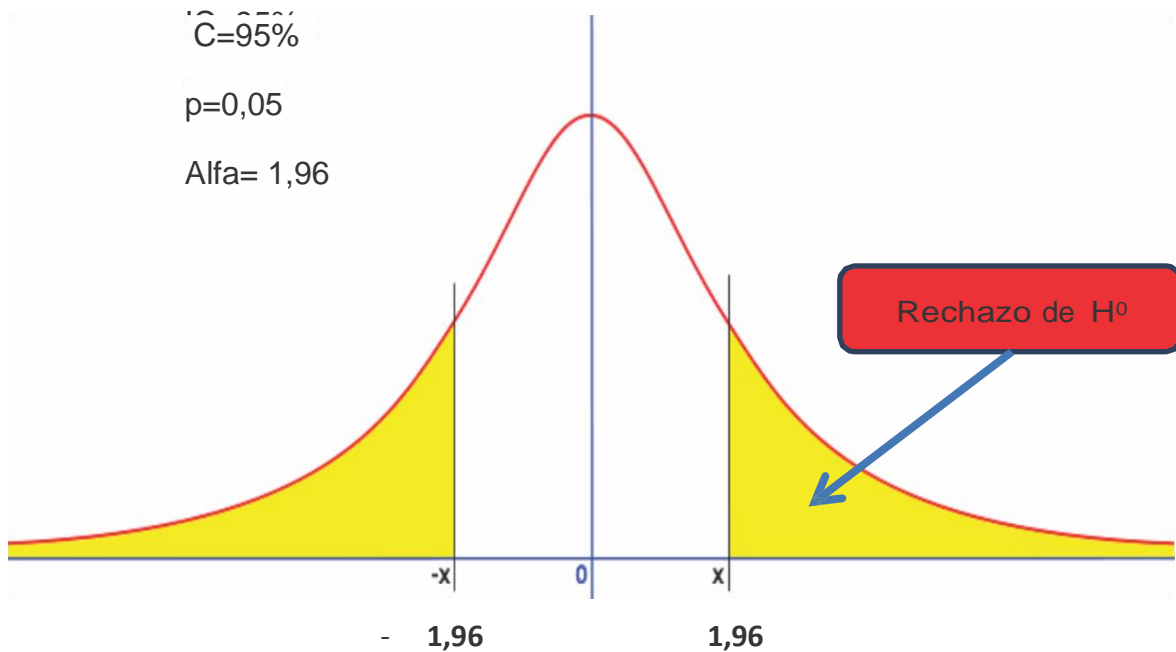
$p=0,05$

Alfa= 1,96



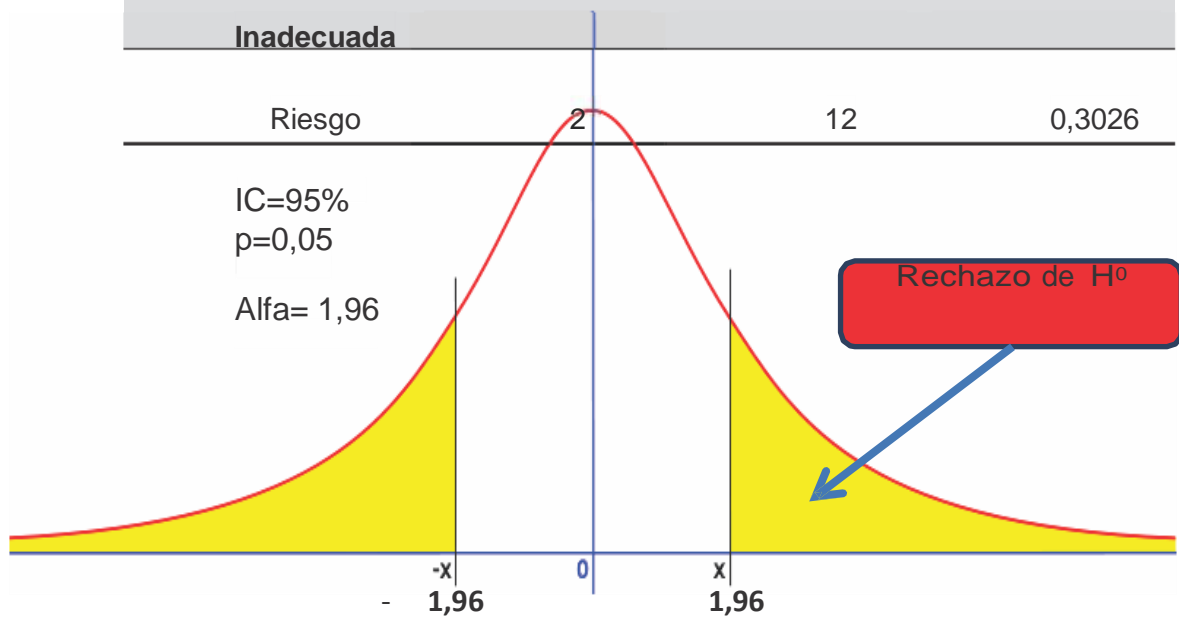
**Tabla 6: Prueba de Proporciones de la Instituciones Educativas Pública y Privada según Factores**

RIESGO GENERAL	Pública	Privada	t
Riesgo	28	15	1,5715
DIETA			
Riesgo	45	22	2,4278
PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA			
Riesgo	18	10	1,1435
CONTROL ORAL			
Riesgo	53	24	2,9902



**Tabla 7: Prueba de Proporciones de la Instituciones Educativas Pública y Privada respecto al Riesgo de Conducta Alimentaria**

Género	Pública	Privada	t
<b>Masculino</b>			
Riesgo	9	4	1,5763
<b>Femenino</b>			
Riesgo	19	11	0,5473
<b>Familia Adecuada</b>			
Riesgo	5	3	0,0664
<b>Familia Inadecuada</b>			
Riesgo	2	12	0,3026



## ***4.2 Discusión***

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) juegan un papel muy importante en una sociedad cambiante y altamente globalizada. Los adolescentes pasan por etapas adaptativas no solo en cuerpo y mente sino también conjugadas por el propio entorno, produciendo en ellos mayor vulnerabilidad, pues se encuentran en pleno desarrollo de su personalidad.

Los resultados del estudio muestran que los adolescentes de la Institución Educativa Pública “Carlos Cueto Fernandini 3087” (n=176) tienen edades de 14 años (21%), 15 años (26%), 16 años (26%) y 17 años (27%), de los cuales la mayoría pertenecen al género femenino (59%), proceden de Lima (72%) y la estructura de sus familias es nuclear (77%). Para el caso de los adolescentes de la Institución Educativa Privada “Santa María de la Providencia” (n=156) las edades fluctúan entre 14 años (35%), 15 años (24%), 16 años (26%) y 17 años (15%), pertenecen al género masculino (52%), proceden de Lima (86%) y la estructura de sus familias es nuclear (87%). (Ver tabla 1)

Luego, de la aplicación del instrumento EAT-26 se pudo determinar que los adolescentes de la Institución Educativa Privada (n=150) presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en un 10% y en la Pública (n=176) un 16%. (Ver gráfico 1) Por lo que se observa que existen diferencias en proporción, entre ambas instituciones educativas, hallándose un mayor porcentaje en la Institución Educativa Pública; pero no siendo significativamente diferentes a un intervalo de confianza 95%. (Ver tabla 2)

Los resultados encontrados podrían aproximarse a lo hallado en Chile por Loreto M y Zubarew M.<sup>13</sup>, “quienes demostraron que el riesgo de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en la población estudiada es de 8,3% y que este es mayor en los colegios pertenecientes a el nivel socioeconómico bajo con un 11,3%, tal como sucede en nuestro estudio.

De igual manera Aguilar S, Berdejo L y Celis R<sup>15</sup>, en Lima, determinaron que la ausencia de la conducta de riesgo es un 75,3% y la presencia un 24,7% de estudiantes de secundaria del colegio Parroquial Nuestra Señora de Rosario, cifra que supera los resultados descubiertos en el estudio, tanto para la Institución Pública y Privada.

Los TCA se inician generalmente en la adolescencia con situaciones que demuestran un deseo ser escuchados u ocupar un lugar dentro de la familia. Está situación es vital importancia en la adolescencia, donde requieren de la aprobación y pertenencia a un grupo social para lograr su autonomía e independencia de los padres. Menciona la UNICEF al respecto que la adolescencia es una etapa de transición hacia la adultez <sup>16</sup>, reconociendo que para los adolescentes el valor de su imagen equivale al valor social consigo mismo y con los otros.

Dentro de los cambios físicos más preocupantes en la adolescencia, está el incremento normal de grasa corporal, el cual se evidencia en una mayor acumulación de grasa en distintas áreas del cuerpo, predominantemente en el área abdominal y la espalda. Estos cambios corporales inician en la etapa temprana de la adolescencia, produciendo en los adolescentes distorsiones de su imagen corporal que los conlleva a preocuparse por el nivel de grasa que



acumula su cuerpo, pues ellos tienden a preocuparse por su físico y el deseo de verse bien, además de buscar mayor aprobación social.<sup>13</sup>

La gravedad de cualquier Trastorno de Conducta Alimentaria se podrá determinar por la duración e intensidad de la misma, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica de nuestro organismo, pues se elimina la percepción de hambre y saciedad. Es necesario que se detecten oportunamente los riesgos de TCA para evitar que progresen y terminen desencadenando un Trastorno Alimentario a temprana edad, es por ello importante llevar a cabo capacitación a los docentes de cualquier Institución Educativa acerca del reconocimiento precoz de dichos trastornos y con ello poder derivar a los adolescentes al nivel de salud correspondiente.

Según factores del instrumento EAT-26 los resultados indican que los adolescentes de la Institución Educativa Pública (n=176) presentan un riesgo de trastornos de la conducta alimentaria según factor Dieta 26% (45), Preocupación por la Comida 10% (18) y Control Oral 30% (53) (ver gráfico 2); mientras que los adolescentes de la Institución Educativa Privada (n=150) presentan un riesgo de según factor Dieta 15%, Preocupación por la Comida 7% y Control Oral 16% (ver gráfico 3). En el presente estudio, el factor Control Oral es una de las conductas de riesgo más utilizadas por los adolescentes de ambas Instituciones Educativas. El Control Oral es aquella actitud que se va reforzar, el control sobre lo que se come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria, como por ejemplo, autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Sin embargo, si estudiamos cada factor por separado y lo comparamos entre las Instituciones Educativas encontramos que existen diferencias

significativas en factor Dieta con un valor de ( $X = -4,37$ ), en cuanto al puntaje obtenido del instrumento EAT-26 (ver tabla 3). Hacer dieta es aquella actitud donde se suprimen algunos grupos de alimentos para asegurar la pérdida de peso, debido a las exigencias de la sociedad; asimismo está relacionado con evitación de alimentos que engordan y preocupación por estar delgado, lo que predispone a presentar un TCA.<sup>26</sup>

Los antecedentes encontrados no muestran datos relacionados a los factores presentes en el instrumento EAT-26.

Los adolescentes de la Institución Educativa Pública en el género femenino ( $n=103$ ) el 18% presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria y respecto al masculino ( $n= 73$ ) con 12% (ver grafico 4), existiendo diferencias significativas entre los promedios del puntaje del Instrumento EAT-26 siendo femenino ( $X=10.94$ ) y masculino ( $9.4$ ) (Ver tabla 4). Mientras en los adolescentes de la Institución Educativa Privada predomina el género femenino ( $n=72$ ) con un riesgo de trastorno de conducta alimentaria del 15% y respecto al masculino ( $n= 78$ ) 5% (Ver grafico 4). Hallándose también diferencias significativas entre los promedios del puntaje del instrumento EAT-26 en ambos géneros; teniendo el género masculino mayor tendencia a desarrollar el riesgo. (Ver tabla 5).

Estos resultados coinciden con lo hallado en Chile por Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C<sup>11</sup> quienes concluyeron que la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en las mujeres y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.

A las mujeres les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa en su cuerpo. Asimismo, las revistas especializadas en belleza y delgadez, además de otros elementos considerados como riesgo están más difundidas socialmente e interiorizadas en mujeres que en hombres. Sin embargo, no debemos dejar de lado el número de varones en riesgo de presentar TCA, pues estos problemas están asociados a los cambios en los estilos de vida y visión del mundo occidental.

Los resultados demuestran que sigue siendo el género femenino el más afectado por este tipo de Trastornos, sin embargo tenemos que considerar también que los varones no dejan de estar expuestos y no escapan a los TCA. Por ello, se debería tomar atención en el aspecto del género y cómo afecta su salud la presencia de este tipo de situación.

De acuerdo a la estructura familiar se observa que los adolescentes de la Institución Educativa Pública que tienen un tipo de familia monoparental presentan un 55% de riesgo en presentar TCA, seguidos de los que viven en familias extensas con un 58%. (Ver gráfico 6). De igual manera, ocurre con los adolescentes de la Institución Educativa Privada, de acuerdo a la estructura familiar monoparental tienen riesgo de presentar TCA un 62%, seguido de la familia extensa con un 57% de riesgo. (Ver gráfico7) Esto indica que los adolescentes que viven en familias desestructuradas tienen mayor riesgo de presentar TCA.

Los antecedentes hallados no muestran datos relacionados sobre la estructura familiar en el riesgo de presentar TCA.

Se observa en los resultados que la estructura familiar esta de alguna manera asociada a la presencia de riesgos de TCA, esto conduce a analizar también la problemática familiar de los adolescentes en las instituciones educativas y favorecer su preparación y formación para que puedan también los padres afrontar la etapa de la adolescencia de sus hijos. Que estén atentos a los cambios que sugiere la actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable, la pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos, las formas para conseguirlo son muy variadas y no todas son las correctas, algunas incluso son claramente perjudiciales para la salud.<sup>32</sup>

Es importante recalcar que las familia monoparentales para subsistir, los miembros de la familia deben cumplir roles que algunas ocasiones no les competen, por ejemplo; el progenitor sale a trabajar y el hijo/a mayor tiene que cumplir roles de crianza de sus hermanos menores, lo cual puede perjudicar su desarrollo de vida normal y podrían llegar a posibles conflictos emocionales de identidad, autoestima y autoconcepto.<sup>33</sup> De acuerdo a esto, se puede observar si los jóvenes están en riesgo o no de asumir conductas inapropiadas que van a influenciar en su vida. Sin embargo, no es posible asegurarlo ya que hasta la fecha, no se dispone de estudios que hayan estudiado la relación de riesgo de presentar TCA con familias monoparentales en el Perú.<sup>33</sup>

Cuando se realizó el análisis según edades en los adolescentes de la Institución Educativa Pública presentaron riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, los que tienen 15 años de edad (n=46) en un 39% (18), muy distante están los adolescentes que tienen 14 años de edad (n=37) 8% (3), 16 años (n=45) 7% (3) y 17 años (n=48) 8% (4) (Ver gráfico 8). Se observa en el

caso de los adolescentes de la Institución Educativa Privada presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria los adolescentes que tienen 15 años de edad (n=36) en un 19% (7) mientras que para los que tienen 14 años de edad (n=53) 6% (3), 16 años (n=39) 5% (2) y 17 años (n=22) 14% (3) (Ver grafico 9). Los resultados muestran que existe mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de 15 años de edad de ambas Instituciones Educativas.

Los resultados hallados podrían compararse con los de Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C<sup>11</sup> en el 2011 donde concluyeron que el grupo etario con mayor riesgo es de 15 a 18 años de edad.

Por otro lado, los resultados hallados en la presente investigación no coinciden con el estudio de Benites A, Carrera L y Chavarry G <sup>14</sup>, en el 2004 donde demostraron que por grupos de edad las adolescentes de 13 a 14 años presentan el mayor porcentaje frente a los trastornos alimenticios, mientras que el grupo de 17 a 18 años presentan menor porcentaje frente a trastornos alimenticios.

En ambas instituciones educativas coincide que la temporada en que surgen este tipo de riesgos de TCA en la educación secundaria es la etapa tardía de la adolescencia, siendo estos resultados significativamente diferentes en ambas instituciones. La etapa tardía de la adolescencia es donde han culminado los cambios físicos y dan paso a la preocupación de su entorno social y empiezan los primeros encuentros con el género opuesto, comienzan a establecer la dieta por motivos no claramente justificados o se inician en dietas restrictivas, con la finalidad de mejorar su figura. Además en la etapa tardía, el

adolescente es influenciado en alto grado por su grupo de compañeros, desconfía de los adultos, le dan gran importancia a la independencia y experimenta un desarrollo cognitivo importante.<sup>21</sup> Por ello, las mujeres tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia.

Según Nola Pender considera que promocionar la salud significa evitar o disminuir algún riesgo para la salud y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida. Es así, que, el cuidado de enfermería se basa en fomentar, promover y fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, para conseguir su máximo potencial y bienestar en salud; buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno.<sup>38</sup> El trabajo preventivo promocional de los profesionales de enfermería en el ámbito educativo tiene que lograr la detección precoz de estos casos, facilitando a los educadores y padres de familia las herramientas necesarias para afrontar dichas situaciones a fin de salvaguardar la salud de los adolescentes, que constituyen una población vulnerable, que requiere de atención y cuidado diferenciado.

## **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### ***5.1. Conclusiones***

- Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria.
- El puntaje obtenido en el Factor control Oral es mayor en ambas instituciones educativas.
- Existe mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes de sexo femenino de ambas instituciones educativas.
- Los adolescentes de ambas instituciones educativas que pertenecen a una estructura familiar monoparental presentan mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria.
- Existe mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes que presentan 15 años de edad.

### ***5.2. Recomendaciones***

- **Investigación:**  
Realizar estudios similares en otras instituciones educativas en adolescentes ambos sexos.

- **Institución:**

Los resultados de la presente investigación puedan servir a la institución educativa a fin de que planteen estrategias conjuntas con centros de salud para la intervención oportuna y evitar los trastornos alimenticios.

- **Profesión:**

Los resultados sirvan para que los profesionales de la salud en especial enfermería aborden dicha problemática desde su espacio en los centros de salud y la comunidad, fomentando promoción de la salud y prevención de enfermedades en los adolescentes.

Para que enfermería con otros profesionales de la salud puedan intervenir con un equipo multidisciplinario a fin de que el abordaje sea holístico en todos los campos en la promoción, prevención y/o tratamiento de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones de Políticas Informe compendiado [en línea] [fecha de acceso 23 de enero del 2014]; URL disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
2. Gorrotxategi P, De la Iglesia E, Santos M, Sánchez I. Conocimientos Y Actitudes Sobre Los Trastornos Del Comportamiento Alimentario. Revista Pediatría De Atención Primaria [en línea]. 2009. [fecha de acceso 12 de mayo del 2012]; No. 92(11). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000700027&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000700027&script=sci_arttext)
3. Arrufat F. Estudio De Prevalencia De Trastornos De La Conducta Alimentaria En La Población Adolescente De La Comarca De Osona. [tesis Doctoral]. España: Universidad de Barcelona; 2006. URL

disponible

en:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42781/1/FJAN\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42781/1/FJAN_TESIS.pdf)

4. Ansion P. Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria-Anorexia Y Bulimia. [base de datos en línea]. Perú: Ministerio de Educación; 2009. [fecha de acceso 22 de mayo del 2012]. URL disponible en: [ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App42.pdf](http://ditoe.minedu.gob.pe/Materiales%20DITOE/App42.pdf).
5. Hasta el 11,4% de adolescentes sufren trastornos alimentarios en el país [base datos en línea]. Lima: Ministerio de Salud; 2010. [fecha de acceso 22 de agosto del 2012]. URL disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/mas\\_notas.asp?nota=9146](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/mas_notas.asp?nota=9146).
6. Macher E. Estudio Epidemiológico De Salud Mental En La Costa Peruana-2006. Rev. Anales de Salud Mental [en línea]. 2007. [fecha de acceso 4 de agosto del 2012]; No. 2(23). URL disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/66947147/Anales-de-Salud-Mental-en-La-Costa-Peruana-2006-INSM-HD-HN-Peru>.
7. Arellano C. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Rev. Anales de Salud Mental [en línea]. 2002. [fecha de acceso 4 de marzo del 2013]; No. 2(28). URL disponible en:  
<file:///C:/Users/soporte/Downloads/56-211-1-PB.pdf>
8. Toledo M. Modelo De Atención De Adolescentes En El Hospital Hermilio Valdizán 2003-2005. Rev. De Psiquiatría Y Salud Mental Hermilio Valdizán. (Lima) 2006; No 2(7): 61.

9. Perú registro un aumento en los casos de anorexia y bulimia. Peridodismo.com [fecha de acceso 30 de enero del 2014]; URL disponible en: [http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=15204](http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=15204)
10. Padilla M, Pomalima R, Robles Y, Rojas E, Vargas v. Programa De Tratamiento Integral De Trastornos De La Conducta Alimentaria. [base de datos en línea]. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental; 2008. [fecha de acceso 20 de junio del 2012]; URL disponible en: <http://www.inism.gob.pe/documents/guia-IPTCAL.pdf>.
11. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de Riesgo de Trastornos Alimentarios En Adolescentes Escolarizados Del Norte De Chile. Rev. Chilena de Nutrición [en línea]. 2011. [fecha de acceso 10 de noviembre del 2012]. No. 38 (2). URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=S0717-182011000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=S0717-182011000200003&script=sci_arttext)
12. Urzúa A, Avendaño F, Díaz Stefanía, Checura D. Calidad De Vida Y Conductas Alimentarias De Riesgo En La Preadolescencia. Rev. Chilena de Nutrición [en línea]. 2010. [fecha de acceso 23 de noviembre del 2012]. No. 37(3). URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182010000300003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000300003)

13. Loreto M, Zubarew M. Prevalencia De Riesgo De Trastornos Alimentarios En Adolescentes Mujeres Escolares De La Región Metropolitana. Rev. Chilena de Nutrición [en línea]. 2006. [fecha de acceso 17 de junio del 2012]. No. 77(2). URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext)
14. Benites Á, Carrera L, Chavarry G. Actitud Y Factores De Riesgo Frente A Factores Alimenticios (Anorexia Y Bulimia) En Adolescentes. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004.
15. Aguilar S, Berdejo L, Celis R. Conductas Alimentarias De Riesgo En Estudiantes De Educación Secundaria. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
16. Aguilar M. Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos. España: Elsevier; 2003
17. Situación del País, Adolescencia [base de datos en línea]. Perú: UNICEF; 2009. [fecha de acceso 04 de agosto del 2012]. URL disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_3789.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm). UNICEF Perú:
18. Gonzales J. Psicopatología De La Adolescencia. México: El manual moderno; 2001.
19. Weissberg K, Quesnel L. Guía De Trastornos Alimentarios. [base de datos en línea]. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud

- Reproductiva; 2004. [fecha de acceso 10 de enero del 2014]; URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
20. Plan de Acción De Desarrollo y Salud De Adolescentes y Jóvenes en Las Américas. [base de datos en línea]. EEUU: Organización Panamericana de la Salud; 1998 [fecha de acceso 21 de febrero del 2014]. URL disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf)
21. Isaccs A. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 2a. ed. España: Mc Graw-hill Hiner; 1998.
22. La Adolescencia una época de oportunidades. [base de datos en línea]. EEUU: UNICEF; 2011 [fecha de acceso 23 de enero del 2014]. URL disponible en: [http://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf).
23. Pagliuca D. Ser Adolescentes. Pubertad Y Adolescencia Normales. Argentina: Club de estudi; 1993.
24. Diane E, Wendkos S. Psicología De La Adolescencia. México: Mc Graw-Hill; 1998.
25. Madueño T, Francisco J. Anorexia y Bulimia. Una experiencia clínica. España: Díaz de Santos; 2003

26. Mahan K, Escott S. Nutrición Y Dietoterapia De KRAUSE. 10a. ed. México: Mc Graw-Hill; 2002.
27. Harold I, Benjamín J. Tratado de Psiquiatría. 2da. ed. Argentina: Intermédica; 1997.
28. Gáfaró A. Anorexia y Bulimia. Colombia: Norma S.A; 2001.
29. Halmi K. Trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa y obesidad. Tratado de psiquiatría. España: ANCORA S:A; 1995
30. Rigol A, Ugalde M. Enfermedad de salud mental y psiquiátrica. 2da. ed. España: ElSevier; 2001.
31. Fernández F, Gil V. Trastornos de la alimentación. España: Masson S.A; 2001.
32. Heras C, Ortiz C. Desestructuración Familiar y Su influencia en las Conductas de Riesgo en \_Adolescentes [tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2010. IRL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2361/1/tps658.pdf>
33. Barajas J. La familia [en línea]. España; 2009. [fecha de acceso 21 de diciembre del 2013]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/5398126/TIPOS-DE-FAMILIA>

34. Castiella J. Modelos de Familia. [base de datos en línea]. España: Universidad de Navarra, 2008. [fecha de acceso 6 de enero del 2014]; No. 8-9. URL disponible en: [file:///C:/Users/soporte/Downloads/102%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/soporte/Downloads/102%20(2).pdf)
35. Nieto E, Casado A, García C, Palaéz L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria [base de datos]. España: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2008. [fecha de acceso 18 de octubre del 2013]. URL disponible en: [http://www.semaph.org/boletinSEMAP/8/guia\\_cuidados\\_trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.semaph.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf).
36. Marco Conceptual Metodológico para el Abordaje de Promoción de la Salud [base de datos]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2005. [fecha de acceso 14 de diciembre del 2013]. URL disponible en: [http://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/.../Modelo\\_Abordaje\\_27.doc](http://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/.../Modelo_Abordaje_27.doc)  
Ministerio de salud dirección general de promoción de la salud.
37. Vallejo N. Desarrollo de la enfermería [en línea]. 1992. [fecha de acceso 3 de agosto del 2013]. URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cien/enfermeria.pdf>
38. Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería, México; Servicio de publicación Universidad del Cuaca; 2002.

## **ANEXOS**





**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del trabajo:** Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias en dos Instituciones Educativas de Los Olivos- 2013

**Responsables:** Díaz Virú, Cecilia y Molina Risco, Cecilia

**Teléfono:** 991271014 -987127070

**Protocolo:**

A través de esta investigación queremos determinar las diferencias entre adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas Público y Privado en el Riesgo de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias durante el tercer trimestre – 2013. Si usted da su consentimiento para que la/él adolescente pueda participar, se le entregara a su hija/o un Asentimiento Informado para cerciorarnos que ella/él quiera participar. Si ella/él no quiere participan no será incluido(a) en esta investigación.

**Procedimientos:**

Si usted acepta que la/él adolescente participe de esta investigación, las investigadoras (Estudiantes de enfermería) le aplicaran un cuestionario que incluyen preguntas relacionadas con Riesgo de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias en Adolescentes de las Instituciones Educativas Público y Privado respectivamente –2013.

Se aplicara el cuestionario de forma individual a cada uno de los participantes con un tiempo de 20 minutos por aula.

**Participación voluntaria:**

La participación de esta investigación es voluntaria. Su decisión que la /él adolescente participe o no participe del estudio no afectara su relación actual o futura en la Institución Educativa a la cual pertenece y la atención que viene recibiendo.

Por otro lado, si usted acepta que la/él adolescente participe, está libre para retirarse en cualquier momento sin afectar esa relación y su decisión no dará lugar a cambios en la forma de atención, ni se tomara ningún tipo de represalia o sanciones en contra de su persona o familiar.

**Beneficios:**

Con la participación de la/él adolescente, buscamos tener un panorama amplio sobre el Riesgo de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias en los Adolescentes. En base a ello se podrán crear nuevas estrategias educativas que ayudaran al adolescente.

**Privacidad:**

A fin de proteger la privacidad, la información y los datos obtenidos no serán rotulados con su nombre, ni con sus iniciales.

Toda la información obtenida será mantenida de manera confidencial y sus datos serán codificados en una base de información manejada solo por las investigadoras. Ninguna información sobre usted o dada por usted durante su participación será distribuida a otros sin su permiso por escrito. Los resultados serán publicados en forma general y en ningún momento se mencionara a su persona.

**¿Desea participar en el presente estudio?**

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado.

Confirmando que he leído la posibilidad de formular preguntas sobre esta investigación, tuve tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente y decidir si deseo que mi hija(o) participe o no en la presente investigación.

**Datos de las investigadoras:**

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con las Srtas. Díaz Virú, Cecilia y Molina Risco, Cecilia al número de celular 987127070 - 991271014

Se agradece su importantísima información de antemano.

**Consentimiento:**

Nombre del Apoderado.....

Firma del apoderado:.....

Fecha:.....

**Persona que obtuvo el consentimiento del sujeto:**

Díaz Virú, Cecilia

Firma de la investigadora:.....

Fecha:.....

Molina Risco, Cecilia

Firma de la investigadora:.....

Fecha:.....



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



## **ANEXO 2**

### **ASENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACIÓN**

**Título del trabajo:** Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias en dos Instituciones Educativas de Los Olivos- 2013

**Responsables:** Díaz Virú, Cecilia y Molina Risco, Cecilia

**Teléfono:** 987127070 - 991271014

#### **Protocolo:**

A través de esta investigación queremos determinar las diferencias entre adolescentes de secundaria de las Instituciones Público y Privado en el Riesgo de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias durante el tercer trimestre – Los Olivos 2013.

Se brindara información e invitara a formar parte de este estudio de investigación. Puede elegir si participar o no.

Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres, amigos o con cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras te expliquemos mejor porque estas interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirnos que paremos en cualquier momento y nos tomaremos el tiempo para explicártelo.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar de esta investigación, las investigadoras (estudiantes de enfermería) aplicaran un cuestionario que incluyen preguntas relacionadas con Riesgo de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias en Adolescentes de las Instituciones Educativas Pública y Privada respectivamente– 2013.

Se aplicara el cuestionario de forma individual a cada uno de los participantes con un tiempo de 20 minutos por aula.

La participación de esta investigación es voluntaria y si participa o no participa de la investigación no afectara su relación actual o futura en la Institución Educativa a la cual pertenece y la atención que viene recibiendo.

Por otro lado, si usted acepta participar, está libre para retirarse en cualquier momento sin afectar esa relación y su decisión no dará lugar a cambios en la forma de atención, ni se tomara ningún tipo de represalia o sanciones en contra de su persona.

**Beneficios:**

Con su participación, buscamos tener un panorama amplio sobre el riesgo de presentar trastornos de conductas alimentarias en los adolescentes. En base a ello se podrán crear nuevas estrategias educativas que ayudaran al adolescente.

**Privacidad:**

A fin de proteger la privacidad, la información y los datos obtenidos no serán rotulados con su nombre, ni con sus iniciales.

Toda la información obtenida será mantenida de manera confidencial y sus datos serán codificados en una base de información manejada solo por las

investigadoras. Ninguna información sobre usted o dada por usted durante su participación será distribuida a otros sin su permiso por escrito. Los resultados serán publicados en forma general en ningún momento se mencionara a su persona.

**¿Desea participar en el presente estudio?**

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este asentimiento informado.

Confirmando que las señoritas autoras de la investigación me han explicado la información y los procedimientos que incluye.

Confirmando que he leído la posibilidad de formular preguntas sobre esta investigación, estoy satisfecho(a) con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente para decidir si deseo participar o no en la presente investigación.

**Datos de las investigadoras:**

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con las Srtas. Díaz Virú, Cecilia y Molina Risco, Cecilia al número de celular 991271014 - 987127070.

Se agradece su importantísima información de antemano.

**Formulario de Asentimiento:**

Entiendo que la investigación consiste en determinar las diferencias entre adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas Público y Privado en el Riego de presentar Trastornos de Conductas Alimentarias durante el tercer trimestre— 2013.

Entiendo que tendré que venir a clases a la Institución Educativa a la cual pertenezca.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo”.

“Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo”.

**Acepto participar en la investigación:**

Solo si el adolescente acepta

Nombre del Adolescente:.....

Firma del adolescente:.....

Fecha (Día/ mes /año):.....

**No acepto participar en la investigación:**

“Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento que sigue”.

.....(Iniciales Del Adolescente)



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**ANEXO 3**

**Introducción**

**0001**

Estimado(a) estudiante de la Institución Educativa, les saluda Cecilia Díaz Virú y Cecilia Molina Risco, estudiantes de X ciclo de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliado a la Universidad Ricardo Palma; en esta oportunidad estamos desarrollando un estudio titulado “Riesgo de Trastornos de Conductas alimentarias en dos Instituciones Educativas de Los Olivos- 2013”, cuyo objetivo es determinar las diferencias entre adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas Pública y Privada en el riesgo de presentar Trastornos de la Conductas Alimentarias durante el tercer trimestre – 2013, para lo cual le solicitamos su valiosa colaboración respondiendo honestamente las preguntas que contiene el siguiente cuestionario. Dicho cuestionario es de carácter anónimo por lo que no será necesario colocar sus nombres y/o apellidos, y los resultados que se generen sólo podrán ser utilizados para los fines de la investigación. Por lo tanto agradecemos su gentil colaboración y el tiempo que le demande el llenado de las respuestas.

**Instrucciones:**

A continuación, deberás completar tus datos personales, seguido de ello deberás marcar con un aspa (X) la alternativa que te corresponda.

**I.- DATOS GENERALES:**

<b>EDAD</b>		
<b>SEXO</b>	M	F
<b>PROCEDENCIA</b>	Lima	Provincia
<b>GRADO</b>		



<b>¿Con quienes vives?</b>	Papá	Mamá	Papá y Mamá	Hermano (a)	Abuelos	Tío (a)	N.A.

## II.- DATOS ESPECIFICOS:

Deberás marcar en forma sincera con un aspa (X) la alternativa que más creas conveniente según la pregunta formulada. No olvides responder a todas las preguntas, tus respuestas serán absolutamente confidenciales.

ITEMS	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
3. Me preocupo mucho por la comida.						
4. A veces me he excedido en consumir alimentos, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
7. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papa).						

8. Noto que los demás preferirían que comiese más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado.						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo en comer más que las otras personas.						
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.						
17. Consumo alimento dietéticos.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19. Me controlo en la cantidad de las comidas.						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						

22. Me siento incomodo/a después de comer dulces.						
23. Me comprometo a hacer dieta.						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

## ANEXO 4

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Riesgo en Trastornos de conducta alimentaria	El riesgo en trastornos de conducta alimentaria es aquella actitud que se da cuando una persona coloca la comida como centro de su vida.	Factor 1: Dieta	Son aquellas actitudes que suprimen algunos grupos de alimentos para asegurar la pérdida de peso, debido a las exigencias de la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evitación de alimentos que engordan</li> <li>✓ Preocupación por estar delgado</li> </ul>	<p>En riesgo= &gt; 20pts</p> <p>Sin riesgo &lt; 20pts</p>

		Factor2: bulimia y preocupación por la comida	La preocupación por la comida son sentimientos frecuentes de ansiedad que el adolescente manifiesta a través de los deseos irresistibles de comer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pensamientos sobre la comida</li> <li>✓ Indicadores de bulimia</li> </ul>	
		Factor 3: Control oral	Son actitudes donde se va reforzar, el control sobre lo que se	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Autocontrol en el comer.</li> <li>✓ Presión de otros para aumentar</li> </ul>	

			come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria.	de peso.	
--	--	--	--	----------	--



## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

RIESGO DE TCA	N	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
General	26	0,920	Aceptable
Dieta	13	0,811	Aceptable
Preocupación por la comida	6	0,718	Aceptable
Control Oral	7	0,755	Aceptable

### COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Dónde:

N= Número de ítems

$$\sum s^2(Y_i)$$

Sumatoria de las varianzas de los ítems

$$s_x^2$$

Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[ 1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.



## ANEXO 6

### ESCALA DE VALORACIÓN

#### RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

RIESGO TCA	PUNTAJE
Normal	< 20
Riesgo	> 0 = 20

FACTORES DE RIESGO TCA	DIETA	PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA	CONTROL ORAL
Normal	< 10	< 5	< 5
Riesgo	> 0 = 10	> 0 = 5	> 0 = 5





ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 7

Surco, 3 de marzo 2014

Oficio N 032-2014/CE

Señor Doctor  
**MANUEL HUAMAN GUERRERO**  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad Ricardo Palma  
Presente



Referencia: Oficio N° 244-2013/D-EEPLT

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el Resultado de la Evaluación del Consentimiento Informado del Proyecto de Tesis titulada **“RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CHORRILLOS-2013”** de las alumnas **Cecilia DIAZ VIRÚ** y **Cecilia MOLINA RISCO** remitidas por su Decanato con el documento de la referencia.

Luego de la Revisión del Documento de Consentimiento Informado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Comité le hacemos llegar el resultado como **APROBADO SIN ENMIENDAS**.

Sin otro particular me despido haciéndole llegar mis deferencias y estima personales.

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
**Alfredo Benavides Zúñiga**  
**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA FAMURP**





**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA**

**Afiliada a la Universidad Ricardo Palma**



### **ANEXO 8**



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 3087**

**"CARLOS CUETO FERNANDINI"**

**WS OLIVOS Telf. 485-1984**

**"AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMATICO"**

*Los Olivos, 12 de Marzo del 2014*

**OFICIO N° 053-2014/D.I.E. N°3087-UGEL 02**

*Señora:*

**MG SOR FELIPA GASTULO MORANTE**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA**

**Presente.-**

*Por medio de la presente me es grato dirigirme a usted, a fin de saludarla muy cordialmente a nombre de la comunidad educativa que represento y el mío propio, y a la vez informarle que las señoritas Cecilia Del Pilar DIAZ VIRÚ y Cecilia Isabel MOLINA RISCO estaban autorizadas para aplicar un cuestionario a los estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria de nuestra Institución Educativa y así elaborar su tesis titulada "RIESGO DE TRASTORNOS DE CODUCTAS ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS" -2013".*

*Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi especial consideración.*

*Atentamente.*



**LIC. FELIX SANDOVAL RIVERA**  
**DIRECTOR**  
C M 11017009906



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



## ANEXO 9

CENTRO EDUCATIVO PRIVADO

"SANTA MARIA DE LA PROVIDENCIA"<sup>1</sup>

R.O. 01 77-07 14 - 0406 - USE 02 - RD 00805

D.E.L.

Jr. César Vallejo Cdra. 13 Urb. Los

Pinares Mz. F - Lte. 1 - Los Olivos

Telf.: 485-3295

[www.smprovidencia.edu.pe](http://www.smprovidencia.edu.pe)

Los Olivos 20 de Marzo del 2014

OFICIO Nº 010- 2014/D.G.

Señora:

MG SOR FELIPA GASTULA MORANTE

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Presente.

Por medio de la presente me es grato dirigirme a usted, a fin de saludarla muy cordialmente a nombre de la comunidad educativa que represento y el mío propio, y a la vez informarle que las señoritas CECILIA DEL PILAR DIAZ VIRU y CECILIA ISABEL MOLINA RISCO estaban autorizadas para aplicar un cuestionario a los estudiantes de 3° - 4° - 5° Año de Educación Secundaria de nuestra Institución Educativa y así elaborar su tesis titulada "RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS -2013"

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi especial consideración

ATENTAMENTE



Lic Susy Yvon Soto Pereda  
Directora General

*¡ Un Colegio Diferente !*