



**ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA**

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



**FACTORES INFLUYENTES EN EL RIESGO DE  
ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DE UN  
COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARÍA  
DEL TRIUNFO - 2011.**

Tesis para optar el título profesional de Enfermería

Galindo Sánchez Shana Luz

**LIMA – 2012**

**FACTORES INFLUYENTES EN EL RIESGO DE  
ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DE UN  
COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARÍA  
DEL TRIUNFO - 2011.**

Asesor: Mg. Nelly Céspedes Cornejo  
Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza,  
Afilada a la Universidad Ricardo Palma.

**LIMA – 2012**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado a LUCIANA, por ser fuente de alegría y el mayor motor en mi vida para lograr todas mis aspiraciones. Te quiero nena.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al más especial de todos, a DIOS por guiarme siempre y hacer realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos. Esta Tesis es para ti.

A mi madre LOURDES, no me equivoco cuando digo que eres la mejor madre, gracias por tu amor, esfuerzo, apoyo y confianza.

A mi padre LUIS ALBERTO, que con tu sacrificio, perseverancia y cariño te hacen ser un padre ejemplar.

A mis hermanas JESSYE y LUCERO por su apoyo incondicional, las quiero.

A la Mg. Nelly Céspedes, asesora, profesora y amiga, gracias por enseñarme a ser mejor en la vida, formarme profesionalmente y por hacer posible este trabajo.

A todos los psiquiatras, psicólogos, enfermeras, nutricionistas y docentes que con sus valiosos aportes se realizó el presente estudio.

De manera muy especial a las directoras, docentes y alumnos de las instituciones educativas Julio Cesar Tello y María de los Ángeles, que gracias a su infinito interés, colaboración y ganas de mejorar la calidad no solo educativa sino también la calidad de vida de sus estudiantes fue posible la realización de esta investigación.

A Karensita, mi coasesora y amiga incondicional de toda la vida.

A mis amigos, por tantos momentos de alegría y desazón compartidos, tantos retos enfrentados para ser excelentes profesionales.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	i
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	ii
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	iii
<b>ÍNDICE DE TABLA</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	vi
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>SUMMARY</b> .....	ix
<b>CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Formulación y Delimitación del Problema .....	12
1.2. Objetivos Generales y Específicos.....	16
1.3. Importancia y Justificación del Estudio.....	17
1.4. Limitaciones del Estudio.....	18
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.....	19
2.2. Bases teóricas relacionadas con el tema.....	24
2.2.1. Anorexia Nerviosa.....	24
2.2.1.1. Características de la Anorexia Nerviosa.....	25
2.2.1.2. Etiología de la Anorexia Nerviosa.....	27
2.2.1.3. Factores de Riesgo.....	27
2.2.1.4. Criterios de DSN-IV para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa.....	29
2.2.1.5. Tipos de Anorexia Nerviosa.....	29
2.2.1.6. Complicaciones en la Anorexia Nerviosa.....	30
2.2.2. Adolescencia.....	31
2.2.2.1. Cambios Físicos.....	31
2.2.2.2. Cambios Cognitivos.....	32
2.2.2.3. Cambios Psicológicos.....	32
2.2.2.4. Alimentación en la Adolescencia.....	33
2.2.2.5. Necesidades Nutricionales adecuadas para el adolescente.....	33
2.2.2.6. Problemática Actual en Adolescentes.....	35

2.2.3. Intervención de enfermería y prevención en Anorexia Nerviosa.....	36
2.2.3.1. Prevención Primaria.....	36
2.2.3.2. Prevención Secundaria.....	38
2.2.3.3. Prevención Terciaria.....	39
2.2.4. Teoría que sustenta el actuar de la enfermera.....	39
2.3. Hipótesis formuladas en el Estudio.....	40
2.3.1. Hipótesis General.....	40
2.3.2. Hipótesis Específicas.....	40

### **CAPITULO III METODOLOGÍA DE ESTUDIO**

3.1. Tipo y diseño de Estudio.....	41
3.2. Área de Estudio.....	41
3.3. Población y Muestra.....	42
3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	44
3.5. Relación entre variables de Estudio.....	44
3.7. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	44
3.8. Procedimiento de Recolección de Datos.....	45
3.9. Procesamiento de Datos.....	45
3.10. Aspectos Éticos.....	46

### **CAPITULO VI RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. Resultados.....	47
4.2. Discusión.....	59

### **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones.....	68

### **ASPECTO COMPLEMENTARIO**

1. Anexos.....	69
2. Referencia Bibliográfica.....	89

## ÍNDICE DE TABLA

<b>CUADRO 1:</b> Factores Biológicos y el Riesgo de Anorexia Nerviosa en un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	70
<b>CUADRO2:</b> Factor Sociocultural y el Riesgo de Anorexia Nerviosa en un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	71
<b>CUADRO 3:</b> Factores Socioculturales y el Riesgo de Anorexia Nerviosa en un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	72
<b>CUADRO 4:</b> Factor Psicológico y el Riesgo de Anorexia Nerviosa en un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	73
<b>CUADRO 5:</b> Factores Psicológicos y el Riesgo de Anorexia Nerviosa en un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> Edad y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo - 2011.....	48
<b>GRÁFICO 2:</b> Sexo y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo - 2011.....	49
<b>GRÁFICO 3:</b> Índice de Masa Corporal y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo - 2011.....	50
<b>GRÁFICO 4:</b> Antecedentes Familiares y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo - 2011.....	51
<b>GRÁFICO 5:</b> Televisión y Contexto y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	52
<b>GRÁFICO 6:</b> Conocimiento y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	53
<b>GRÁFICO 7:</b> Interrelación Familiar y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	54
<b>GRÁFICO 8:</b> Autoridad Inadecuada y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	55
<b>GRÁFICO 9:</b> Percepción de Imagen Corporal y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	56
<b>GRÁFICO 10:</b> Rasgos de Personalidad y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....	57



**GRÁFICO 11:** Nivel de Autoestima y Riesgo de Anorexia Nerviosa en un colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011.....58

## RESUMEN

**Fundamento:** Actualmente la Anorexia Nerviosa es un problema social y sanitario relevante en la juventud; debido a que los medios de comunicación presentan una figura delgada como ideal de belleza y éxito; convirtiéndose en una especie de culto en el pensamiento de los adolescentes que al intentar parecerse pueden desencadenar trastornos alimentarios. La anorexia nerviosa es una perturbación mental y de comportamiento, siendo la 2<sup>da</sup> causa de muerte entre los adolescentes. En el Perú en los últimos 10 años el número de casos se ha incrementado 20 veces. Actualmente para comprender este problema se requiere de una perspectiva multidimensional que incluya factores individuales, familiares, socioculturales y psicológicos, que interactúen entre sí. El presente estudio tiene por **Objetivos:** Determinar y relacionar los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en el riesgo de Anorexia Nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo – 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal – correlacional y comparativo en una población muestral de 296 adolescentes estudiantes del Colegio Julio C. Tello y la I.E María de los Ángeles, se utilizó un cuestionario constituido por 5 preguntas cerradas de selección múltiple, 5 dicotómicas y una escala de Likert. La confiabilidad del instrumento se logró mediante una muestra Piloto seleccionando a la unidad de análisis con características similares a la muestra del estudio. Los resultados fueron evaluados por el Coeficiente de Correlación Kuder-Richardson obteniéndose 0.82 que indica significancia estadística  $P \leq 0.05$ . Los **resultados** encontrados en la prueba resaltan que la edad, el sexo, un nivel de conocimiento bajo, la alta influencia de la televisión, la autoestima baja y una percepción de la imagen corporal alterada son aspectos que influyen en la aparición de trastornos de conducta alimentaria.

Palabras Claves: Factores Influyentes, anorexia nerviosa, nivel de riesgo, adolescentes, enfermería.

## SUMMARY

Foundation: Actually Anorexia Nervosa is an important social and health problem in youth, because the media presents a slim figure as an ideal of beauty and success, becoming a cult in the thoughts of teenagers trying to look can trigger eating disorders. Anorexia nervosa is a mental disorder and behavior, and the 2nd cause of death among adolescents. In Peru in the last 10 years the number of cases has increased 20 times. Now to understand this problem requires a multidimensional approach that includes individual, family, sociocultural and psychological, which interact with each other. This study is **Objective:** To determine and correlate the biological, sociocultural and psychological risk of anorexia nervosa in adolescents of a particular state college and Villa Maria del Triunfo - 2011. **Methods:** Cross sectional - correlational and comparative study in a population sample of 296 adolescent students of the College Julio C. Tello and El Mary of the Angels, we used a questionnaire consisting of 5 multiple choice closed questions, 5 dichotomous and Likert scale. The reliability of the instrument was achieved using a pilot sample with characteristics similar to the unit of analysis. The results were evaluated by the correlation coefficient obtained Kuder-Richardson 0.82 indicating statistical significance  $P < 0.05$ . **The findings** of the test stand that age, sex, level of knowledge under the high influence of television, low self-esteem and body image perception are altered aspects that influence the development of eating disorders.

Key words: Influential Factors, anorexia nervosa, risk level, adolescents, and nursing.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1 Formulación y delimitación del problema**

La anorexia nerviosa es un problema social y sanitario importante en nuestra juventud, es frecuente en las mujeres, aunque en los últimos años se observa también en varones; En nuestro medio, la delgadez es considerada como un ideal de belleza y éxito impuesta por diferentes medios masivos de comunicación, convirtiéndola en una especie de culto entre los adolescentes que sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar, se someten a privaciones dietéticas difíciles de cumplir e incluso fomentando conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.

Las personas anoréxicas, tienen un intenso miedo a engordar y temor de perder el control de su figura corporal, por lo que llegan incluso hasta morir por inanición. Es típico que este problema comience entre los 14 y 25 años, pero puede desarrollarse en niños de tan solo 10 años o en personas mayores.

La anorexia nerviosa es un trastorno mental y de comportamiento (...) es la 2<sup>da</sup> causa de muerte entre los adolescentes con el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psíquicas (...) siendo catalogada por la OMS como una enfermedad con características de epidemia y pandemia, por ser un problema de salud pública. (1)

En el 2007 en los EEUU (2) la anorexia nerviosa fue un serio problema en la población adolescente; cerca de 10 millones de Norteamericanos padecían desordenes alimentarios, 90% mujeres y 10%, son hombres; en el mismo año se reportó que en España la anorexia nerviosa afectaba a uno de cada 300 adolescentes entre 12 y 24 años.

Según los datos de DGESS (Sociedad Alemana de Trastornos Alimenticios) 2007, el 6% de las mujeres alemanas entre quince y treinta y cinco años sufrían algún tipo de trastorno relacionado con la alimentación, ya sea anorexia o bulimia. Sólo un hombre por cada diez mujeres era aquejado de esta enfermedad y su recuperación fue más sencilla. (3)

En México 2010(4) informan que 10 de cada 100 mujeres padecían anorexia y cinco de ellas morían, mientras el resto sufría las consecuencias de la enfermedad. El 17.7% de la población de mujeres adolescentes en Colombia sufrían de trastornos alimentarios. (5)

La Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia (ALUBA) de Argentina 2009 indicó que de cada 90,000 adolescentes encuestadas en diversas instituciones del país, 1 de cada 10 sufría un trastorno alimentario y que entre el 13 y el 15 % de las adolescentes argentinas tenían bulimia y anorexia. También se estima que la tasa de Trastornos alimentarios (TCA) de Argentina es 3 veces mayor que la de Estados Unidos.

ALUBA (2011) dio a conocer estudios internacionales que indican que el país que más contaba con problemas de TCA era Japón, con un 35 % de la población afectada. En la sociedad del Reino Unido, estas patologías impactan en el 27 % las personas mientras que en Italia, el 29 % de la población está afectada (6)

En Chile, Minsal 2009 refiere que la prevalencia ha ido aumentando, entre el 3 y el 10% de las jóvenes chilenas padecían bulimia y anorexia nerviosa y esta última tenía una mortalidad de un 10% entre quienes la padecían.

En el Perú 2003, los informes epidemiológicos de salud mental (7) reportan que la anorexia también era un problema de los adolescentes; en Lima Metropolitana y Callao la incidencia fue de 0.1% y 8.3% tenía tendencias a problemas alimentarios. Otro estudio realizado en el 2005(8) los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz refieren que el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.9% tenía tendencias a problemas alimentarios. En el 2004 (9) reportan que en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.1% tenía tendencias a problemas alimentarios.

En el 2007 un estudio Epidemiológico realizado en Lima Rural muestra que la prevalencia de problemas alimentarios oscila de 2.7 a 2.9 en la población adolescente (10)

Según información del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Nogushi (HD-HN), en los últimos 10 años el número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces. De los cinco casos que el (HD-HN) reportó en 1996, el año 2009 llegó a 100. La enfermedad que antes acechaba solo a los sectores económicos más acomodados se ha extendido hoy hacia todos los sectores socioeconómicos.

Según Celada 2003, no se ha identificado una causa única en la aparición de la anorexia nerviosa (...) no parece posible atribuir su aparición a un solo factor. Actualmente se considera que sólo puede ayudarnos a comprender estos problemas, una perspectiva multidimensional que incluya factores biológicos, individuales, familiares, socioculturales y psicológicos que interactúan entre sí.

En el año 2006 se realizó una revisión estadística de la demanda de Atención de Adolescentes de 13 a 17 años en el Hospital Hermilio Valdizan durante los años 2003 – 2005, indicando que una de las patologías con mayor prevalencia son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), representando el 4% (271 pacientes) de las hospitalizaciones entre esos años.(11)

Acercas de los factores, en el año 2000 en el INSM HD-HN se reportó que uno de los causantes de esta enfermedad en los adolescentes eran las presiones sociales (familia, entorno de amigos, etc.) y la influencia de los medios (televisión, revistas, periódicos, publicidad).

Debido a que la anorexia nerviosa es un tema de preocupación y que otros países ya comenzaron a actuar sobre esta enfermedad, en el Perú, tanto en el nivel estatal como en el privado existe una gran desinformación acerca de los desordenes alimentarios y, en particular, la anorexia. (12)

La motivación para realizar el presente estudio fue la incidencia de este trastorno en nuestro país y su presencia en el ambiente familiar, la persona que la sufría estaba obsesionada con su figura y su peso, induciéndose constantemente al vómito, dando lugar a un problema gastrointestinal que con el transcurso del tiempo le desencadenó un cuadro de cáncer, falleciendo el mismo año.

Por ello surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué motiva que las adolescentes se preocupen por mantener una figura esbelta?, ¿Cómo influyen las amistades en la idealización de la figura esbelta?, ¿Cómo influyen la televisión y medios de comunicación en el deseo de mantener una figura esbelta?, ¿Qué nivel de riesgo tienen las adolescentes de sufrir Anorexia Nerviosa?, ¿Cuál es la edad de mayor incidencia de la Anorexia Nerviosa?, ¿Cuál es la actitud de la persona que sufre de anorexia Nerviosa?, ¿Qué nivel de autoestima muestran las

adolescentes que sufren de Anorexia Nerviosa?, ¿Qué conocimientos tienen acerca de la enfermedad y sus efectos negativos?

### **Formulación del Problema:**

Por lo anteriormente expuesto, la presente investigación se formula la siguiente pregunta:

¿Qué factores influyen en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011?.

## **1.2 Objetivos generales y específicos**

### **Objetivo general:**

- Determinar los factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular en Villa María del Triunfo en el 2011

### **Objetivos específicos:**

- Determinar los factores biológicos que influyen en la anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011.
- Determinar los factores socioculturales que influyen en la anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011.
- Determinar los factores psicológicos que influyen en la anorexia



nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011.

- Relacionar los factores biológicos, socioculturales y psicológicos con el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011.

### **1.3 Importancia y Justificación del Estudio**

Es importante realizar el presente trabajo de investigación por el incremento de adolescentes que presentan anorexia nerviosa, lo cual ha permitido determinar los factores que se relacionan con este trastorno y conocer el riesgo de los adolescentes en estudio.

En muchos países, la patología ya es considerada una enfermedad pública y está siendo debidamente tratada. En el Perú si los servicios de salud mental para el adulto y el adolescente son insuficientes en la capital, en los servicios de Salud mental para los adolescentes de Lima rural es aun más deficitaria. La cantidad de profesionales especializados en adolescentes es mucho menor que la de especializados en adultos, en Lima, siendo casi inexistente en el resto del país.

Es la falta de infraestructura y más aun, la falta de profesionales que se encarguen de fomentar una adecuada promoción y prevención de esta enfermedad, limitando que muchas mujeres afectadas tengan un tratamiento oportuno y que los adolescentes reciban una permanente orientación. (13) Asimismo, en el país se presentan escasos estudios sobre el riesgo de la anorexia nerviosa en los adolescentes.

Los resultados de este estudio se darán a conocer a los directores, docentes y padres de familia de las instituciones donde se realizó la investigación, para que adopten las medidas necesarias y realicen actividades orientadas a prevenir esta enfermedad. También se dará a conocer a las autoridades de salud para que adopten dentro de sus actividades campañas de prevención. Esta investigación servirá como antecedente para otras investigaciones.

#### **1.4 Limitaciones del Estudio**

- El presente trabajo de investigación tuvo como limitación escasa existencia de estudios previos e información actualizada sobre el tema a investigar.
- Este estudio se limita a identificar los factores biológicos, socioculturales y psicológicos más resaltantes y su influencia en el riesgo de anorexia nerviosa en los adolescentes del estudio.
- Los resultados que se reportan son válidos solo para la población estudiada.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Investigaciones relacionadas con el tema

##### Antecedentes Internacionales:

Arrufat N, F, (2006), investigó **Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la Comarca de Osona.** España –Barcelona, con el objetivo de: Estimar la prevalencia de Trastornos Alimentarios en la población total de adolescentes escolarizados de 14 a 16 años de edad habitantes de la Comarca de Osona y estimar si existe asociación entre riesgo de trastorno alimentario en el adolescente y diferentes factores sociodemograficos, y hábitos como el comer solo o comer en la escuela. En el estudio se utilizó el método epidemiológico transversal de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estaba constituida por 20 centros que imparten educación secundaria en la Comarca de Osona. Se obtuvo las siguientes conclusiones: La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria entre los adolescentes de 14 a 16 años de la Comarca de Osona es, en mujeres: prevalencia total 3.49%. En varones: prevalencia total 0.27%. La edad se asocia al riesgo de TCA en las mujeres adolescentes de forma directamente proporcional. La menarquía antes de los 12 años se asocia a insatisfacción de la imagen corporal y a riesgo de TCA en las

adolescentes. El comer solo se asocia al riesgo de TCA en los varones y mujeres adolescentes. El no vivir con la madre se asocia a TCA. (14)

Jáuregui L, et al, (2009), investigaron. **Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla.** Madrid- España, con el objetivo de: Analizar la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes. El estudio aplicó el método del Eating Attitudes Test-40 (EAT- 40), el Sick Control On Fat Food (SCOFF) y la subescala de insatisfacción corporal (BD) del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) en una muestra de 841 estudiantes de 12 a 19 años, se analizaron las conductas alimentarias de riesgo, se estudiaron las diferencias en función del sexo y la edad y se analizó la relación de dichas conductas con el grado de insatisfacción corporal. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El 21,29% tuvo puntuaciones significativas en el SCOFF y el 7,13% en el EAT-40. Por sexos, hubo diferencias significativas (13,93% y 3,23% en SCOFF y EAT-40 para los varones, 29,38% y 10,70% para las mujeres). Con respecto a datos anteriores, se observó un descenso del riesgo en las mujeres y un incremento en los varones, se observó también una mayor insatisfacción corporal en chicas de 12 a 17 años, la diferencia entre chicas y chicos en alteraciones alimentarias se centra en los 14-16 años. La insatisfacción corporal correlacionó positiva y significativamente con el Índice de Masa Corporal, EAT-40 y SCOFF. (15)

Behar R, et. al, (2007), investigaron **Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar.** Santiago de Chile – Chile, cuyo objetivo fue: Detectar conductas predisponentes a desórdenes alimentarios en estudiantes secundarios de tres colegios particulares de Viña del Mar y su relación con distintos factores de riesgo y socio-demográficos. En el estudio se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Imagen Corporal y se realizó medición

de peso y talla para la obtención del Índice de Masa Corporal a una muestra de 296 escolares de enseñanza media, 149 hombres y 147 mujeres. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones ( $p < 0,001$ ). Las alumnas con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad presentaron prevalencias de riesgo similares (23%, 26% y 25%, respectivamente). Se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados ( $p < 0,001$ ). (16)

Saucedo M, et al, (2010), investigaron **Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud**. México, cuyo objetivo fue: Identificar factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y determinar su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes de primer ingreso del instituto de Ciencias de la Salud. Es un estudio transversal descriptivo correlacional en una muestra de 347 alumnos (67% mujeres; 33% hombres) de 17 a 23 años de edad, a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, e imagen corporal. Para obtener el IMC, cada sujeto fue pesado y medido. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El factor de riesgo con los valores más altos fue la insatisfacción con la imagen corporal (78.4%). Todos los demás factores, aunque con porcentajes mucho menores, fueron identificados. De manera general: a mayor IMC mayor impacto de factores socioculturales, mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo, y mayor insatisfacción con la imagen corporal. Hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo e IMC. (17)

### Investigaciones Nacionales:

Rivera C, D, (2007), investigó **Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la Ugel n° 4 comas**. Cuyos objetivos fueron: Determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de la UGEL N°04 Comas; Determinar el nivel de conocimientos sobre conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de la UGEL N°04 Comas y Determinar el nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de la UGEL N°04 Comas. En el estudio se utilizó el método descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por un total de 661 adolescentes de 14 a 16 años de edad. La información se recolectó mediante la aplicación de un cuestionario para cada variable. Se obtuvo las siguientes conclusiones: Se aprueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes. El nivel de conocimientos de los adolescentes es medio. La mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo. (18)

Almenara V, C, (2006), investigó **Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas**. Con el objetivo de: Analizar en forma crítica el desarrollo histórico de la anorexia y bulimia nerviosas. El método del estudio corresponde a un nivel descriptivo e histórico abarcando el espacio de tiempo comprendido entre la antigüedad y la época actual, enfatizando en los períodos de mayor relevancia en la aparición y desarrollo de estos trastornos. Se obtuvo las siguientes conclusiones: Los constructos teóricos elaborados para explicar la génesis de las perturbaciones del apetito, así como la terapéutica de las mismas, estuvo en gran medida, y durante mucho tiempo, influenciada por la tradición

médica antigua. Conforme pasaron los siglos, tales teorías se mantuvieron hasta incluso fines del siglo XVIII, pero influenciadas también por los conocimientos generados durante la época. Es a partir del siglo XIX que se empiezan a descartar tales modelos para incidir más bien en aspectos no conocidos como el funcionamiento del organismo humano o las particularidades de la vida psíquica y afectiva, que no se conocían con precisión. Tal tendencia se mantiene y en la actualidad existe una serie de modelos que van desde explicaciones apoyadas en ciencias como la genética hasta las que se sustentan en los conocimientos de la sociología. (19)

Parinango S, M, (2005), investigó **Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa El Salvador**. Con el objetivo de: Determinar los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador. En el estudio se utilizó el método descriptivo. Con una población conformada por escolares de sexo femenino de dicha institución comprendida entre las edades de 11 a 14 años de edad, su instrumento fue una escala de Lickert modificada. Obteniendo los siguientes resultados: El 54% presentan niveles de alto y mediano riesgo siendo mayores en las edades de 11 a 12 (30%). En cuanto a las conductas personales el 59% presentó conductas de alto y mediano riesgo sobre experiencias estresantes. El 60% presentó conductas psicoemocionales de alto y mediano riesgo sobre imagen corporal. El 24% presentó conductas socioculturales de alto y mediano riesgo sobre interés publicitario. En cuanto a las conductas familiares de riesgo el 23% presentó conductas de alto riesgo relacionados con la intromisión de los padres. Existe una mayoría considerable del 54% de escolares púberes y adolescentes que presentan niveles de conductas de alto y mediano riesgo hacia la anorexia nerviosa que se evidencia en la adopción de conductas psicoemocionales, personales, biológicas, socioculturales y familiares.(20)

Borrego R, C, (2010), investigó **Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria**, con el objetivo de correlacionar los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en la población de mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo. La muestra estuvo constituida por un total de 355 estudiantes entre los 16 y los 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio elaborado para la presente investigación y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2) de Garner (1998). La investigación dio como resultado una correlación estadística altamente significativa y otra significativa, entre los factores de riesgo (psicológicos, familiares y socio culturales) con cada uno de los indicadores clínicos asociados a los trastornos del comportamiento alimenticio (Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, entre otras). (21)

## **2.2 Bases Teóricas relacionadas con el tema:**

### **2.2.1 Anorexia Nerviosa**

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que le corresponde según su edad, sexo y altura. Se caracteriza por una pérdida de peso dramática debido al temor intenso a aumentar de peso y con una imagen corporal distorsionada. (22) La OMS define la anorexia nerviosa como:

“Trastorno cuyas manifestaciones son el activo y persistente rechazo a ingerir alimentos y la marcada pérdida de peso. El nivel de actividad y atención es característicamente alto en relación con el grado de emaciación. El trastorno afecta típicamente a muchachas adolescentes, pero puede algunas veces empezar antes de la pubertad; rara vez se presenta en hombres (...).”(23)



### 2.2.1.1 Características de la Anorexia Nerviosa

#### a. Características Conductuales

- Utilizan la mentira como método para evitar las comidas.
- Practican ejercicio físico en exceso para acelerar el proceso de pérdida de peso.
- Toman laxantes y diuréticos en exceso.
- Presentan una pérdida de peso sustancial en un periodo relativamente corto.
- Establecimiento nuevos objetivos de peso, luego que se alcanza uno.
- Insatisfacción por la apariencia, quejas por sentirse obeso.
- Someterse a dieta en forma aislada y en secreto.
- Desarrollo de extraños rituales de alimentación, por ejemplo, cortar la comida en piezas diminutas o medir todos los alimentos antes de consumirlos en cantidades extremadamente pequeñas.
- El anoréxico no solo se preocupa por el bajo peso, sino que también se enorgullece por la habilidad para controlar la necesidad de comer.

Los pacientes anoréxicos sienten miedo a ganar peso incluso ante una caquexia creciente, y por lo general llegan a mostrar desinterés y resistencia al tratamiento. (24)

#### b. Características Psicológicas

- **Baja Autoestima:**

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y emocionales que configuran nuestra personalidad.

Las personas anoréxicas suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. Tienen una extremada baja autoestima, sentimientos de ser mala persona, descuidada y un intenso miedo al rechazo o al abandono. Algunas características de una autoestima negativa son:

- Autocrítica negativa y excesiva que mantiene a la persona en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, porque se siente exageradamente atacada, echa la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva sentimientos de resentimiento a los que la(o) critican.
- Indecisión por temor a equivocarse.
- Deseo innecesario a complacer, por lo que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y/o perder la buena opinión de quien le solicita la tarea.
- Culpabilidad exagerada, por la que acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo. (25)(26)

○ **Ansiedad y Depresión:**

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía de las personas, características que ocurren durante varias horas o durante la mayor parte del día.

La depresión parece ser un problema continuo para los pacientes anoréxicos. El patrón de sueño más característico es de ansiedad: poca profundidad de sueño despertares frecuentes durante la noche.

El miedo que experimentan a la ganancia de peso y hacia la comida les produce en ellos un miedo tipo fóbico. (27)

○ **Trastornos Obsesivos-Compulsivos:**

En la Anorexia nerviosa la persona presenta pensamientos repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso, llegando a tener comportamientos rituales, comprobaciones repetidas, colecciona recetas de cocina o almacenan alimentos.

○ **Pobre relación social y problemas Familiares:**

Las personas que tienen trastornos alimentarios suelen tener una pobre relación social. Las restricciones sociales que se autoimponen para no ser observadas ni juzgadas produce una cierta fobia social. (28)

### **2.2.1.2 Etiología de la Anorexia Nerviosa**

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

### **2.2.1.3 Factores de Riesgo**

#### Factores Predisponentes:

Son situaciones o causas que predisponen al sujeto a sufrir un trastorno alimentario:

- Presión social a la esbeltez.
- Tener antecedentes familiares de anorexia, bulimia, trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- Sufrir previamente un problema de obesidad.

- Factores en la familia: clima tenso, agresivo, distante, escasamente afectuoso, sobreprotector, con poca comunicación.
- Poseer determinados rasgos de carácter: ser perfeccionista, excesivamente responsable, baja autoestima, entre otros.

#### Factores Precipitantes:

Son aquellas circunstancias que dan lugar a cambios:

- Muerte de un familiar o ser querido.
- Divorciarse.
- Enfermedad grave.
- Cambio a una nueva escuela o trabajo.
- Problemas familiares o laborales.
- Primeras relaciones con personas del sexo opuesto (situación estresante en la adolescencia).

#### Factores Mantenedores:

Una vez instaurado el trastorno existen diversos factores que intervienen positivamente manteniéndolo:

- Al hacer régimen, provocarse el vómito, abusar del ejercicio, laxantes o diuréticos, huye de algo que le causa pavor: La posibilidad de engordar. La dieta no solo esta mantenida por la evitación de la situación fóbica, sino también por el refuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse.
- Los episodios de sobreingesta, se ven mantenidos porque, cuando los inicia, se distrae de otras preocupaciones a las que no se ve capaz de atender.
- Conocer de que posteriormente a la sobre ingesta podrán deshacerse de sus efectos engordantes, les proporciona la seguridad necesaria para llevarlos a cabo. (29)(30)(31)(32)(33)

#### 2.2.1.4 Criterios del DSM-IV para el Diagnóstico de Anorexia

**Tabla. Criterios del DSM-IV para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa**

- A.** Pacientes que han finalizado el desarrollo puberal, rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para la edad y la talla.
- B.** En pacientes durante el desarrollo puberal, fracaso en la ganancia de peso durante el periodo de crecimiento, presentando un peso del 15% por debajo del adecuado a su edad, talla y estado puberal.
- C.** Miedo intenso a ganar peso y, a la obesidad.
- D.** Trastorno de la percepción del peso y esquema corporal.
- E.** En mujeres posmenárquicas, ausencia de al menos tres menstruaciones consecutivas.

*American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson.*

#### 2.2.1.5 Tipos de Anorexia Nerviosa

En la anorexia nerviosa se distinguen dos tipos:

- **El tipo restrictivo:** Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso. En el tipo restrictivo los pacientes con anorexia nerviosa no recurren ni atracones ni purgas.
- **El compulsivo purgativo:** Se utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas. Algunos no presentan atracones, pero si recurren a purgas inmediatamente después de ingerir pequeñas cantidades de comida. (34)

### **2.2.1.6 Complicaciones**

#### **a. Complicaciones Fisiológicas**

Presenta alteraciones como linfopenia, anemia, leucopenia y una médula ósea hipocelular. La glucemia suele estar normal o disminuida y la úrea estaría aumentada por desnutrición. También aparece una hipercolesterolemia, lentitud del vaciado gástrico e intestinal, el reflujo gastroesofágico, el estreñimiento y las obstrucciones intestinales, son algunos de los síntomas a nivel digestivo.

La hipotensión, las arritmias y la disminución del tamaño del corazón por pérdida de la musculatura cardíaca son algunas de las complicaciones frecuentes de fallecimiento. También hay debilidad muscular generalizada, complicación asociada frecuentemente a la amenorrea. A nivel cerebral se observa atrofia de masa encefálica y dilatación de los ventrículos cerebrales.

#### **b. Complicaciones Psiquiátricas**

Fallos en la memoria retención, dificultad para la concentración selectiva y la pobre capacidad de previsión y la planificación de conductas. Hay frecuente malestar emocional y moral, sentimientos de vacío, pena e irrealización.

La hiperactividad puede ser compulsiva y la obliga a mantener un alto nivel de inquietud y movimiento. Pueden aparecer abusos de sustancias, alcohol y una vida sentimental y sexual desordenada. Suelen hacerse consumidores habituales de laxantes y diuréticos.

La impulsividad, auto y heteroagresividad y los riesgos de agresiones violentas, son síntomas que detonan un importante riesgo suicida, se presenta también aislamiento social, dificultades de interacción con la familia y la pérdida progresiva de interés y constancia en sus actividades.

(35)(36) La anorexia nerviosa es un trastorno que tiene mayor incidencia en la población adolescente.

### **2.2.2 Adolescencia**

La adolescencia es el periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente, de la condición de niño o niña a la del adulto. Según la OMS comprende entre 10 y 19 años. Es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales en la que desarrollan las potencialidades intelectuales de la persona. (37)

Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión. Por eso es angustiada para el adolescente e incomprensible para el adulto, pero es esencial para el desarrollo de la vida. (38)

#### **2.2.2.1 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, alcanzando su nivel máximo a los 12 años en niñas y a los 14 años 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 de acné) y en las glándulas sudoríparas.

La maduración sexual ocurre en una secuencia diferente para los niños y niñas. En los niños, 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 aun más. La profundización de la voz es uno de los últimos cambios perceptibles de la maduración masculina.

En las mujeres, los pechos empiezan a desarrollarse en aproximadamente el mismo tiempo que aparece el vello púbico. La menarquía es el primer periodo menstrual, ocurre alrededor de un año después, entre los 12 años y medio y 13 años. (39)

### **2.2.2.2 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 razonar 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 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 personal, 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. (40)

### **2.2.2.3 Cambios Psicológicos**

La adolescencia es uno de los periodos más difíciles, ya que hay ansiedad y muchas preguntas respecto a sus estudios, su oficio, su profesión y ellos mismos no pueden proporcionarse las respuestas. Es natural que durante la adolescencia se produzcan cambios de humor. También es la época en la que hay gran idealismo, muchas decisiones se pueden tomar de forma impulsiva, sin darse el espacio suficiente para la reflexión y en ocasiones, (...) muestran impaciencia y dificultades para



tolerar la frustración. (41) Otro autor nos dice que este periodo se “destaca debido a las alteraciones de la conducta, el mal humor, las dificultades de la vida diaria y los conflictos y las peleas con la familia, consideradas como características típicas”.

#### **2.2.2.4 Alimentación en la adolescencia**

Durante la adolescencia, dado que la mayor parte de los cambios que se producen son fisiológicos (maduración sexual, aumento del peso, aumento de la talla, etc.), los requerimientos nutricionales son muy elevados, por lo que es necesario un adecuado control de la alimentación e imprescindible asegurar el aporte suficiente, para no caer en déficit ni en carencias que puedan ser origen de alteraciones y trastornos de la salud. (42)

#### **2.2.2.5 Necesidades nutricionales adecuadas para el adolescente**

Los objetivos nutricionales durante la adolescencia se deben ajustar a la velocidad de crecimiento y a los cambios en la composición corporal que se producen durante este período de la vida.

Durante la adolescencia, además del aumento en requerimientos energéticos, también se producen mayores necesidades en aquellos nutrientes implicados en la acreción tisular, como son nitrógeno, hierro y calcio. En general se recomienda comer la mayor variedad posible de alimentos, guardar un equilibrio entre lo que se come y la actividad física, elegir una dieta abundante en cereales, verduras y frutas; pobre en grasa, grasa saturada y sal, que proporcione suficiente calcio y hierro para satisfacer los requerimientos de un organismo en crecimiento. La pirámide de los alimentos es una buena guía para promocionar una nutrición saludable en los adolescentes.

**Pan, cereales, arroz y pasta.** Proporcionan carbohidratos complejos (almidones), vitaminas, minerales y fibra. Los adolescentes necesitan un elevado número de porciones de alimentos de este grupo cada día. En la práctica se debe: a) elegir panes y cereales integrales con el fin de proporcionar fibra; b) comer alimentos pobres en grasa y azúcares; c) evitar añadir calorías y grasa a los alimentos de este grupo, en forma de mantequilla, etc.

**Las frutas** y sus zumos al 100% proporcionan vitaminas A, C y potasio. En la práctica se debe: a) comer frutas frescas y sus zumos al 100% y evitar la fruta enlatada edulcorada; b) comer la fruta entera; c) comer cítricos, melones y bayas, que son ricos en vitamina C.

**Las verduras** proporcionan vitaminas, incluyendo las vitaminas A y C, minerales, tales como hierro y magnesio, y fibra. Además, son pobres en grasa. Un adolescente debe ingerir 2-4 porciones cada día. En la práctica se debe: a) comer una variedad de verduras, legumbres y otras verduras (lechuga, tomates, cebollas y judías verdes); b) no añadir mucho aceite a las verduras.

**Leche**, yogur, queso, proporcionan proteínas, vitaminas y minerales y son excelentes fuentes de calcio. Un adolescente debe consumir 2-4 porciones de lácteos cada día. En la práctica se debe elegir leche descremada y yogur descremado.

**Carne, pollo, pescado, legumbres, huevos y frutos secos**, proporcionan proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo las vitaminas del grupo B, hierro y zinc. Un adolescente debe consumir 2-3 porciones de alimentos de este grupo, un equivalente de 150-210 g de carne magra. En la práctica se debe: a) elegir productos con la menor cantidad de grasa posible, como carne magra, pollo sin piel y pescado.

**Grasas, aceites y dulces**, no más del 30% de la dieta debe proceder de las grasas. Para una dieta de 2200 Kcal, ello equivale a 73 g de grasa cada día y, para una de 2800, de 93 g diarios.

#### **2.2.2.6 Problemática actual en adolescentes**

##### **Factores sociales:**

La violencia juvenil – pandillaje: Que constituyen formas de comportamiento relativamente frecuente que suelen transgredir las normas convencionales.

Desatención, violencia familiar y otros problemas en la relación familiar:

Violencia Familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. (43)

Riesgos intelectuales: Analfabetismo, bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, segregación grupal.

##### **Factores biológicos:**

Las adicciones (...) como el alcoholismo, tabaquismo y otras drogas o también llamadas sustancias psicoactivas (SPA) que son las drogas legales, y las ilegales (marihuana, cocaína, opio, éxtasis, etc.) generan problemas de salud. El 47% de adolescentes entre 15 y 18 años comienza a ingerir alcohol. En el Perú, 9 de cada 10 adolescentes a los 18 años, ya han consumido tabaco. (DEVIDA, 2003).

##### **Riesgos sexuales:**

“Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes de entre 15 a 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo” (44). Según el ENDES, el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años, ya son madres o están gestando por primera vez, el 64% de embarazos de las adolescentes no son planeados.

### **Factores Psicológicos:**

Depresión y Suicidio: En la adolescencia es frecuente que ocurran episodios de tristeza transitorios como resultado de situaciones adversas, distinguir estos estados con la depresión, no siempre es fácil. Los suicidios\_\_representan una principal causa de mortalidad en el adolescente.

Trastornos de la conducta alimentaria, malnutrición, hipertensión arterial, arterosclerosis, diabetes, enfermedades crónicas como el cáncer.

### **2.2.3 Intervención de enfermería y prevención en Anorexia**

#### **Nerviosa**

Las medidas de prevención deben incidir en todos y cada uno de los factores que se considera, ejercen una acción etiológica, condicionante o perpetuante en la Anorexia Nerviosa, especialmente aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población.

Estos programas preventivos se dividen en tres niveles. La prevención primaria atiende los aspectos que condicionan el desarrollo de la enfermedad reduciendo su incidencia. La secundaria, facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo de enfermedad y van en busca de un buen resultado. Finalmente, la prevención terciaria atiende a eliminar o reducir alguno de los síntomas o complicaciones graves de la enfermedad.

#### **2.2.3.1 Prevención Primaria**

- ✓ **La Enfermera da Información**: Esta información deberá ser dirigida primero a los sujetos de riesgo, y a sus familias, segundo a la población en general. El lugar donde se debe ejercer esta

prevención debe ser el hogar, el colegio, la universidad y centro 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 estas 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 situación 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 y tamaño, pero sólo 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 especialmente la anorexia nerviosa puede significar la obligación de 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 de forma innecesaria se reduce la incidencia de anorexia nerviosa.

- ✓ **Educación Paterna:** Una de las causas de anorexia nerviosa 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 a los adolescentes

#### 2.2.3.2 Prevención Secundaria

- ✓ **Diagnóstico 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 figura y el peso, acostumbran a llevar al enfermo al médico.
- ✓ **Tratamientos correctos:** En muchas ocasiones se demora el proceso de curación no porque la paciente no se inicie en tratamientos para la anorexia sino porque estos no son los adecuados o son insuficientes.

Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

- ✓ **Dispositivo asistencial eficaz:** La formación de equipos multidisciplinarios, la atención hospitalaria a estas pacientes y la

creación de hospitales de día son temas pendientes en la mayoría de los hospitales del estado.

### **2.2.3.3 Prevención Terciaria**

- ✓ Por razón de la novedad del trastorno 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 de sus complicaciones más severas.
- ✓ Algunas familias después de repetidos intentos de tratamiento, se pueden 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.
- ✓ Evitando la caquexia extrema, los desequilibrios electrolíticos y las complicaciones por déficit inmunitario se favorece la supervivencia. Si al mismo tiempo se aceptan algunas conductas y se pactan otras, el marco familiar no se deteriora y la paciente y su familia podrán vivir en mejores condiciones.(45)(46)

### **2.2.4 Teoría que sustenta el actuar de la enfermera**

Afianzando el proceso, 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 y los factores modificantes que influyen en la aparición de conductas promotoras de la salud.

Este modelo explica que las personas buscan crear condiciones de 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.

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.

### **2.3. Hipótesis formuladas**

#### **2.3.1. Hipótesis general:**

Los factores influyentes en el riesgo de Anorexia Nerviosa en la población adolescente de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo en el 2011, son los factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas:**

- A mayor preferencia a la delgadez en el ámbito publicitario, mayor nivel de riesgo en las adolescentes para desarrollar Anorexia Nerviosa.
- A menor conocimiento sobre la enfermedad, mayor nivel de riesgo de desarrollar Anorexia Nerviosa.
- A más baja autoestima en los adolescentes, mayor es el nivel de riesgo para desarrollar Anorexia Nerviosa.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

#### **3.1 Tipo y diseño del estudio**

El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal – correlacional y comparativo. Es descriptivo porque está dirigido a obtener información de los adolescentes estudiantes y se presentan los datos de manera objetiva. Es transversal porque la información se obtendrá en un solo momento y en un tiempo determinado. Es correlacional porque determina el grado de relación que existe en torno a los factores biológicos, socioculturales y psicológicos y el riesgo de padecer Anorexia Nerviosa. Es comparativa porque los resultados de cada colegio serán comparados para determinar cual presenta mayor riesgo. El trabajo de investigación es un estudio no experimental.

#### **3.2 Área de Estudio**

El trabajo de investigación se desarrolló en el distrito de Villa María del Triunfo que es uno de los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima. Se trabajó en un colegio Estatal: el Colegio Julio César Tello, que se encuentra ubicado en la Av. Pachacutec 4355, cuadra 42 César Vallejo; y un Colegio Particular: la Institución educativa María de los Ángeles que se encuentra ubicado en Jr. Unión 551, zona Cercado. Los dos Colegios brindan educación inicial, primaria y secundaria.

### 3.3 Población y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por 494 estudiantes del 1 al 5to de secundaria del colegio Julio C. Tello y 148 estudiantes de 1 a 5to de secundaria de la I.E.P María de los Ángeles, siendo un total de 642 estudiantes.

Actualmente la educación secundaria del colegio estatal está constituida:

1er año con 4 secciones(A, B, C, D) con 113 alumnos.

2do año cuenta con 2 secciones (A, B) con 58 alumnos.

3er año cuenta con 4 secciones (A, B, C, D) con 113 alumnos.

4to año cuenta con 4 secciones (A, B, C, D) con 120 alumnos.

5to año cuenta con 3 secciones (A, B, C) con 90 alumnos.

Actualmente la educación secundaria del colegio particular está constituida:

1er año con 1 sección con 22 alumnos.

2do año cuenta con 2 secciones (A, B) con 41 alumnos.

3er año cuenta con 2 secciones (A, B) con 41 alumnos.

4to año cuenta con 1 sección con 22 alumnos.

5to año cuenta con 1 sección con 22 alumnos

La muestra fue obtenida de cada colegio mediante la fórmula de población finita:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{D^2(N-1) + Z^2 (p*q)} =$$

$$n = \frac{(1.96^2) * 0.60 * 0.40 * 494}{(0.05^2)(494-1) + (1.96^2) (0.60*0.40)} =$$

$$n = \frac{455.460096}{2.154484} = 211.40101 = 211$$

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{211}{1 + \frac{211}{494}} = 147.84 = 148$$

$n = Z^2 = 1.96^2$  (nivel de confianza de 95%).

$p =$  Proporción esperada. (En este caso 60% =0.60).

$q = 1-p$  (En este caso 1 – 0.60= 0.40).

$D^2 =$  Margen de Error (En este caso 0.05<sup>2</sup>).

La muestra estuvo constituida por 148 adolescentes del colegio estatal Julio C. Tello. La muestra en el colegio particular será el 100% (148 estudiantes de 1 a 5to de secundaria). La selección de los estudiantes del Colegio estatal y particular fue por muestreo probabilístico de azar simple teniendo todos los alumnos la misma posibilidad de ser elegidos como muestra.

Para la selección de los alumnos por sección se aplicó la fórmula por estrato ya que se conforman diferentes escuelas dentro de la población. Asimismo, para lograr un equivalente en cada institución se utilizó la fórmula de Shiffer, para muestras estratificadas, cuya fórmula es la siguiente:

Colegio Julio C. Tello:

$$n1 = \frac{n \cdot h}{N}$$

$$n1 = \frac{3 \times 148}{494} = 9 \text{ alumnos por sección}$$

**n1=** Es el estrato que se determina.

**n=** Tamaño adecuado de la muestra a estratificar.

**h=** Tamaño del estrato de la población. En este caso: 17 secciones / 5 años= 3.4 = 3 aulas por año Aproximadamente.

**N=** Tamaño de la población.

<b>1 año</b>	<b>9 + 9 + 9 + 9 =</b>	<b>36</b>
<b>2 año</b>	<b>9 + 9 =</b>	<b>18</b>
<b>3 año</b>	<b>→ 9 + 9 + 9 + 9 =</b>	<b>36</b>
<b>4 año</b>	<b>→ 9 + 9 + 9 + 9 =</b>	<b>36</b>
<b>5 año</b>	<b>→ 9 + 9 + 4 =</b>	<b><u>22</u></b>
	<b>Total</b>	<b>148</b>

Colegio María de los Ángeles:

<b>1 año</b>	<b>→</b>	<b>= 22</b>
<b>2 año</b>	<b>→ 21 + 21 =</b>	<b>42</b>
<b>3 año</b>	<b>→ 21 + 21 =</b>	<b>42</b>
<b>4 año</b>	<b>→</b>	<b>= 21</b>
<b>5 año</b>	<b>→</b>	<b>= <u>21</u></b>
	<b>Total</b>	<b>148</b>

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

#### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes (11 – 19 años) que asisten el día de la evaluación.

#### **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que por algún motivo se encuentren ausentes en el aula al momento de aplicar el instrumento.
- Adolescentes con alguna enfermedad médica severa.

### **3.5 Relación entre variables de Estudio**

En el estudio se busca conocer la influencia que tienen los factores biológicos, factores socioculturales y factores psicológicos con el riesgo de padecer Anorexia nerviosa.

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

La recolección de datos se llevó a cabo previa autorización de los directivos de cada colegio, la autorización se gestionó mediante una carta de la directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, solicitando la realización del trabajo de investigación.

Luego se realizaron las coordinaciones respectivas para identificar a los alumnos, quienes fueron elegidos aleatoriamente, entregándoles la hoja de cuestionario. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, el cual está constituido de 5 preguntas cerradas de selección múltiple, 5 dicotómicas y una escala tipo likert, la cual está basada en el EAT- 40, EDI-2, Inventario sobre Trastornos Alimentarios adaptado por Hartley y el Modelo de los 5 grandes rasgos de personalidad, los cuales

no son instrumentos para el diagnóstico de anorexia nerviosa, nos indican la probabilidad de que un individuo con altas puntuaciones en los cuestionarios pueda tener un trastorno de alimentación.

Dicho instrumento fue sometido a la validez de 10 jueces expertos en el área. Así mismo, se efectuó la prueba estadística Kuder Richardson para comprobar su confiabilidad.

### **3.7 Procedimientos de Recolección de Datos**

El trabajo se realizó con el mutuo apoyo de los estudiantes y docentes de las instituciones, ya que desde el inicio de la recolección se mostraron muy cooperantes a pesar que se contaba con muy poco tiempo debido a sus actividades académicas. Se ingresó a las instituciones educativas a las 8:00 am. y 1 pm (4to y 5to de secundaria del Colegio Julio C. Tello se encuentran en turno Tarde), se realizaron las coordinaciones correspondientes con cada directora y profesor, ya en las aulas se escogió a los alumnos por sorteo y se les dio las indicaciones pertinentes para la realización del cuestionario, posteriormente cada estudiante fue tallado y pesado con una cinta métrica y una balanza que se acondicionó previamente en el aula. Se finaliza agradeciendo la participación de los estudiantes.

### **3.8. Procesamiento de Datos**

La información obtenida en el estudio fue registrada manualmente para luego ser ordenada, tabulada y procesada mediante el Microsoft Excel 2007, donde se realiza el análisis descriptivo. Para responder a las hipótesis planteadas, se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrada o  $X^2$  mediante el programa SPSS versión 19 a fin de determinar la relación que existe entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos con el riesgo de padecer Anorexia Nerviosa. Posteriormente se aplicó la escala

de Estaninos y la media aritmética, para establecer los niveles y se copiaron los datos a las tablas para su descripción.

### **3.9 Aspectos Éticos**

El proyecto fue evaluado por la Dirección de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza así como por los colegios para su aprobación. Se informó a los alumnos que esta investigación no presenta ningún tipo de riesgo para ellos, respetándose su autonomía, con derecho a decidir si deseaban o no participar en la investigación.

Se les garantizó que los datos obtenidos no serían utilizados en beneficio propio o de identidades privadas que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de la población en estudio, garantizando la protección de su dignidad y privacidad de la información.

## **CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

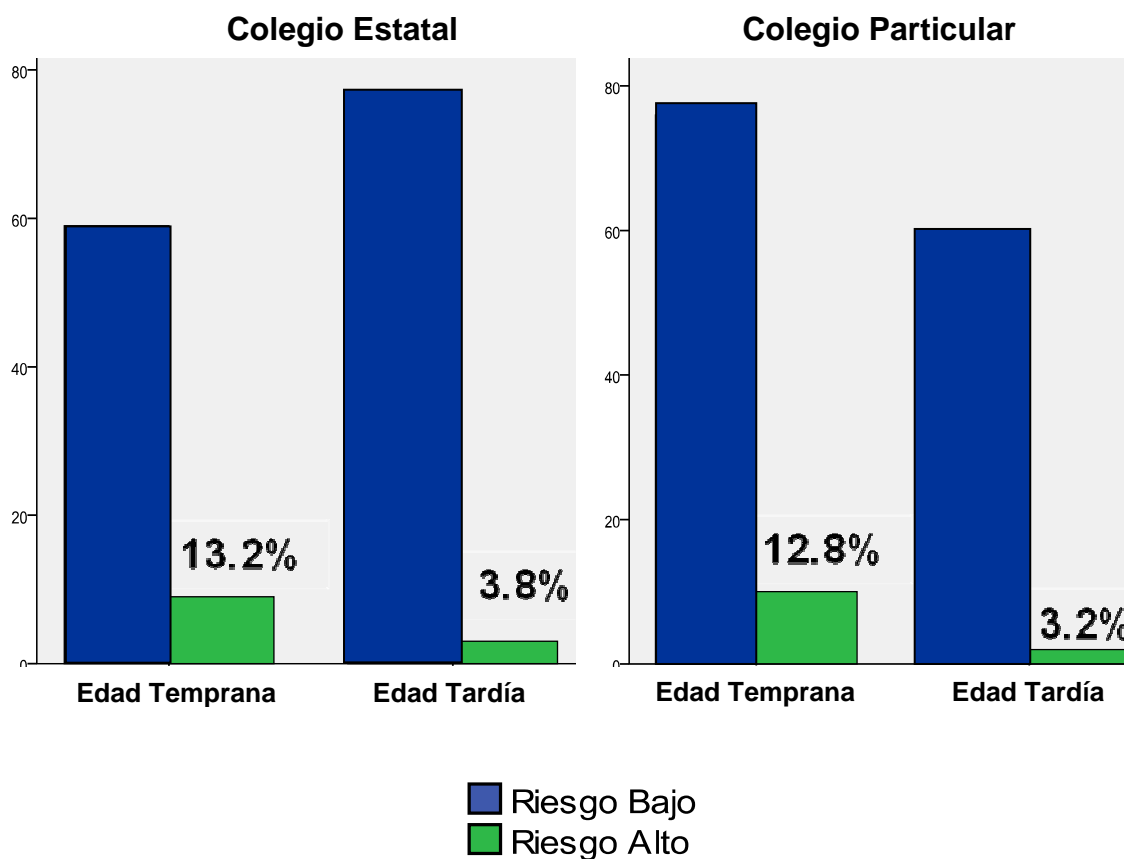
### **4.1 Resultados**

Obtenida toda la información se realizó el procesamiento de los datos de la siguiente forma: Se verificó que todos los cuestionarios estuvieran debidamente llenados y se procedió a la codificación de las categorías de cada variable, los que fueron vaciados en una Matriz general en Excel 2007. Luego se reduce la información de las subvariables conocimiento y autoestima mediante la aplicación de la escala de Staninos estableciéndose el nivel alto, medio y bajo. Las subvariables Televisión, Interrelación familiar, Autoridad, percepción de la Imagen Corporal, rasgos de personalidad y riesgo de anorexia nerviosa fueron clasificados en dos categorías utilizando la Media Aritmética, la cual determina que puntajes por encima de ésta se consideran de alto riesgo y por debajo bajo riesgo.

Los datos del Programa Excel fueron transferidos al programa SPSS versión 19, donde se obtuvo la frecuencia, porcentaje, se realizaron las tablas de Contingencia y la Prueba Chi Cuadrada que resulto altamente significativa con 22.63 siendo  $P \leq 0.05$ .

**GRÁFICO 1**

**EDAD Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL  
Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011**

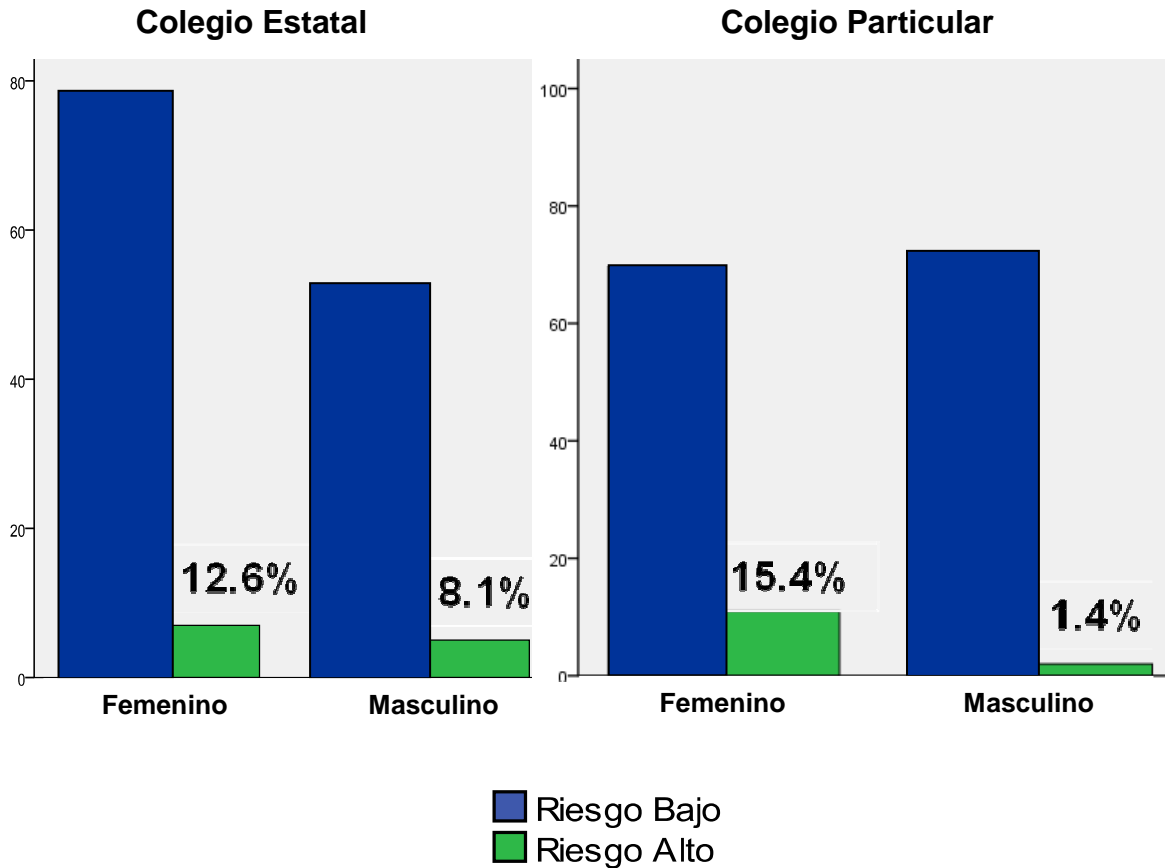


En el gráfico 1 se observa que en el colegio Estatal hay un mayor porcentaje de alumnos en edad tardía (80/148) y en el Particular más alumnos en edad temprana (86/148), presentando la mayoría riesgo bajo, sin embargo, el grupo que presenta mayores porcentajes en riesgo alto son estudiantes en edad temprana en ambos colegios (13.2%) (12.8%).



## GRAFICO 2

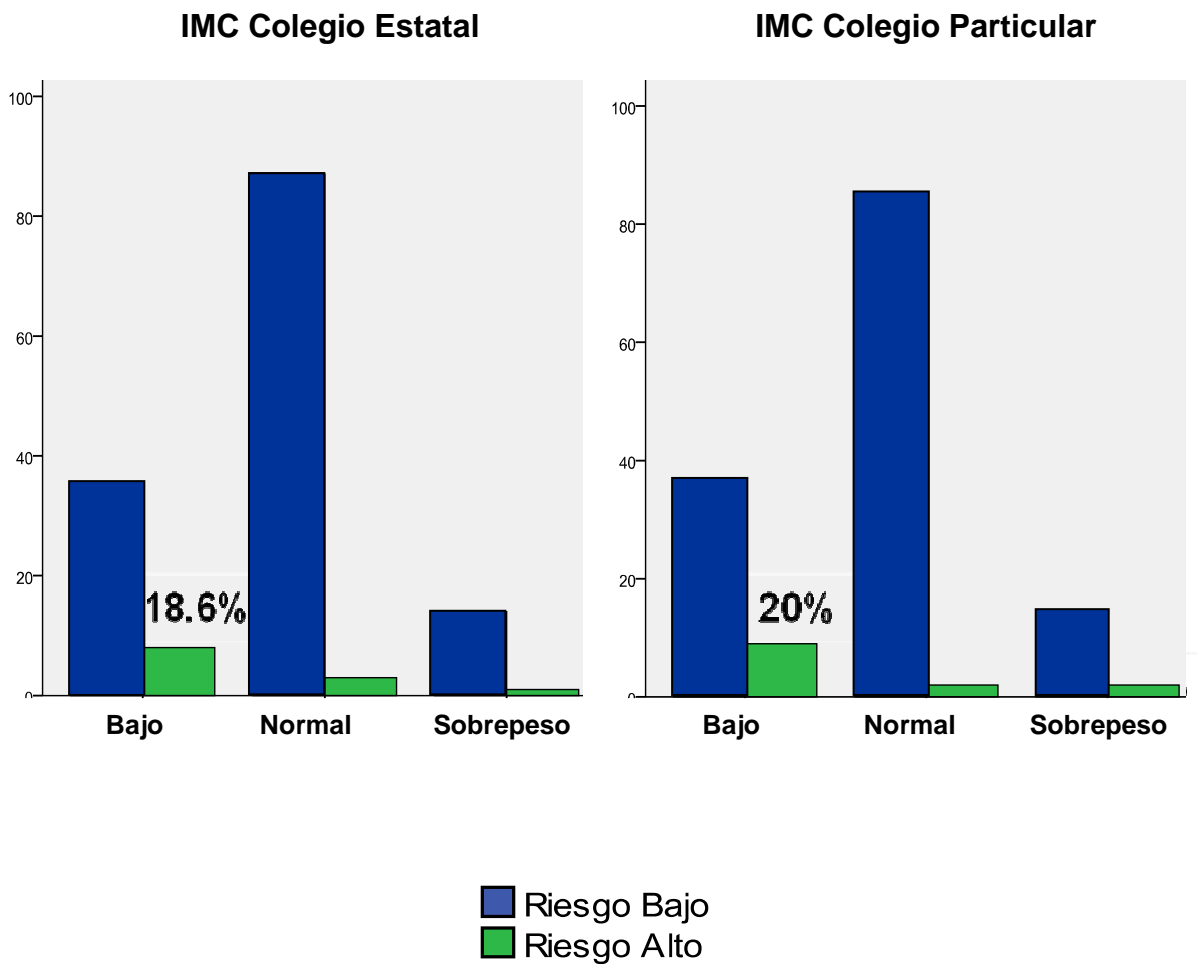
### SEXO Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



En el gráfico 2 se aprecia una mayor cantidad de alumnos del sexo femenino tanto en el colegio estatal (95/148) y particular (78/148) presentando a comparación del sexo masculino, un porcentaje significativo de alto riesgo en ambas instituciones (12.6%) (15.4%).

### GRAFICO 3

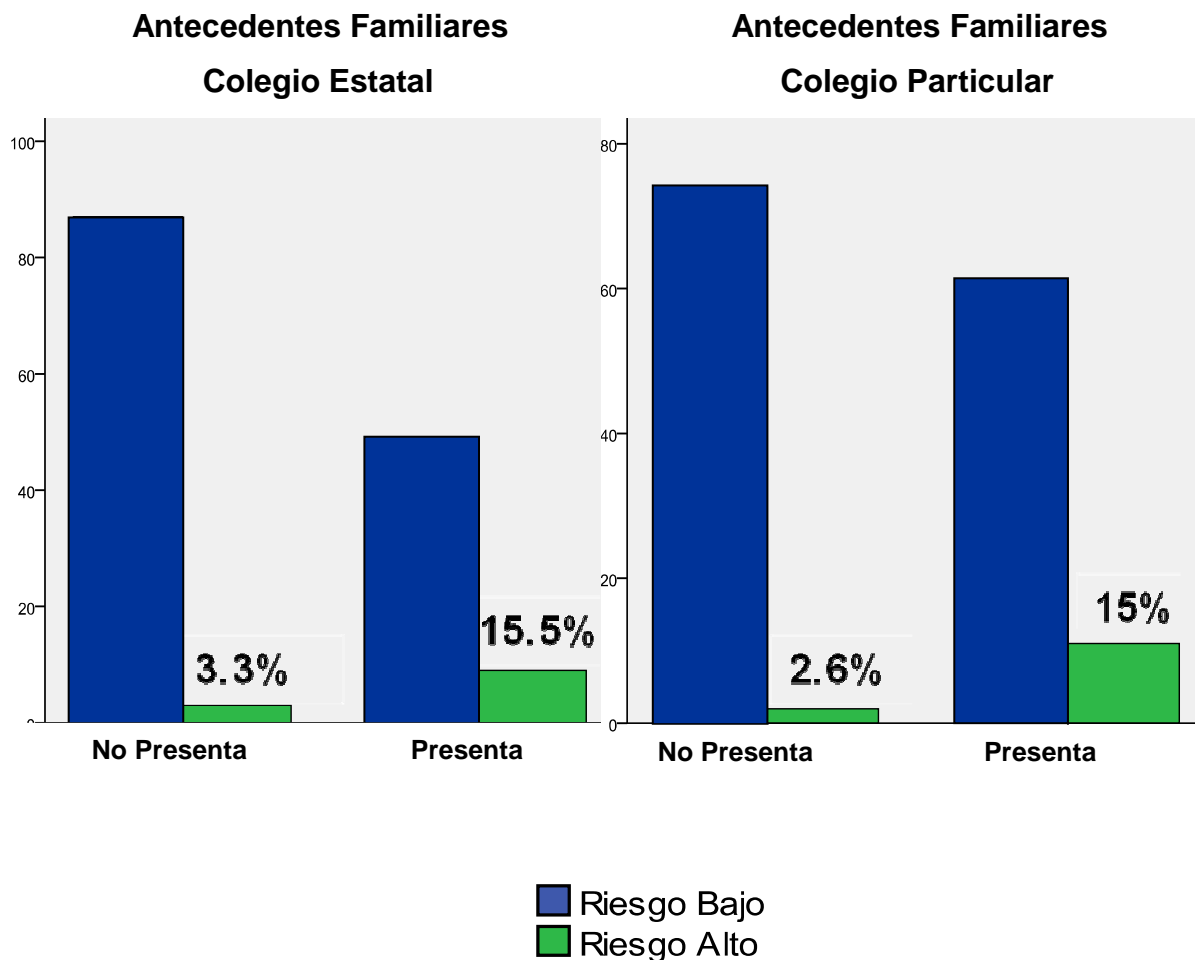
#### INDICE DE MASA CORPORAL Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



En el gráfico 3 se observa que la gran mayoría de estudiantes en ambos colegios, presenta un IMC normal su mayoría con riesgo bajo, sin embargo los adolescentes con un IMC bajo son los que presentan el más alto riesgo de predisposición (18.6%) (20%).

## GRAFICO 4

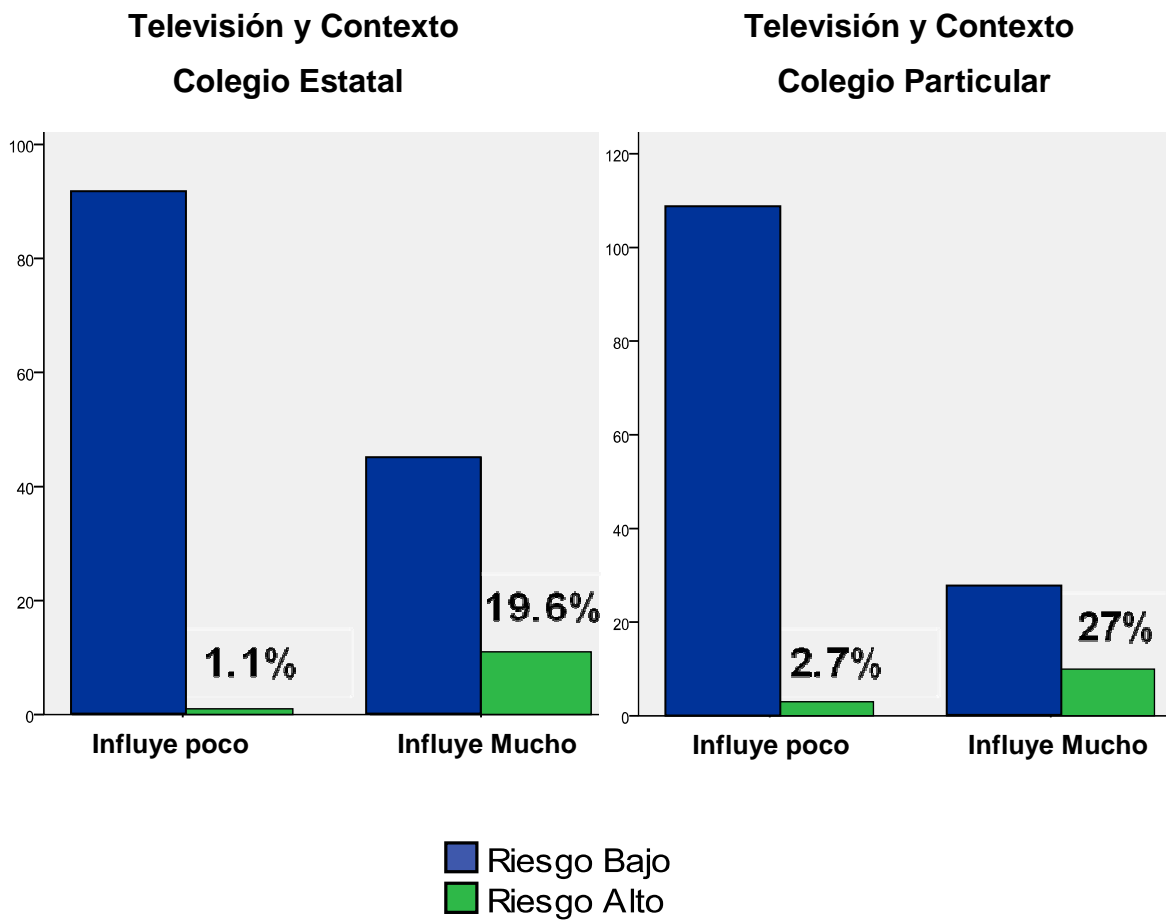
### ANTECEDENTES FAMILIARES Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



Se aprecia en el gráfico 4 que los adolescentes que si presentan antecedentes familiares de sobrepeso tienen más riesgo de sufrir Anorexia Nerviosa que los que no presentan antecedentes familiares. (15.5%) (15%).

## GRAFICO 5

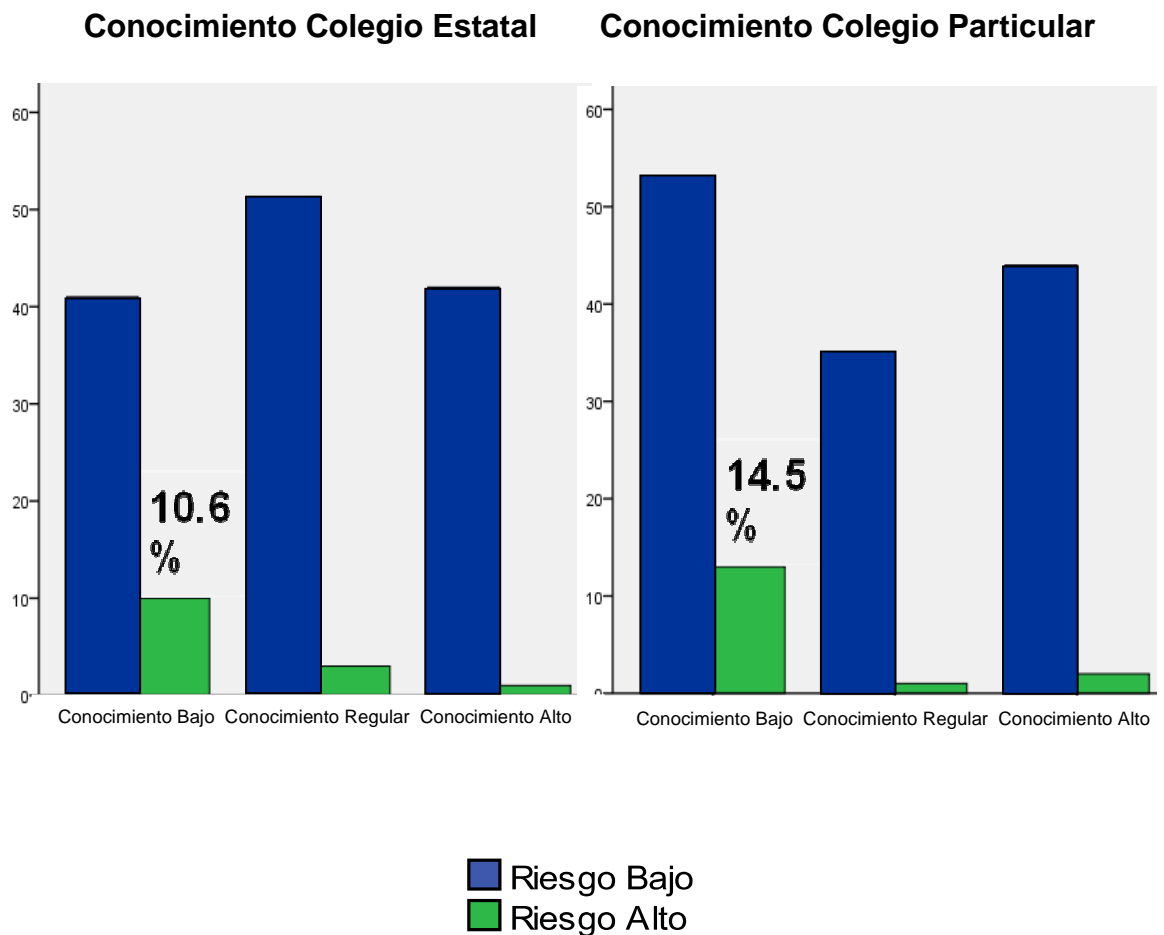
### TELEVISIÓN Y CONTEXTO Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



El gráfico 5 muestra que la Televisión y el Contexto poco influyen en la mayoría de estudiantes (92/148) (111/148), sin embargo los alumnos con alta influencia de la Televisión en ambos colegios presentan un porcentaje significativo de mayor predisposición a Anorexia Nerviosa (19.6%) (27%).

## GRAFICO 6

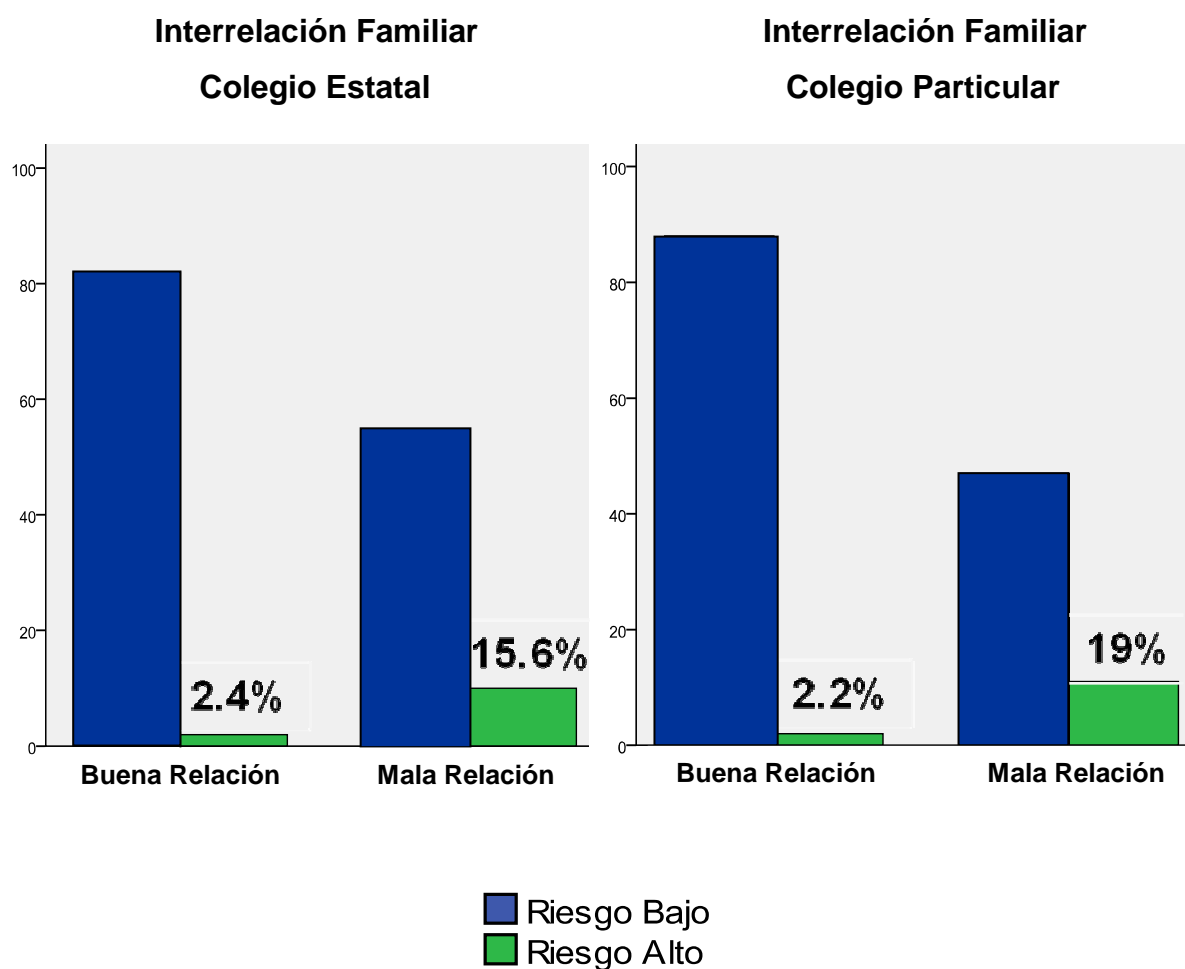
### CONOCIMIENTO Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



En el gráfico 6 se observa que el conocimiento en gran parte de la población escolar es medio en el Estatal (57/148) y bajo en el Particular (62/148), por el contrario los estudiantes con bajos conocimientos son los que presentan un riesgo alto (10.6%) (14.5%).

## GRAFICO 7

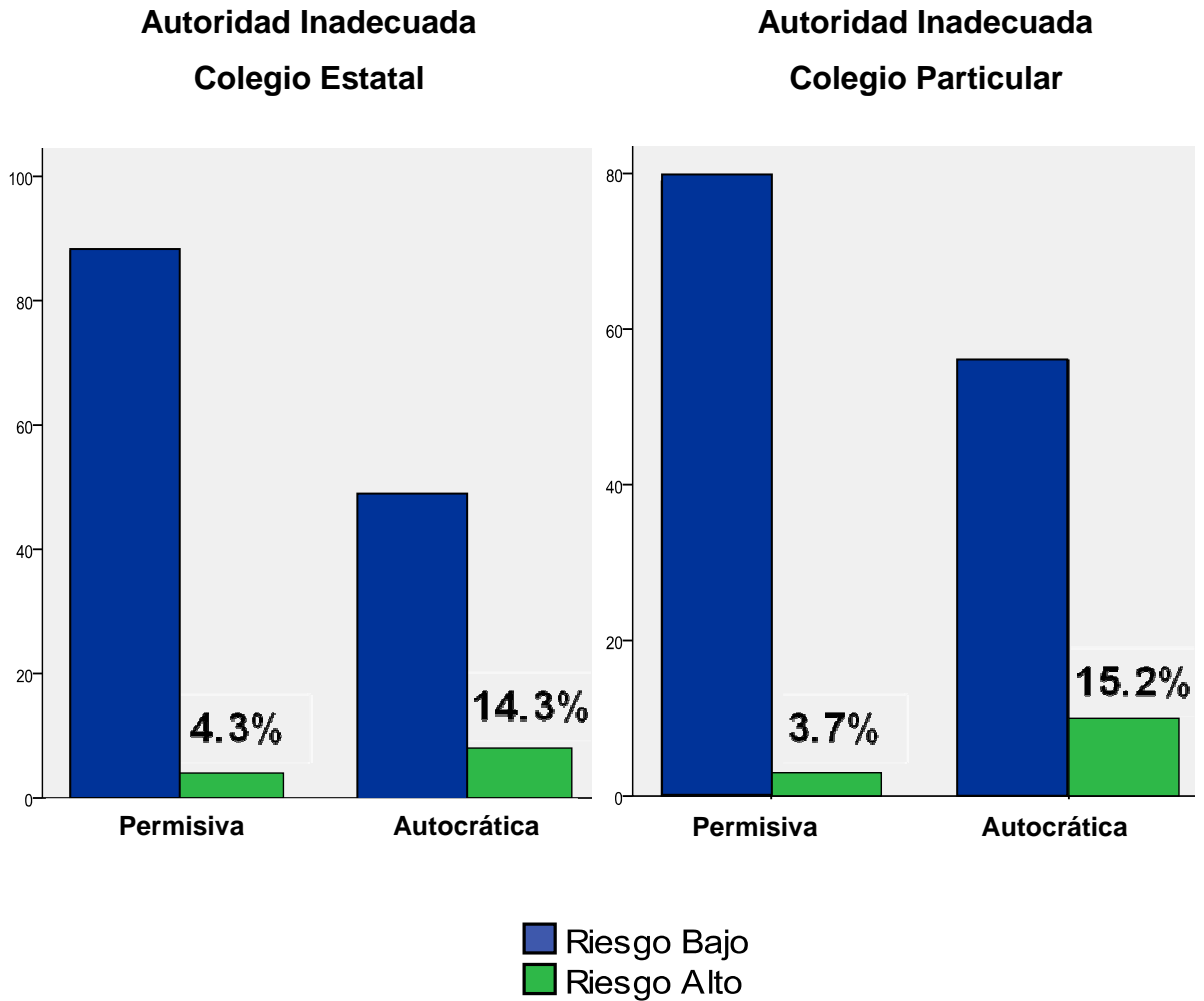
### INTERRELACIÓN FAMILIAR Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



A lo que respecta Interrelación Familiar, en el gráfico 7 se observa que la mayoría de estudiantes presenta una buena relación con sus padres en ambos colegios (84/148) (90/148), pero se aprecia que los alumnos con una mala relación familiar son los que presentan, a lo que respecta alto riesgo puntajes significativos (15.6%) (19%).

## GRAFICO 8

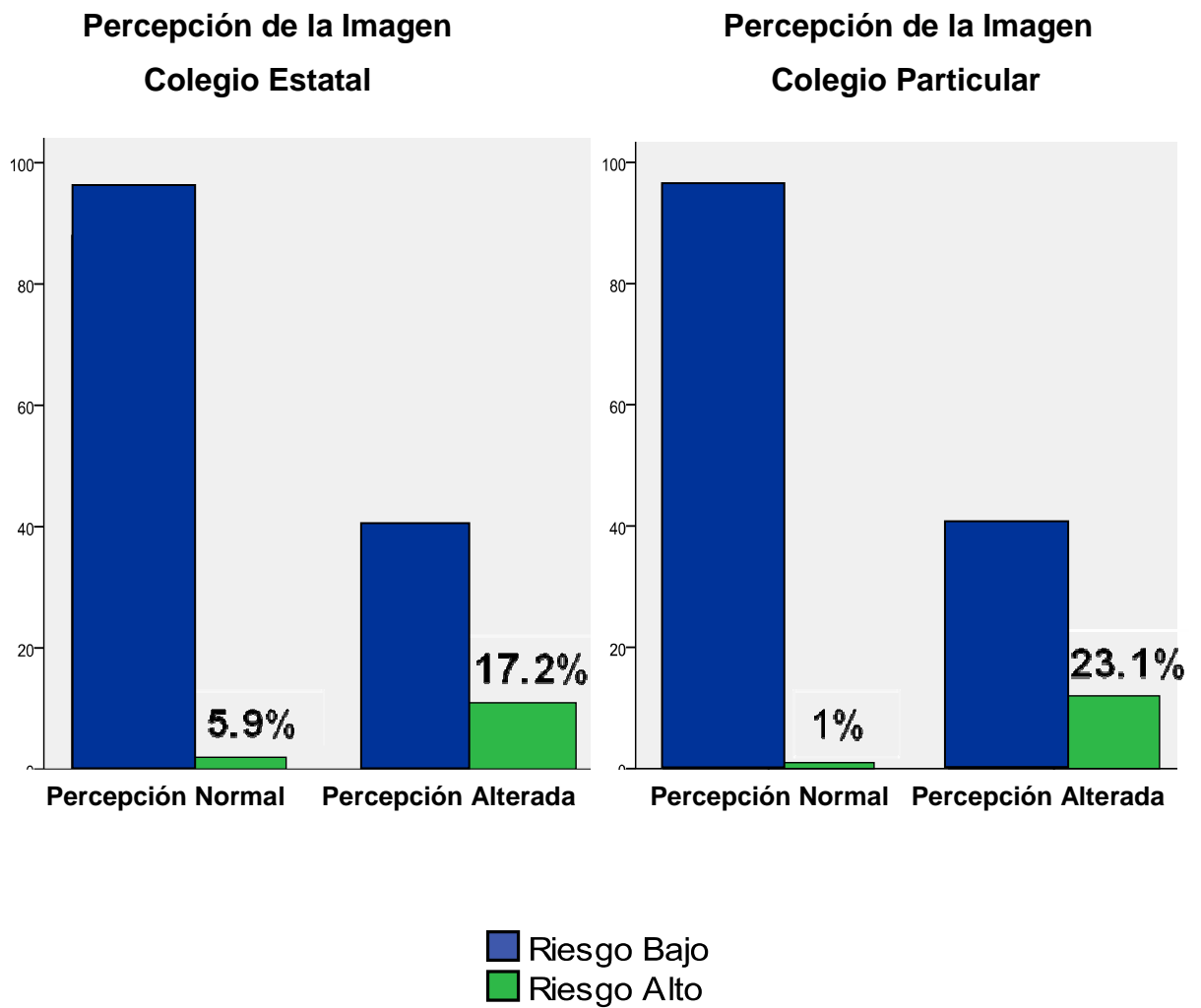
### AUTORIDAD INADECUADA Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



En el gráfico 8 se observa que en un gran porcentaje de alumnos la autoridad se inclina más a ser permisiva (92/148) (82/148), sin embargo los que tienen una autoridad más autoritaria presentan mayor riesgo (14.3%) (15.2%).

## GRAFICO 9

### PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011

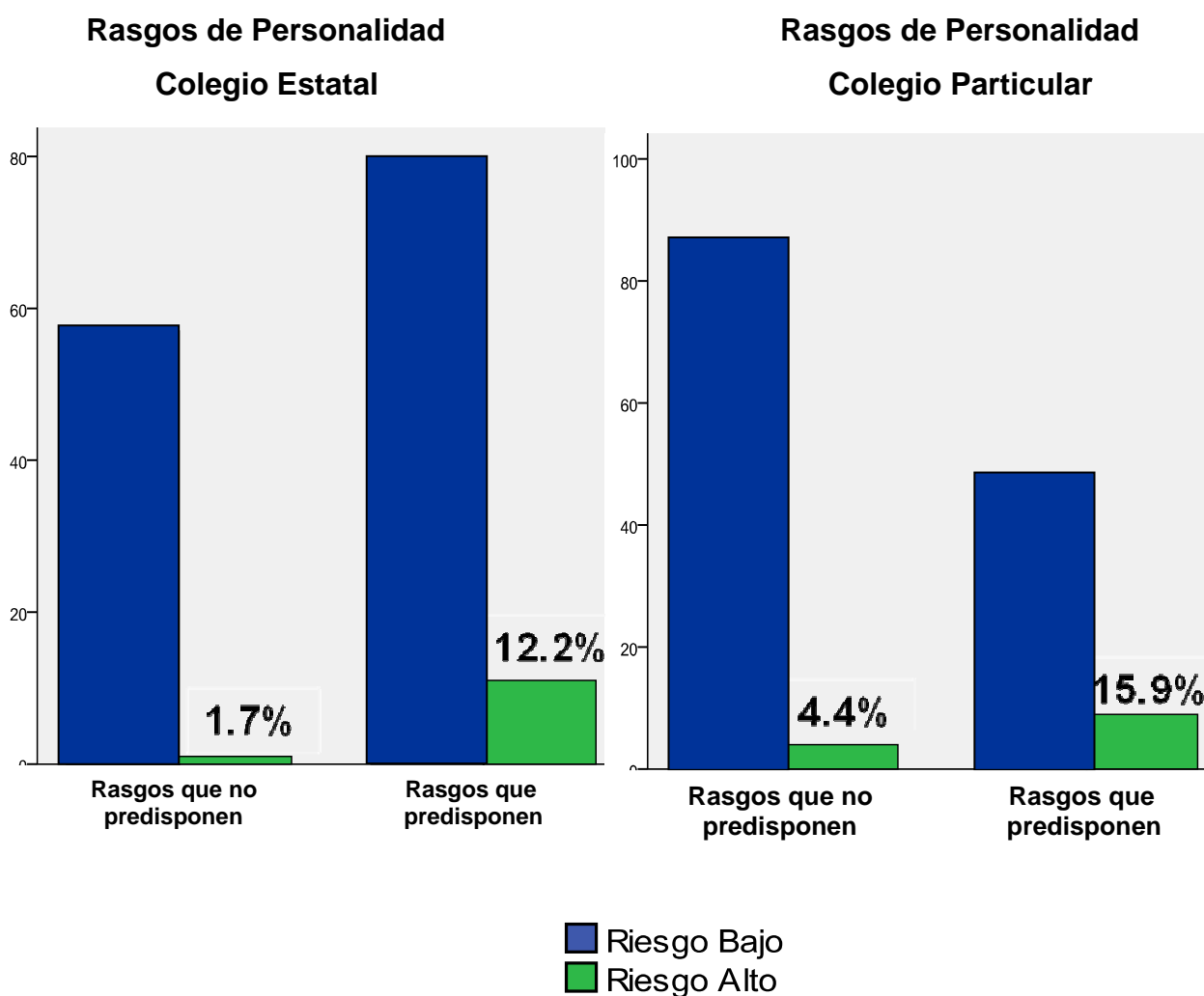


En el gráfico 9 se observa que la mayoría de alumnos de ambas instituciones presentan una percepción de su imagen corporal normal (119/148) (96/148) con riesgo bajo, en cambio, los estudiantes que presentan una percepción alterada el riesgo es significativo a presentar Anorexia Nerviosa (17.2%) (23.1%).



**GRAFICO 10**

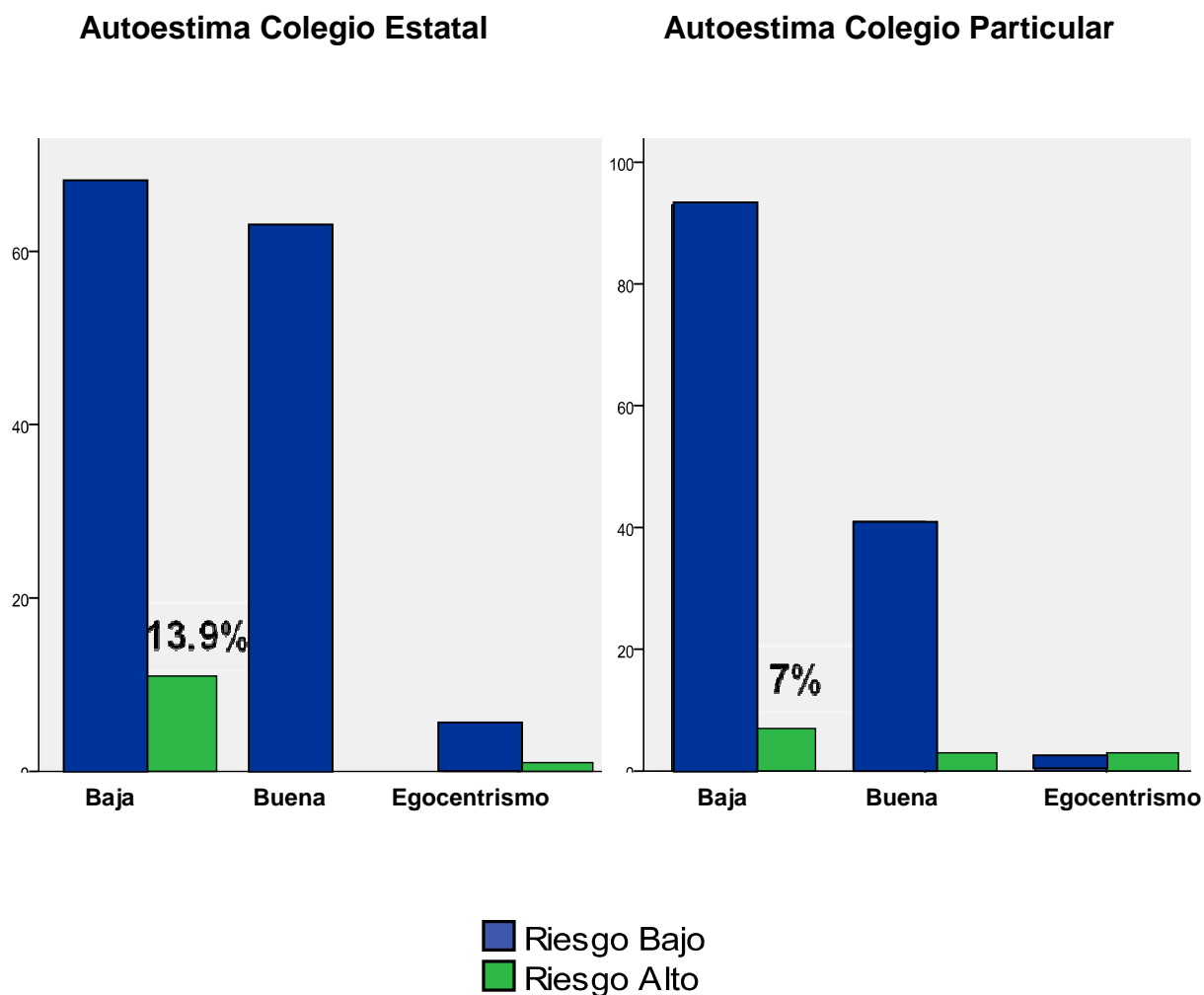
**RASGOS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011**



En el gráfico 10 se observa que en el colegio Estatal un número significativo de estudiantes presenta más rasgos inadecuados, teniendo este grupo el más alto número de alumnos en riesgo alto (12.2%). Por el contrario, los rasgos de personalidad en la mayoría de estudiantes del colegio Estatal no predisponen a Anorexia Nerviosa pero los alumnos que si presentan rasgos inadecuados de personalidad tiene mayor riesgo (15.9%).

GRAFICO 11

NIVEL DE AUTOESTIMA Y RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011



En el gráfico 11 se observa que la mayoría de alumnos presenta una baja autoestima en ambos colegios (79/148) (100/148) presentando este grupo puntajes significativos a lo que respecta alto riesgo (13.9%)(7%).

## 4.2 Discusión

En los últimos 25 años, la anorexia nerviosa y sus variantes han surgido como importantes enfermedades debido a los múltiples factores que intervienen, entre los cuales están los trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, posible sensibilidad genética y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez.(47) En definitiva, por ser un trastorno sociopsicobiológico, la anorexia nerviosa se considera el paradigma de los fenómenos interactivos y circulares.

La etapa de adolescencia es muy vulnerable desde el punto de vista psicológico, (...) aumenta la consciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, se le da especial importancia al grupo de pares, los rasgos físicos, y la creciente tendencia con las normas de origen cultural. Striegel (1993) señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual unido a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y adopción del mito de que la mujer delgada es una mujer exitosa, explican la aparición del trastorno alimentario. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente este el adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar Anorexia (48). Por consiguiente, los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las aprecian y en última instancia las cogniciones aprobatorias son un reforzador de prácticas mortificadoras.

El presente estudio presenta los factores biológicos, socioculturales y psicológicos que influyen en el riesgo de padecer anorexia nerviosa. Con respecto a las características del factor biológico se encontró que la edad de mayor riesgo en las adolescentes está comprendida entre 11-14 años (adolescencia temprana) en el colegio estatal y particular (cuadro 1). Nuestros datos son semejantes a los resultados obtenidos por Gunn y Col (2001) que descubrieron que los problemas alimenticios eran una respuesta

al cambio de la pubertad, sobre todo a la acumulación de grasa en el cuerpo. Las niñas que tenían los sentimientos más negativos sobre sus cuerpos durante la pubertad, tenían un riesgo mayor de desarrollar dificultades en la alimentación. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado por Benites y Col (2006) donde el 52% de los alumnos presentan mayor riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las edades de 13 a 14 años con respecto a los 17 a 18 que no presentan.

Se halló también que respecto al género, los escolares que presentan una mayor predisposición a sufrir anorexia nerviosa son las mujeres (12.6%) (15.4%), por poseer altos porcentajes de riesgo respectivamente. (Cuadro 1). Estos resultados son respaldados por la investigación titulada Detección de actitudes y conductas predisponentes a TCA en estudiantes de 3 colegios particulares de Viña María 2007(49), donde nos muestra que el porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria fue de 12% de mujeres y 2% para los varones, siendo estas, más propensas a desarrollar un TCA.

Respecto al Índice de masa corporal, en nuestro estudio, se observa que la mayoría de estudiantes de ambos colegios presentan un IMC baja (18.6%)(20%) y son ellos los más propensos a sufrir de anorexia nerviosa. Estos resultados difieren a lo publicado en el estudio Identificación de factores de riesgo asociados a Trastornos de Conducta alimentaria y su relación con el IMC 2010 (50), mencionan que hubo mayor presencia de factores de riesgo en sujetos con sobrepeso y obesidad, ya que a mayor IMC mayor impacto de factores socioculturales, mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo y mayor insatisfacción corporal (78.4%). Este resultado se reafirma en un estudio realizado por Santoscini y Col (2001). Conductas Alimentarias de riesgo en Adolescentes mexicanos; y de González y Col. (2009) donde muestran que a mayor IMC mayor preocupación por su imagen corporal y mayor persistencia de conductas alimentarias de riesgo.

Si bien es cierto que los datos obtenidos no se asemejan a los encontrados en otros estudios, esto puede deberse a que los alumnos con alta influencia de la publicidad, el entorno que aprecia la delgadez como ideal de belleza y éxito se encuentran sumidos en un modelo de “perfección” difícil de alcanzar.(51)

También se obtuvo en la presente Investigación, que los adolescentes que muestran antecedentes familiares de sobrepeso tienen el mayor porcentaje de riesgo significativo (15.5%)(15.3%), lo que coincide con diferentes autores y estudios que señalan que hay más predisposición de sufrir de un TCA como la anorexia nerviosa si en la familia hay algún antecedente de sobrepeso u obesidad. (Cuadro 1)

Dentro del análisis correlacional se puede inferir que existe relación significativa entre el factor biológico y el riesgo a sufrir anorexia nerviosa, resultando significativo el Chi cuadrado con un valor de 11.7 siendo  $P \leq 0.05$ .

Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, consideramos importante los resultados de nuestro estudio, debido a que en las instituciones en que se ha realizado la investigación no se han realizado investigaciones relacionadas a este tema; Estos datos se darán a conocer a las autoridades educativas, y en coordinación con ellos se desarrollarán actividades orientadas a la prevención de la anorexia nerviosa en los estudiantes que tienen alto riesgo, y en los otros, se promocionará la salud. (52)

Con respecto a los factores culturales, la bibliografía manifiesta que desde el punto de vista transcultural la anorexia nerviosa se presenta como una enfermedad asociada a valores sociales y culturales, los cuales en esta época diversos autores llaman postmodernidad, imponen nuevos ideales de levedad y ligados a la imagen, los medios de comunicación propagan el culto

a la imagen, todo se reduce a la imagen y se promociona la exterioridad.  
(53)

En lo que se refiere al conocimiento y su relación con la anorexia nerviosa, se observa que los alumnos tanto del colegio estatal como particular que presentan bajo nivel de conocimiento muestran un riesgo alto significativo (10.6%) (14.5%). (Cuadro 3).

Al comparar con otros estudios como el titulado “Conocimiento y conductas riesgosas de Anorexia Nerviosa en Adolescentes de Instituciones educativas estatales de la UGEL N°4 Comas 2007 (54), se observó un nivel de conocimiento bajo con conductas de alto riesgo 6.1%, los que tuvieron un nivel de conocimiento medio sus conductas eran de mediano riesgo 35.1% y los que presentaron un nivel de conocimiento alto sus conductas eran de bajo riesgo. En otro estudio titulado La influencia de Publicidad entre otros factores Sociales en los TCA (55) muestra que adolescentes menores de 14 años presentaban menor conocimiento aumentando este progresivamente con la edad.

Según los resultados del presente estudio, se aprueba las Hipótesis de investigación porque existe relación significativa entre conocimientos y riesgo de sufrir anorexia nerviosa, es decir, que “a menor conocimiento mayor es el riesgo de los adolescentes de sufrir esta enfermedad”.

Por lo expuesto se sabe que el conocer es parte importante para el desarrollo de los hábitos y conductas de una persona, por ello es necesario que conozcan sobre la enfermedad y qué riesgos llevan a generarla, para que ellos mismos los identifiquen y asuman acciones más adecuadas.

En los resultados obtenidos con respecto a la influencia de la televisión y el contexto se aprecia que tanto en el colegio estatal como el particular los alumnos que son altamente influidos por la televisión presentan un riesgo

significativo de sufrir este trastorno (19.6%)(27%). Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios, en que se reconoce a la televisión como una fuente de información influyente sobre los jóvenes. Carrillo y Col 2010(56), Hurtado M. y Col. 2002(57)

De acuerdo a los datos del estudio se aprueba la Hipótesis de Investigación ya que se demostró que “a mayor influencia de la televisión y contexto mayor riesgo sufrir anorexia nerviosa los adolescentes”. En síntesis, la televisión es un medio de comunicación de masas influyente. Por ello es indispensable que a través de este medio, también se desarrollen programas orientados a la prevención, a fin de que fomenten en sus contenidos la diversidad de modelos realistas corporales y de belleza, evitando la proyección pública de estereotipos susceptibles de ser contrarios a la salud, para evitar una mayor incidencia de esta enfermedad en los adolescentes que son los más vulnerables. (58)

Respecto al ámbito familiar, el hogar es el medio social y físico donde se socializan las comidas, los padres juegan un rol importante en la adquisición de hábitos alimentarios. No debemos culpar únicamente a los medios de comunicación o a la sociedad, pues este trastorno se origina principalmente en la familia (59).

Los resultados del presente estudio demuestran que los adolescentes de los dos colegios presentan en su mayoría una buena interrelación con su familia, sin embargo los grupos que tienen una mala relación presentan porcentajes significativos de adolescentes en alto riesgo (15.6%)(19%). Otro punto importante es que en el aspecto de autoridad familiar en la mayoría de los casos es permisiva, pero donde hay autoridad autocrática es donde se aprecia más adolescentes en riesgo (14.3%)(15.2%). Este, se asemeja al estudio de Cruzat C., y Col. 2008 (60) titulado Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en un grupo de adolescentes, muestra que si los adolescentes desconocen el manejo de situaciones conflictivas,

negativas que perciben en su familia, mayor será la susceptibilidad a desarrollar la patología. (Cuadro 3)

En comparación con el presente estudio, esta y otras investigaciones respaldan los resultados obtenidos, ya que muestran que a mejor relación de los estudiantes con sus padres y demás personas, menos riesgo tendrán para desarrollar anorexia nerviosa, asimismo predomina un estilo educativo sobreprotector en los familiares de anoréxicos ya que al sobreprotegerlos evitan el desarrollo de habilidades para tomar decisiones propias además de generar miedo y rechazo a la sociedad. Esta falta de identidad, hace aparecer dificultades en la autonomía de los adolescentes que, al no poder apropiarse de sus propios deseos se aferran desesperadamente a un autocontrol en la ingesta de alimentos como forma de contraponerse al terror, al descontrol que hay en otros ámbitos de su vida afectiva. (61)

De acuerdo a lo explicado existe una relación significativa entre las variables factor sociocultural y el riesgo de sufrir anorexia nerviosa, ya que en el chi cuadrado se halló una correlación significativa, con un valor de 8.16 respectivamente, siendo  $P \leq 0.05$ . (Cuadro 2).

Es por ello que el adolescente, para evitar este tipo de trastornos, debe tener una buena comunicación entre los miembros de la familia, ya que es un elemento fundamental para una relación satisfactoria. Es importante también conocer la enfermedad y cómo afecta a la persona que la padece, así como su tratamiento médico y psicológico.

Entre los factores psicológicos esta la percepción de la imagen corporal, rasgos de personalidad y la autoestima. La imagen corporal es definida como la actitud hacia el propio cuerpo, puede concebirse globalmente como un conjunto de sentimientos, actitudes y percepciones del cuerpo propio. En el campo de los trastornos alimentarios la imagen corporal juega un papel trascendente.



Se empleo el Índice de Masa Corporal como una medida de comparación con la percepción de la imagen corporal para determinar si hay presencia o no de distorsión de la figura corporal.

En los resultados, se observa tanto en el colegio estatal y particular un gran porcentaje de alumnos tienen una percepción de su imagen corporal normal, sin embargo los alumnos que presentaron percepción alterada en el estatal (17.2%) y particular (23.1%) tienen el mayor porcentaje de estudiantes a lo que respecta alto riesgo, asimismo la mayoría de alumnos de ambos colegios presentan baja autoestima (53.4%) (67.6%) con un elevado riesgo a sufrir un trastorno alimentario (13.9%)(7%). Estos datos son semejantes a los publicados en el estudio de Espinoza y Col (2001) muestran en sus resultados la insatisfacción con la imagen corporal en los TCA teniendo estas adolescentes un IMC normal, indicando así, en este y otros estudios que la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma se encuentran altamente relacionadas con conductas alimentarias de riesgo.

Asimismo, en el estudio de Moreno y Ortiz 2009 (62) Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, se encontró que ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, la mayoría de los adolescentes se ubican en los niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar TCA en las mujeres, los casos se incrementan con la edad. Estas investigaciones respaldan el presente trabajo que nos indica que a mayor percepción de la imagen corporal alterada mayor es el riesgo de sufrir anorexia nerviosa. (Cuadro 5)

Son varios los autores consultados los que hacen énfasis en la presencia de baja autoestima, como núcleo y más poderoso potenciador de un desorden alimenticio. Esta, más la pérdida del sentido de control, podrían considerarse como la raíz de los factores psicológicos que potencian la aparición de la anorexia. Henríquez (2005), Gunn (2001) y otros; Siendo la hipótesis de

estudio aceptada ya que se planteo que si a más baja autoestima mayor es el riesgo de sufrir anorexia nerviosa.

Por otro lado, en el estudio de investigación se muestra que los alumnos de ambos colegios con rasgos predisponentes tienen un riesgo altamente significativo de sufrir anorexia nerviosa (12.2%) (15.8%) (Cuadro 5). Al comparar con otros estudios Strober (1993) encontró determinados rasgos de personalidad en pacientes de anorexia. Entre ellos está la necesidad de aprobación externa, la tendencia a la conformidad, la falta de respuesta a las necesidades internas, el perfeccionismo y la escrupulosidad. (Bay y Herscovici, 1993; Coon, 1998). Señalan que la introversión y la depresión, por otro lado, se consideran factores complicantes de la enfermedad, que se vinculan a la desnutrición y a la condición del paciente. (63)

Un punto muy importante a considerar es que los ítems que indican rasgos de personalidad en el instrumento de este estudio, fueron elaborados en base a los 5 grandes rasgos de la personalidad mencionados anteriormente, elaborados a fin de tener la perspectiva global de que si la persona presenta marcadamente rasgos negativos que lo predisponen a sufrir anorexia nerviosa o no.

De acuerdo al análisis correlacional se encontró en el estudio relación significativa entre factor psicológico y el riesgo de sufrir anorexia nerviosa, ya que se halló una correlación de 4.8 y 18.8 respectivamente, siendo significativo si  $P (\leq) 0.05$ . (Cuadro 4). Por lo que es recomendable que desde muy temprana edad los adolescentes reciban atención psicológica y orientación a fin de reforzar la autoestima y la buena formación personal de los estudiantes.

Se puede concluir que es lógico pensar en una combinatoria de factores de riesgo diversos: psicológicos, familiares y socioculturales, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación. (64).

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

- ✓ La Adolescencia temprana y antecedentes familiares tienen ligero predominio en el colegio estatal que en el particular, lo que puede influir en el riesgo de anorexia nerviosa.
- ✓ El sexo femenino y el bajo Índice de Masa Corporal tienen ligero predominio en el colegio particular que en el estatal, lo que puede influir también en el riesgo de anorexia nerviosa.
- ✓ Los factores socioculturales: Alta influencia de la Televisión y contexto, conocimiento bajo, mala interrelación familiar y autoridad autocrática tienen mayor predominio en el colegio particular que en el estatal.
- ✓ La baja autoestima tiene mayor predominio en el colegio estatal que en los estudiantes del colegio particular lo que puede influir en el riesgo de anorexia nerviosa.
- ✓ La percepción de la imagen corporal y rasgos de personalidad tienen ligero predominio en el colegio particular que en el estatal, pudiendo influir en el riesgo de anorexia nerviosa.

## 5.2 Recomendaciones

- ✓ Realizar más investigaciones a nivel local y nacional sobre los aspectos psicológicos en relación con la Anorexia Nerviosa, variando el enfoque, la metodología y el instrumento.
- ✓ Dar a conocer a las autoridades de ambos colegios estudiados, los resultados de la investigación para que adopten las medidas necesarias en los estudiantes con alto riesgo de anorexia nerviosa.
- ✓ Desarrollar en los colegios donde se realizó la investigación charlas educativas que contengan temas como: prevención de la anorexia nerviosa y educación nutricional correcta. Dichos programas deben ir en paralelo con orientaciones psicológicas dirigidas a mejorar la autoestima personal y control de emociones.
- ✓ Realizar charlas informativas a los padres de familia, acerca de conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, importancia de una nutrición adecuada, comunicación familiar.
- ✓ Coordinar oportunamente en los colegios la implementación de centros de atención del estudiante (consultorios de nutrición, psicología y médico) para una continua intervención en el supuesto caso de riesgo o enfermedad de este trastorno.
- ✓ Efectuar seguimiento a los estudiantes detectados con alto riesgo de anorexia nerviosa para una rápida intervención tanto de la institución educativa, familia y el personal de salud.

# **ANEXOS**

ANEXO 1: CUADRO 1

FACTORES BIOLÓGICOS Y EL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011

Factor Biológico	Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. Julio C. Tello				Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. María de los Ángeles			
	Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>	Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>
Edad A. Temprana	59(86.8)	9(13.2)	68(100)	4.5	75(87.2)	11(12.8)	86(100)	3.9
A. Tardía	77(96.3)	3(3.8)	80(100)		60(96.8)	2(3.2)	62(100)	
Sexo Femenino	83(87.4)	12(12.6)	95(100)	5.3	66(84.6)	12(15.4)	78(100)	8.91
Masculino	52(91.9)	1(8.1)	53(100)		69(98.6)	1(1.4)	70(100)	
IMC Bajo	35(81.4)	8(18.6)	43(100)	9.1	36(80.0)	9(20.0)	45(100)	11.67
Normal	87(96.75)	3(3.3)	90(100)		85(97.7)	2(2.3)	87(100)	
Sobrepeso	14(93.3)	1(6.7)	15(100)		14(87.5)	2(12.5)	16(100)	
Antecedentes Familiares No	87(96.7)	3(3.3)	90(100)	7	74(97.4)	2(2.6)	76(100)	7.4
Si	49(84.5)	9(15.5)	58(100)		61(84.7)	11(15)	72(100)	

La relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

## ANEXO 2: CUADRO 2

### FACTOR SOCIOCULTURAL Y EL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011

Factor Sociocultural		Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa Colegio Julio C. Tello			Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa Colegio María de los Ángeles		
		Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%
Nivel de	Bajo	81(97.6)	2(2.4)	83(100)	92(95.8)	4(4.2)	96(100)
Influencia	Alto	55(84.6)	10(15.4)	65(100)	43(82.7)	9(17.3)	52(100)
Total		136(100)	12(100)	148(100)	135(100)	13(100)	148(100)

$X^2= 8.16$  la relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

$X^2= 7.14$  la relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

**ANEXO 3: CUADRO 3**

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011**

<b>Factor Sociocultural</b>		<b>Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. Julio C. Tello</b>				<b>Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. María de los Ángeles</b>			
		Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>	Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>
TV y Contexto	Baja	91(98.9)	1(1.1)	92(100)	16.1	108(97.3)	3(2.7)	111(100)	20.49
	Alto	45(80.4)	11(19.6)	56(100)		27(73)	10(27)	37(100)	
Conocimiento	Bajo	42(89.4)	5(10.6)	47(100)	1.19	53(85.5)	9(14.5)	62(100)	4.67
	Regular	52(91.2)	5(8.8)	57(100)		36(97.3)	1(2.7)	37(100)	
	Alto	42(95.5)	2(4.5)	44(100)		46(93.9)	3(6.1)	49(100)	
Interrelación Familiar	Buena	82(97.6)	2(2.4)	84(100)	8.55	88(97.8)	2(2.2)	90(100)	12.34
	Mala	54(84.4)	10(15.6)	64(100)		47(81.0)	11(19)	58(100)	
Autoridad Inadecuada	Permisiva	88(95.7)	4(4.3)	92(100)	4.61	79(96.3)	3(3.7)	82(100)	6.02
	Autocrática	48(85.7)	8(14.3)	56(100)		56(84.8)	10(15.2)	66(100)	

La relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$



**ANEXO 4: CUADRO 4**

**FACTOR PSICOLOGICO Y EL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011**

<b>Factor Psicológico</b>		<b>Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa Colegio Julio C. Tello</b>			<b>Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa Colegio María de los Ángeles</b>		
		Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Total	Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Total
		F%	F%	F%	F%	F%	F%
Nivel de	Bajo	79(96.3)	3(3.7)	82(100)	84(100)	0(0)	84(100)
Influencia	Alto	57(86.4)	9(13.6)	66(100)	51(80)	13(20)	64(100)
	Total	136(100)	12(100)	148(100)	135(100)	13(100)	148(100)

$X^2= 4.8$  la relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

$X^2= 18.8$  la relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

**ANEXO5: CUADRO 5**

**FACTORES PSICOLÓGICOS Y EL RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN COLEGIO ESTATAL Y PARTICULAR  
DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO- 2011**

Factor Psicológico		Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. Julio C. Tello				Riesgo de Sufrir Anorexia Nerviosa C. María de los Ángeles			
		Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>	Riesgo Bajo F%	Riesgo Alto F%	Total F%	X <sup>2</sup>
Percepción	Normal	112(94.1)	7(5.9)	119(100)	4.04	95(99.0)	1(1.0)	96(100)	20.36
	Alterada	24(82.8)	5(17.2)	29(100)		40(76.9)	12(23.1)	52(100)	
Rasgo de Personalidad	N/Predisnone	57(98.3)	1(1.7)	58(100)	5.22	87(95.6)	4(4.4)	91(100)	5.67
	Predisbone	79(87.8)	11(12.2)	90(100)		48(84.2)	9(15.9)	57(100)	
Nivel de Autoestima	Baja	68(86.1)	11(13.9)	79(100)	9.72	93(93.0)	7(7.0)	100(100)	22.63
	Buena	63(100)	0(0)	63(100)		41(93.2)	3(6.8)	44(100)	
	Egocéntrico	5(83.3)	1(16.7)	6(100)		1(25.0)	3(75.0)	4(100)	

La relación muestra alta significancia ya que  $P \leq 0.05$

## ANEXO 6: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN
<p>Factores Biológicos: Son las características propias y naturales del adolescente como si es hombre y mujer, su peso, o si ha sido anteriormente gordo.</p> <p>Factores Socioculturales: Comprende el contexto, los conocimientos, creencias, hábitos alimenticios, valores, ejercicio físico,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• IMC</li> <li>• Antecedentes familiares.</li> <li>• Televisión y Contexto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescente: Entre los 11 a 19 años</li> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> <li>• &lt;15 a &gt;40</li> <li>• Antecedentes de Sobrepeso u Obesidad.</li> <li>• Promocionan la delgadez.</li> <li>• Promueven dietas reductoras e Hipocalóricas.</li> <li>• Condicionan la delgadez como medio de aceptación social</li> <li>• Presión de grupo de amigos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia temprana 10- 14 años.</li> <li>• Adolescencia tardía 15- 19 años</li> <li>• Desnutrido &lt; 18,5</li> <li>• Normal 18,5 - 24,9</li> <li>• Sobrepeso 25 – 29,9</li> <li>• Obeso ≥ 30</li> <li>• Presenta Antecedentes.</li> <li>• No presenta Antecedentes.</li> <li>• Influencia Baja</li> <li>• Influencia Alta</li> </ul>

<p>interrelación y autoridad familiar.</p> <p>Factores Psicológicos: Son las características como la percepción de la imagen corporal, nivel de autoestima y grado de funcionamiento familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li>   <li>Interrelación Familiar.</li>   <li>• Tipos inadecuados de Autoridad en la Familia.</li>   <li>• Percepción de la Imagen Corporal</li>   <li>• Rasgos de Personalidad del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento acerca de la Anorexia Nerviosa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sus Características, factores de riesgo, consecuencias, prevención.</li> </ul> </li>   <li>• Nivel de Comunicación: (Frecuencia de la comunicación, Contenido de la comunicación, tipo de expresión).</li>   <li>• Apoyo familiar: (Apoyo emocional y financiero).</li>   <li>• Autocrática.</li> <li>• Permisiva.</li>   <li>• Muy Delgada.</li> <li>• Delgada.</li> <li>• Contextura normal.</li> <li>• Contextura Gruesa.</li> <li>• Gorda.</li> <li>• Muy Gorda.</li>   <li>• Introversión</li> <li>• Afabilidad</li> <li>• Escrupulosidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo.</li> <li>• Regular.</li> <li>• Alto.</li>   <li>• Familia Funcional. (buena relación)</li> <li>• Familia Disfuncional.(mala relación)</li>   <li>• Predominio de un determinado Tipo de Autoridad.</li>   <li>• Percepción Normal o positiva</li> <li>• Percepción Distorsionada o negativa.</li>   <li>• Presencia de rasgos que predisponen a sufrir Anorexia Nerviosa.</li> <li>• Presencia de rasgos que no</li> </ul>
--	--	--	---

Anorexia Nerviosa	<p>Adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Autoestima</li> <li>• Purgativa.</li> <li>• Restrictiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansioso – Neurótico</li> <li>• Conformidad</li> <li>• Se quiere.</li> <li>• Se respeta</li> <li>• Acepta sus debilidades y virtudes.</li> <li>• Afronta los problemas que se le presentan.</li> <li>• Episodios recurrentes de voracidad.</li> <li>• Utiliza el vómito auto inducido.</li> <li>• Toma laxantes, diuréticos, dietas restrictivas y ayuno.</li> <li>• Realiza ejercicio intenso.</li> <li>• Control diario del peso.</li> <li>• Rechazo los alimentos por miedo intenso a engordar.</li> <li>• Realiza ejercicio intenso.</li> <li>• Control diario del peso.</li> </ul>	<p>predisponen a sufrir Anorexia Nerviosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta (Egocentrismo).</li> <li>• Buena Autoestima.</li> <li>• Baja Autoestima.</li> <li>• Riesgo Alto.</li> <li>• Riesgo Bajo.</li> </ul>
-------------------	---	---	--



## ANEXO 7: FICHA DE RESUMEN DE LA OPINION DE LOS JUECES DE EXPERTOS



CRITERIOS	Jueces de expertos										K	P	q
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1. ¿los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
2. ¿en el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0			
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0			
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1			
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1			
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1			
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0			
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

Aprueba: 1, Desaprueba: 0, éxitos: k, proporción de aciertos: p; no aciertos: q

**INSTRUMENTO VALIDO      RESULTADO:      0.002368**  
**0.002 < 0.05**

**Realización:**

**X:** Cantidad de valores encontrados:      X= 0   X= 1   X=2   X=3  
**n :** 10  
**p:** 80%: 0.80  
**q:** 1-0.80 = 0.20

$${}_n C^x \times (p)^x \times (q)^{n-x}$$

$$P = {}_{10} C^0 \times (0.80)^0 \times (0.20)^{10-0}$$

**P =**  
**0.0000001024**  
**0.0000001024**  
**0.0000001024**  
**0.000073728**  
**0.000786432**  
**0.0000001024**  
**0.000004096**  
**0.000786432**  
**0.000004096**  
**0.000004096**  
**0.000004096**  
**0.0000001024**  
**0.0016592896**

$$0.002 < 0.05$$

**NOTAS:**

0: Respuesta desfavorable a la validez de contenido.

1: Respuesta favorable a la validez de contenido

\*OBTENIDO CON LA PRUEBA BINOMIAL (Distribución de probabilidad)

## ANEXO 8: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

### PRE -TEST

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se procedió a aplicar la prueba Estadística Kuder Richardson.

$\sum S_i^2$  = sumatoria de varianzas.

$S_T^2$  = Sumatoria total de varianzas.

$$KR20 = \frac{K}{k-1}$$

$K$  = Número de ítems.

$\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad del instrumento.

### TEST DE CONOCIMIENTOS

$$Es^2 = 8.94$$

$$St^2 = 10.27$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{10}{9} \left( \frac{1 - 9.89}{53.86} \right)$$

$$\alpha = 1.1 (1 - 0.18)$$

$$\alpha = 0.82 \quad \text{Excelente confiabilidad}$$

### TEST DE ESCALA DE LIKERT

### TELEVISIÓN Y CONTEXTO

$$Es^2 = 1.35$$

$$St^2 = 1.58$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right]$$

$$\alpha = 2 (1 - 0.83)$$

$$\alpha = 0.34 \quad \text{confiabilidad abaja}$$



## INTERRELACIÓN FAMILIAR

$$Es^2 = 241612.75$$

$$St^2 = 9527.76$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.2 (1-0.17)$$

$$\alpha = 0.996 \text{ confiabilidad perfecta}$$

## TIPOS INADECUADOS DE AUTORIDAD EN LA FAMILIA

$$Es^2 = 2441.71$$

$$St^2 = 21199.36$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.1 (1-0.12)$$

$$\alpha = 0.88 \text{ Excelente confiabilidad}$$

## AUTOESTIMA

$$Es^2 = 2441.71$$

$$St^2 = 21199.36$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.1 (1-0.12)$$

$$\alpha = 0.88 \text{ Excelente confiabilidad}$$

## PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL

$$Es^2 = 399.23$$

$$St^2 = 1170.69$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.5 (1-0.34)$$

$$\alpha = 0.99 \text{ Excelente confiabilidad}$$

## RASGOS DE PERSONALIDAD

$$Es^2 = 2626.35$$

$$St^2 = 20700.57$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.1 (1-0.13)$$

$$\alpha = 0.96 \text{ Excelente confiabilidad}$$

## ANOREXIA NERVIOSA

$$Es^2 = 2229.2$$

$$St^2 = 7689$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Es^2}{St^2} \right)$$

$$\alpha = 1.1 (1-0.29)$$

$$\alpha = 0.71 \text{ Muy Confiable}$$

## ANEXO 9:

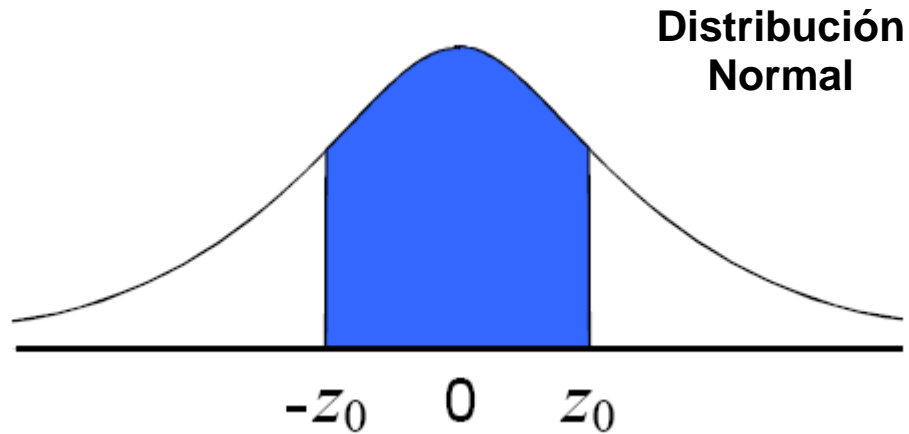
### LEYENDA

<b>Edad</b>	(1) Adolescencia Temprana (2) Adolescencia Tardía	<b>IMC</b>	(1) Bajo (17-18) (2) Normal (19-24) (3) Sobrepeso (25-29.9)
<b>Sexo</b>	(1) Femenino (2) Masculino	<b>Antecedentes Familiares</b>	(1) No Presenta (2) Si Presenta
<b>Conocimiento</b>	(1) Conocimiento Bajo (0-9) (2) Conocimiento Regular (10-14) (3) Conocimiento Alto (15-20)		
<b>Televisión y Contexto</b>	(1) Influye Poco (2-4) (2) Influye Mucho (5-8)		
<b>Interrelación Familiar</b>	(1) Buena Relación (6-13) (2) Mala Relación (14-24)		
<b>Autoridad Inadecuada en la Familia</b>	(1) Permisiva (8-17) (2) Autocrática (18-29) (18-32)		
<b>Percepción de la Imagen Corporal</b>	(1) Percepción Normal (3-7) (2) Percepción Alterada (8-12)		
<b>Rasgos de Personalidad</b>	(1) Rasgos que no predisponen (8-19) (2) Rasgos que predisponen (20-32)		
<b>Nivel de Autoestima</b>	(1) Autoestima Baja (0-12) (1-13) (2) Autoestima Buena (13-24) (14-21) (3) Egocentrismo (25-36) (22-36)		
<b>Riesgo de sufrir Anorexia Nerviosa</b>	(1) Riesgo Bajo (11-27) (2) Riesgo Alto (28-44)		

**ANEXO 10:**

**CATEGORIZACIÓN DE PUNTAJE POR EL MÉTODO DE STANONES**

**CONOCIMIENTO**



**Media  $\bar{X}$ : 11.8**  
**Desviación Estándar (S): 4.84**

**Donde:**

$a = x - 0.75 (S)$   
 $a = 11.8 - 0.75 (4.84)$   
 $a = 11.8 - 3.63$   
 **$a = 8.17$**

$a = x - 0.75 (S)$   
 $a = 11.6 - 0.75 (4.82)$   
 $a = 11.6 - 3.615$   
 **$a = 8.02$**

$b = x + 0.75 (S)$   
 $b = 11.8 + 0.75 (4.84)$   
 $b = 11.8 + 3.63$   
 **$b = 15.4$**

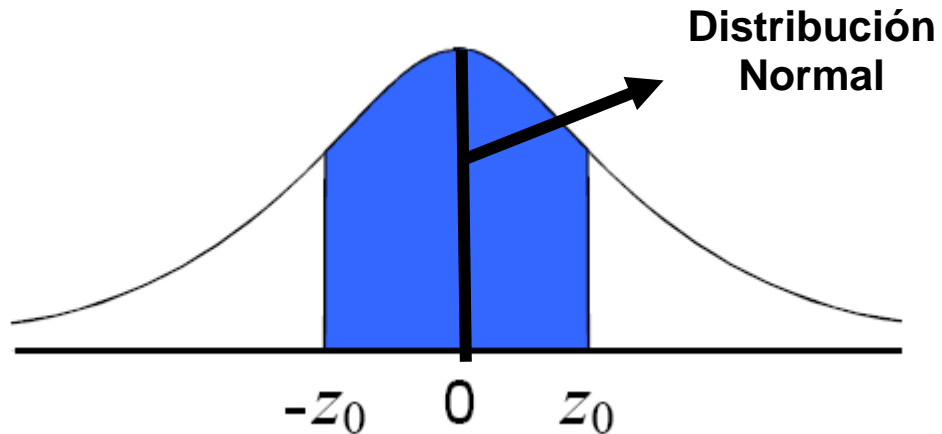
$b = x + 0.75 (S)$   
 $b = 11.6 + 0.75 (4.82)$   
 $b = 11.6 + 3.615$   
 **$b = 15.2$**

1 Bajo = 0 a 9  
2 Medio = 10 a 14  
3 Alto = 15 a 20

ANEXO 11:

CATEGORIZACIÓN DE PUNTAJE POR EL MÉTODO DE STANONES

AUTOESTIMA



Media  $\bar{X}$ : 18.01  
Desviación Estándar (S): 7.90

Media X: 17  
Desviación Estándar (S): 4.14

Donde:

$a = x - 0.75 (S)$   
 $a = 18.01 - 0.75 (7.90)$   
 $a = 18.01 - 5.925$   
 **$a = 12.085$**

$a = x - 0.75 (S)$   
 $a = 17 - 0.75 (4.14)$   
 $a = 17 - 3.105$   
 **$a = 13.895$**

$a = x + 0.75 (S)$   
 $a = 18.01 + 0.75 (7.90)$   
 $a = 18.01 + 5.925$   
 **$b = 23.94$**

$b = x + 0.75 (S)$   
 $b = 17 + 0.75 (4.14)$   
 $b = 17 + 3.105$   
 **$b = 20.105$**

1 Bajo = 0 a 12  
2 Medio = 13 a 24  
3 Alto = 25 a 36

1 Bajo = 0 a 13  
2 Medio = 14 a 21  
3 Alto = 22 a 36

## **ANEXO 12: CUESTIONARIO**

Edad: ..... Sexo: F ( ) M ( ) Sección:.....  
Talla..... Peso..... IMC.....  
Como ha sido tu contextura anteriormente.....  
Alguno de tus familiares presenta sobrepeso u obesidad.....¿Quien?.....

### **INSTRUCCIONES:**

A continuación encontraras una serie de preguntas que deberás responder marcando solo una alternativa y con la mayor sinceridad posible, consideramos muy importante tu opinión, tus respuestas solo servirán para la investigación, te aseguramos el anonimato.

1. ¿Qué es para ti la Anorexia Nerviosa?
  - a. Provocarse nauseas, vómitos y pérdida de peso extremo.
  - b. Hacer poco ejercicio, comer rápido y en exceso.
  - c. Comer lento, en poca cantidad manteniendo su peso.
  - d. No sé.
  
2. ¿Qué actitud presenta la persona con Anorexia Nerviosa?
  - a. Come ansiosa y en cantidad.
  - b. Busca comida y realiza poca actividad física.
  - c. Esconde la comida e incrementa los ejercicios.
  - d. No sé.
  
3. ¿Qué es lo que consideras que ocasiona la Anorexia Nerviosa?
  - a. Conflicto familiar, alta autoestima y deseo de ser bella.
  - b. Conflicto familiar, medios de comunicación y baja autoestima.
  - c. Falta de amigos y comprensión familiar.
  - d. No sé.
  
4. ¿A qué edad consideras afecta más la Anorexia Nerviosa?
  - a. Adolescentes de ambos sexos.
  - b. Adolescentes y niños.
  - c. Solo adultos de ambos sexos.
  - d. No sé.
  
5. ¿Qué consecuencias consideras que tendría la Anorexia Nerviosa?
  - a. Aumento de peso y evacuación normal.
  - b. Presencia de menstruación irregular.
  - c. Disminución del sueño, pulso lento, perdida d cabello.
  - d. No sé.
  
6. ¿La Anorexia Nerviosa tiene tratamiento?
  - a. SI
  - b. NO

7. ¿Qué profesional consideras indica el tratamiento de la Anorexia Nerviosa?
  - a. Enfermera
  - b. Médico (Psiquiatra)
  - c. Psicólogo
  - d. No sé.
  
8. ¿La Anorexia Nerviosa puede prevenirse?
  - a. SI
  - b. NO
  
9. ¿La Anorexia Nerviosa es un trastorno alimentario?
  - a. SI
  - b. NO
  
10. ¿La Anorexia Nerviosa afecta el aspecto físico de la persona?
  - a. SI
  - b. NO

A continuación deberás marcar en forma voluntaria y 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.

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.				
2. Te privan tus padres de salir.				
3. Soy muy exigente conmigo misma(o).				
4. Quisiera ser más delgada(o).				
5. Con facilidad tengo ataques de rabia e ira.				
6. Te es difícil complacer a tus padres.				
7. A mis padres no les gusta que tome mis propias decisiones.				
8. Me deprime el sentirme gorda(o).				
9. Soy muy minuciosa(o) en mi trabajo.				
10. Tus padres te vigilan en exceso.				
11. Soy demasiado generosa ayudo a los demás				
12. Siento angustia cuando algo no me sale bien.				
13. Soy comunicativa(o) con las personas.				
14. Siento rechazo por las personas gordas.				
15. Me gustaría ser como la(o)s modelos que veo en la televisión.				
16. Creo que mi barriga tiene mucha grasa.				

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
17. Me gustaría ser otra persona.				
18. Creo que mis caderas son demasiado anchas.				
19. Se muestran preocupados e interesados por ti tus padres.				
20. Me avergüenzo de mis debilidades.				
21. Creo que puedo conseguir mis objetivos.				
22. En tu casa te controlan y ponen límites.				
23. Prefiero la rutina por temor a equivocarme.				
24. Repito con frecuencia ciertas actividades para sentirme segura(o). Ej: Lavarme las manos varias veces.				
25. Hablan contigo de tu vida (planes, amigos, juegos, problemas) tus padres.				
26. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.				
27. Te comparan tus padres con alguno de tus hermanos.				
28. Tus padres se muestran afectuosos y cariñosos contigo.				
29. Evito algunas comidas para disminuir mi peso.				
30. Tus padres te exigen demasiado.				
31. Te pones tenso y nervioso con facilidad.				
32. Tienes miedo de que se enojen contigo tus padres.				
33. Realizo dietas para bajar de peso.				
34. Me siento insegura conmigo misma(o).				
35. Tus padres realizan alguna actividad agradable contigo.				
36. Me provocho el vómito para controlar mi peso.				
37. Sientes que no tienes muchos intereses.				
38. Realizo excesivos ejercicios para bajar de peso.				
39. Siento angustia al pensar que podría subir de peso.				

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
<b>40. Me siento culpable después de haber comido de más.</b>				
<b>41. Controlo exageradamente mi peso.</b>				
<b>42. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo.</b>				
<b>43. Conozco el valor en calorías de lo que como.</b>				
<b>44. Te preocupas por cumplir tus deberes.</b>				
<b>45. Como demasiado y siento que no puedo parar.</b>				
<b>46. Desconfían de ti tus padres.</b>				
<b>47. Confió en los demás.</b>				



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Gamero E. La Anorexia. La Enfermedad de la Belleza o la Insoportable levedad del "Nunca Comer". Rev. Vivat Academia.2002 Agosto (vol. 37)[4 p.]. Sitio: <http://www.ucm.es/info/vivataca/anteriores/n37/ambiente.htm>.

(2) Moreno G, Ortiz V. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Rev. Redalyc, 2009; vol. 27(2): 127 Sitio: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29215963011.pdf>

(3) Sociedad Alemana de Trastornos Alimenticios (DGESS). Comunidad Virtual de la Sociedad Cubana de Bioingeniería. 2007 Noviembre. Pág. 3  
[http://portalinfomed.sld.cu/socbio/printpdf/infonews\\_render\\_full/20340](http://portalinfomed.sld.cu/socbio/printpdf/infonews_render_full/20340)

(4) Reyes H. Trastornos Alimentarios...un Suicidio Doloroso. En: Expo-Mujer-Escuela Superior de Cómputo del Instituto Politécnico Nacional. W Radio; México, Marzo 2010.

(5)Ministerio de Salud y Protección Social - República de Colombia. Salud mental, oral y sexual, y actualización del cáncer, prioridades del nuevo POS. 2011 Diciembre. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Salud-mental,-oral-y-sexual,-reproductiva-y-actualizaci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer,-prioridades--del-nuevo-POS.aspx>

(6) Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA). Los Trastornos Alimentarios y sus riesgos en el Adolescente. Sentir y Pensar TV. Julio 2011.

<http://www.halitus.com/home/nota.php?idMenuOn=5&idNoticia=2049>

(7) Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2002. 2003. Volumen 18.

(8) Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. 2004. Volumen 1 y 2.

(9) Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. 2005. Volumen 1 y 2.

(10) Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental (ANALES DE SALUD MENTAL). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural.2008; (vol. XXIV), n 1 y 2: Pag. 153.

(11) Toledo C. Atención de Adolescentes en los Servicios de Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán. Rev. Intr. (One- Line), 2006;5 (2): Pag.1-33.

(12) Gamero E. La Anorexia. La Enfermedad de la Belleza o la Insoportable levedad del "Nunca Comer". Rev. Vivat Academia.2002 Agosto (vol. 37)[19 p.]. Sitio: <http://www.ucm.es/info/vivataca/anteriores/n37/ambiente.htm>.

(13) Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental (ANALES DE SALUD MENTAL). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural.2008; (vol. XXIV), n 1 y 2: Pag. 156.

- (14) Arrufat N. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la Comarca de Osona.[ Tesis para Optar el grado de Doctor en Medicina]. Barcelona – España: Universidad de Barcelona. 2006.
- (15) Jáuregui L. et al. Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. [Nutrición Hospitalaria](#), 2009; Vol. 24 (nº5): 568-573.
- (16) Behar A., Alvina W., González C., Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. Rev. Chilena de Nutrición, 2007; Vol. 34 (nº003):1-25.
- (17) Saucedo M, Peña I, Fernández C, García R, Jiménez B, Menéndez A, et al. Identificación de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. 2010; Rev. Med. UV Julio Diciembre 2010:16-23.
- (18) Rivera D. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia Nerviosa en adolescentes de instituciones Educativas estatales de la Ugel nº 4 comas.[Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima – Perú: U.N.M.S.M; 2007.
- (19) Almenara V. Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas.[Tesis para optar Título profesional en Psicología]. Lima – Perú: U.N.M.S.M; 2006.
- (20) Parinango M. Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa El Salvador. .[Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima – Perú: U.N.M.S.M; 2005.

(21) Borrego R. C. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Psicología, 2010; vol 12: 13-50 pág.

(22) Ugalde A., Trastornos de la Conducta Alimentaria. In: Ugalde A., Rigol C. Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona- España. Ed. Masson; 2001. Pág. 316.

(23) Quintanilla M., Gual G., Cervera E. Anorexia Nerviosa. In: Arce M., Cervera E., Gual G., Quintanilla M., Zapata G. No te Rindas ante...Los Trastornos del Peso. Madrid, España: Ed. Rial 1990. 113 págs. Pág. 51-52.

(24) Guerro P, Barjau R. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. In Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad. García C. Barcelona, España: Ed. Masson; 2002. 239 págs. Pág. 15-19.

(25) OPS- MINSA. Factores que facilitan la atención en Salud Mental. In OPS-MINSA. La Salud Mental. Lima-Perú.2001. 130 págs. Pág. 22-23.

(26) Raich R. M. Trastornos Alimentarios. In: Raich R. M. Anorexia y Bulimia: Trastorno Alimentarios. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2001. 208 págs. p.21-83.

(27) Bejía R, Complicaciones de los Trastornos Alimentarios. In: Bejía R. Anorexia y Bulimia: Un nuevo padecer. Buenos Aires, Argentina: Masson S.A; 2000. 127 págs. pág. 93-113.

(28) Raich R. M. Trastornos Alimentarios. In: Raich R. M. Anorexia y Bulimia: Trastorno Alimentarios. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2001. 208 págs. p.43-45.

(29) Cook J., Fontaile K. Enfermería en Psiquiatría. México. Interamericana Mc Graw Hill; 1993.

(30) Guerro P, Barjau R. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. In García C. Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad. Barcelona, España: Ed. Masson; 2002. 239 págs. Pág. 13-26.

(31) Garcia A., Olvera P.. Presentación Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa. In: Tirahines M. Anorexia Nerviosa una experiencia Clínica. Madrid - España: Ediciones Días de Santos; 2003. 87 págs. p. 51-53.

(32) Martínez L., Ventura F. La Anorexia Nerviosa entre la vida y la Muerte. In: Mastínez L., Ventura F. Anorexia Nerviosa como expresión de una patología de interrelación. Madrid – España: Ediciones Paraninfo; 2000. p. 17-33.

(33) Martínez, M. Concepto y Criterios Diagnósticos. In: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Trastornos del Comportamiento alimentario en el niño. Málaga, España: Ed. ISBN; 2001. Pág. 147-150.

(34) García A., Olvera P. Presentación Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa. In: Tirahines M. Anorexia Nerviosa una experiencia Clínica. Madrid - España: Ediciones Días de Santos; 2003. Pág. 13.

(35) Celada G. Trastornos del Comportamiento Alimentario. In: Rehabilitación en Anorexia y Bulimia Nerviosa. Lima – Perú: Ediciones Eating and Adictive; 2003.p.34-36.

(36) García A., Olvera P.. Presentación Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa. In: Tirahines M. Anorexia Nerviosa una experiencia Clínica. Madrid - España: Ediciones Días de Santos; 2003. 87 págs. p. 54-62.

(37)MINSAs- Hospital Hermilio Valdizan- Departamento de Promoción de la Salud Metal. Guía de Consejería Básica. Lima, Perú:2006, Modulo I, pág. 11.

(38) Vigilia de los Derechos de la Niñez y Adolescencia Mexicana. Adolescencia In: UNICEF. México; 2006 Agosto. (n 3)2 : Pág. 2-5.  
<http://es.scribd.com/doc/19572617/Vigia-de-los-derechos-de-la-ninez-mexicana-Numero-3-Ano-2-Agosto-de-2006-La-adolescencia>.

(39) Pagliuca Dora. Ser Adolescentes. Pubertad y Adolescencia Normales. Pagliuca Dora. Buenos Aires, Argentina: Club de Estudio; 1993. Págs. 12-18.

(40)Morris G., Maisto A. Desarrollo del Ciclo Vital. In: Morris G., Maisto A. Psicología. México: Pearson Educación: 2005.691 págs. Pág. 376-390.

(40) Diane E., Wendkos S. Psicología de la Adolescencia. In: Diane E., Wendkos S. Psicología. México: Ed. Mc Graw-Hill; 1998. pág. 491.

(41) Cook J., Fontaile K. Enfermería en Psiquiatría. México. Interamericana Mc Graw Hill; 1993.

(42) UNER Facultad de Ciencias, Nutrición y Dietética. Guía DE Alimentación y Salud. Alimentación por etapas de vida: Adolescencia.2012.  
<http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica>.

(43) MINSAs- Hospital Hermilio Valdizan- Departamento de Promoción de la Salud Metal. Guía de Consejería Básica. Lima, Perú:2006, Modulo I, pág. 12-14.

- (44) OMS. Riesgo para la Salud de los Jóvenes. Centro de Prensa.2011; n 345: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>.
- (45) Turón L. Prevención de los Trastornos de la Alimentación. 1999: n 8. <http://aban.es/8prevanbul.htm>
- (46) Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP). Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2008. FAECAP (19 diciembre 2011). [http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia\\_cuidados\\_trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf)
- (47) García C. Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Momento Actual. In: García C. Avances en Trastornos de la conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad. España: Ed. MASSON págs. 3-26; 109-114.
- (48) López C, Nuño G, Arias I. Una Aproximación a la Estructura Familiar de Mujeres con Anorexia y Bulimia. 2006(15 Junio 2011) pág. 65: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PfzjthcVH5MJ:covyde.org/arc\\_hivo/libroanorexia.pdf+una+aproximacion+a+la+estructura+familiar+de+mujeres+con+anorexia](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PfzjthcVH5MJ:covyde.org/arc_hivo/libroanorexia.pdf+una+aproximacion+a+la+estructura+familiar+de+mujeres+con+anorexia).
- (49) Behar A., Alvina W., González C., Rivera N. Detección de Actitudes y Conductas predisponentes a Trastornos de la Conducta Alimentaria en 3 Colegios particulares de Villa María del Mar. Rev. Chil. Nutr. 2007; Vol. 34(n3): pág.26. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07177518200700030008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177518200700030008).
- (50) Saucedo M, Peña I, Fernández C, García R, Jiménez B, Menéndez A, et al. Identificación de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en

Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. 2010; Rev. Med. UV Julio Diciembre 2010: pág. 20-22

(51) Cisneros A. Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia y de las conductas de riesgo para padecerlos, en alumnas adolescentes del Colegio Secundario Edelmira del Pando del *distrito de Ate* Lima (Especialidad en Psiquiatría). Lima/Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2007.

(52) Toyohama. S. Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 18 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004[Tesis de Licenciatura en Nutrición].Lima: U.N.M.S.M; 2007. Pág. 74.

(53) Yosifides A. Sobre la multicausalidad de los problemas de alimentación. In: Yosifides A. Bulimia y Anorexia. Clínica de los Trastornos Alimentarios. Córdoba, Argentina: Ed. Brujas; 2006.108 págs. 13-23 pág.

(54) Rivera Ch. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia Nerviosa en adolescentes de instituciones Educativas estatales de la Ugel n° 4 comas.[Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima – Perú: U.N.M.S.M; 2007.

(55)Carrillo D. La Influencia de la Publicidad, entre otros Factores sociales en los trastornos de la conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. (Tesis de Doctorado). Madrid- España: Universidad Complutense de Madrid; 2001.

(56) Carrillo D., Jimenez M., Sánchez H. La Publicidad de Televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerios de Educación y Ciencia; 2007-2010.



(57) Hurtado M., González L., Hidalgo M., Nova C., Venegas M., Relación entre factores Individuales y Familiares de riesgo para Desordenes alimentarios en Alumnos de Enseñanza media. Rev. Psicología, 2002; n11 (n1):págs. 109-112.

(58) Organización Panamericana de la Salud. Materiales en Periodismo y Salud. Marzo, 2008 (n 9): Pág. 1. Disponible en:  
<http://www.comunit.com/red-salud/node/267740>.

(59) Rivera Ch. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia Nerviosa en adolescentes de instituciones Educativas estatales de la Ugel n° 4 comas.[Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima – Perú: U.N.M.S.M; 2007.

(60) Cruzat C., Ramírez P., Melipillán R., Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción. Rev. Psykhe. 2008 Mayo; n17 (n1): (6 págs.).  
Sitio:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282008000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282008000100008&script=sci_arttext).

(61) Yosifides A. Sobre la multicausalidad de los problemas de alimentación. In: Yosifides A. Bulimia y Anorexia. Clínica de los Trastornos Alimentarios. Córdoba, Argentina: Ed. Brujas; 2006.108 págs. 25 pág.

(62) Moreno G, Ortiz V. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Rev. Redalyc, 2009; vol. 27(2): págs. 184-187 Sitio:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29215963011.pdf>.

(63) López C, Nuño G, Arias I. Una Aproximación a la Estructura Familiar de Mujeres con Anorexia y Bulimia. 2006(15 Junio 2011) pág. 37:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PfzjthcVH5MJ:covyde.org/archivo/libroanorexia.pdf+una+aproximacion+a+la+estructura+familiar+de+mujeres+con+anorexia>.

(64) Borrego R. C. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Psicología, 2010; vol. 12: 112 pág.