



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**FACTORES PREDISPONENTES DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE UNA
INTITUCION PRIVADA CHOSICA - 2011**

**Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

MARIA ISABEL SURICHAQUI SUAREZ

Lima – Perú

2012

**FACTORES PREDISPONENTES DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE UNA
INTITUCION PRIVADA CHOSICA - 2011**

Asesora: Lic. Mónica Lias.

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Lima – Perú

2012

*A mis padres, que gracias
A ellos pude realizar el
Presente estudio.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme vida y no dejarme sola en momentos difíciles.

A mis Madre, que a pesar de la distancia siempre está ahí para apoyarme y aconsejarme.

A la Lic. Mónica Lias, por ser mi asesora, tenerme paciencia en todo

INDICE

RESUMEN	VII
SUMMARY	VIII
INTRODUCCION	IX
CAPITULO I: PROBLEMA	1
1.1. Planeamiento y definición del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Delimitación de objetivos	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitación del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL	8
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema	8
2.2. Estructura teórica que sustenta el estudio.	17
2.2.1. Trastornos alimenticios	17
2.2.2. Factores pre disponentes	28
2.2.3 La adolescencia	34
2.2.4. Familia	45
2.2.5. Teorías	47
2.3. Definición de términos básicos	55
2.4. Variable	56
CAPITULO III: METODOLOGIA	57
3.1. Tipo y método de investigación	57
3.2. Área de estudio	57
3.3. Población estudio	58
3.4. Diseño Muestral	59
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
3.6. Validez del instrumento	60
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	62
3.8. Aspectos éticos	62
CAPITULO IV: RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	63
4.1. Resultados	64
4.2. Discusión	72
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
5.1 Conclusiones	82
5.2. Recomendaciones	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
ANEXOS	90

RESUMEN

Introducción: Los trastornos alimentarios afectan a nuestra sociedad desde siglos anteriores y se producen por múltiples factores entre ellos los predisponentes, que incluyen alteraciones de la personalidad, presiones por la familia y sociedad llegando a la obsesión por la delgadez, siendo ya considerado por la OMS como un problema de salud pública; enfrentando a los profesionales de salud a concordar con otros sectores medidas de promoción y prevención respectivas. **Objetivo:** Determinar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011. **Metodología:** Estudio es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 60 alumnas del 2do, 3ro, 4to y 5to año de secundaria bajo ciertos criterios, para la recolección de datos se aplicó una encuesta mediante un cuestionario estructurado previamente validado por juicio de expertos y por confiabilidad estadística. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel y el SPSS versión 20.0, presentando los resultados en cuadros y gráficos. **Resultados:** entre los factores predisponentes de los trastornos Alimenticios en Adolescentes se encontró una media predisposición en lo personal (56.67%), familiar (65%) y sociocultural (53.33%) y a alta predisposición en lo personal (21.66%), familiar (18.3%) y sociocultural (25%). **Conclusión:** existe predisposición: siendo en lo personal de media a alta en un 56.67% y un 21.66% ; en lo familiar la predisposición encontrada fue de media a alta en un 65% y un 18.3%; finalmente en lo sociocultural una predisposición media a alta en un 53.33% y 25% respectivamente.

Palabras claves: Factores predisponentes - Trastornos alimentarios Adolescentes

SUMMARY

Introduction: The eating disorders affect our society from previous centuries and they are produced by multiple factors including the predisposing factors, which include personality disturbances, pressures by the family and society coming to the obsession with thinness, already being considered by the OMS as a public health problem; facing health professionals to agree with other sectors promotional and preventive measures respective. **Objective:** To determine the predisposing factors of eating disorders in adolescents of a private institution Chosica - 2011. **Methodology:** Study is quantitative approach, descriptive design and sectional, the population was composed of a total of 60 students of the 2nd, 3rd, 4th and 5th year of secondary school under certain criteria, for the data collection a survey was done through a structured questionnaire previously validated by expert opinion and statistical reliability. For the data analysis program was used for the Excel and SPSS, version 20.0, presenting results in tables and graphs. **Results:** Among predisposing factors for eating disorders in adolescents was found half a predisposition in the personal (56.67 %), family (65 %) and sociocultural (53,33 %) and high predisposition in the personal (21.66 %), family (18.3 %) and sociocultural (25 %). **Conclusion:** there is predisposition: being on the staff of medium to high in a 56.67 % and 21.66 %; in the familiar the predisposition found was mid to high 65% and 18.3 %; and finally in the sociocultural a predisposition to high average in a 53,33 % and 25% respectively.

Key Words: Predisposing Factors - Eating Disorders - Adolescent

INTRODUCCION

Los trastornos alimentarios en adolescentes generalmente se dan en sociedades donde el consumo de alimentos es manifestado en cuanto a información y/o propaganda se difundida en la sociedad donde la delgadez es sinónimo de belleza y de aceptación.

Toro (2004) en una investigación afirma que hay un incremento significativo de personas anoréxicas por año y casos nuevos de bulimia, incrementando estos trastornos alimentarios en Centros Educativos Particulares. Además la OMS reporta que la anorexia y bulimia son causas de muerte y de enfermedades psicológicas en países desarrollados y en vías de desarrollo. Es evidente que la población adolescente en el país, no escapa de este problema por diferentes factores ya que ellos buscan modelos estéticos para así poder ser aceptados.

En este marco se desarrolla la investigación cuyo título es “Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes de una Institución Privada Chosica - 2011”, tuvo como objetivo Determinar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011. Sin embargo, para responder a dicha afirmación se llevó a cabo la presente investigación, considerando la metodología de tipo cuantitativo.

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

Para ampliar y mejorar la comprensión se han desarrollado en capítulos:

Capítulo 1: Contiene el planeamiento del problema donde se desarrolla la formulación del problema y delimitación, plasmando el objetivo general y los objetivos específicos. Mencionando la justificación del estudio y las limitaciones del problema como parte del estudio.

Capítulo 2: Se expone investigaciones relacionadas con el estudio teniendo una base teórica que sustenta el presente estudio. Asimismo, se desarrollará la definición de términos básicos para una mejor comprensión del estudio.

Capítulo 3: Se describe el tipo y método de estudio, el área donde se realizó la investigación, la población y muestra con los respectivos criterios de inclusión y de exclusión; presentando también la técnica e instrumentos de la recolección de datos, y el aspecto ético.

Capítulo 4: Se da a conocer los resultados; en el cual se plasma el análisis de cada cuadro estadístico llegando a una discusión de los estudios similares.

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1. Planeamiento y definición del problema

Los trastornos alimentarios tienen su origen entre el siglo XIV y el siglo XIX, fueron descritos como conceptos modernos por los psiquiatras de la época. Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", estas rendían culto a la Virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas pero se sabe que pasaban grandes periodos de tiempo sin comer; días o semanas, y algunas podían morir de inanición o deficiencias cardiacas. En el siglo XIX, se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que originó el aumento de la enfermedad, incluso las mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una pequeña cintura.

En 1940 la anorexia se consideró un síndrome y en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia. Se sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como también presiones por parte de la familia, la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y

obsesión por la delgadez. Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen *look*", y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Es verdad que la estética está de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de la personalidad. (1)

Los trastornos alimentarios constituyen hoy en día la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente, a pesar de que en los últimos años se observa en varones (13 – 19 años), siendo el grupo femenino el más vulnerable, debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aun criterios y valores propios que les permitan escapar de la presión de los modelos estéticos vigentes, siendo esta población la de más alto riesgo para padecer estos trastornos. Los trastornos alimentarios están incrementándose en los últimos años, lo cual conlleva a la preocupación de los familiares y de los profesionales de salud.

Según Toro (2004) “se ha encontrado una incidencia de estos trastornos de 8 casos nuevos por cada 100.000 personas al año para anorexia, y 12 casos nuevos cada 100.000 personas al año en el caso de la bulimia” (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que existe en la actualidad 7 millones de mujeres y un millón de hombres con trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), la cual constituye la segunda causa de muerte de los adolescentes con el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psíquicas, en esta etapa los adolescentes están predispuestos y dispuestos a hacer cualquier cosa que los haga verse mejor esperando resultados inmediatos deseando no comer o provocarse el vómito.

A nivel internacional la anorexia es un serio problema de la población adolescente; en Argentina el 15% de adolescentes padece algún trastorno alimenticio, está el caso de una niña de 10 años que fue diagnosticada con anorexia nerviosa y una joven de 24 años se suicidó en la clínica donde se encontraba internada a causa de la anorexia nerviosa; en Uruguay este trastorno causó la muerte de Luisel Ramos en Agosto del 2006 a consecuencia de un paro cardíaco como complicación de la anorexia nerviosa y en Brasil las muertes de Carolina Beston (21 años), Carla Sobrado (22 años) y Beatriz Ferraz (23 años) que fallecieron entre noviembre y diciembre del 2006 a consecuencia de las complicaciones de la anorexia nerviosa. (3)

En el Perú, el trastorno alimenticio es un problema común en las adolescentes, debido a que en nuestra sociedad, el ser delgada es el prototipo de ser agradable a la vista de otras personas. Los medios de comunicación aparte de proporcionar información, espacios de diversión y esparcimiento también ofrecen imágenes de personajes que fomentan de alguna manera conductas que pueden llegar a desencadenar un trastorno alimenticio.

Un estudio epidemiológico en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 da a conocer que de la población adolescente, el 8.3% tiene tendencias a tener un problema alimenticio, otro estudio realizado en la sierra peruana en el año 2003, indica que el 5.9% tiene tendencia a desarrollar este trastorno.

Según información del MINSA” las atenciones por anorexia y bulimia en los adolescentes de 13 a 17 años de edad se ha incrementado en un 20% este año 2009, a diferencia del mismo periodo del año anterior”, informo el médico psiquiatra Rolando

Pomalima, del Instituto Nacional de Salud Mental” “HD-HN”
MINSALIMA Lima 20 de junio del 2009. (4)

La Bulimia y la Anorexia como trastorno alimenticio han aumentado en estos últimos años, estos a su vez han llegado a convertirse en un problema de la salud pública y a constituirse en una epidemia de los últimos tiempos, ya que hay un incremento alarmante de la incidencia de estos trastornos, observándose a su vez que las edades de inicio son cada vez más precoces. Este problema es incentivado por nuestra sociedad por la moda de adelgazar. Por ello, su abordaje se realiza desde una perspectiva multifactorial que incluye factores de riesgo entre ellos los predisponentes de índole familiar, personal y sociocultural. En la actualidad el Ministerio de Salud no ha realizado campañas de información preventivas frente a este problema, dando como excusas la falta de presupuesto, es por ello la desinformación en el Perú y en otros países vecinos.

Cabe señalar que al interactuar con las adolescentes durante las prácticas clínicas pre - profesionales, el tema central de conversación fue la figura y estética, también se observa cómo algunas adolescentes se provocaban el vómito después de cada comida; llevando un control de su peso diario, probándose la ropa para controlar o verificar una reducción de sus medidas, por otro lado preguntar a sus amigas o amigos refieren “me veo gorda”.

Durante la etapa escolar en la institución privada de Chosica se observa que las adolescentes mujeres, tienen una preocupación marcada en cuanto a su aspecto físico, pudiéndose ver que en el curso de educación física las alumnas se obsesionan con el deporte, debido a que sus familiares y amigos las califican de “gordas”, expresándose así mediante burlas y refiriendo en ocasiones no

sentirse aceptada y por ende abstenerse de comer, un ejemplo de esto es no almorzando ni cenando, creyendo que si lo hacen diariamente bajarán de peso, lo que realmente se manifiesta en sus cuerpos; llevándolas a padecer trastornos alimenticios en este grupo etareo. Dicho Centro Educativo si bien la mayoría cuenta con medios económicos para sustentar sus gastos, su principal interés en las adolescentes se centra en la apariencia física y en el entorno social para su aceptación con temas relacionados a la moda, línea estética, enamorados y fiestas; según referencias de algunas alumnas. Si bien el tema de trastornos alimenticios en adolescentes es de preocupación para el personal de salud; también lo debería ser para el personal docente en dicho centro, por lo cual se formula el siguiente interrogante

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores predisponentes de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011?

1.3. Delimitación de objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios según la dimensión personal en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011.

- Identificar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios según la dimensión familiar en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011.
- Identificar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios según la dimensión sociocultural en adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011.

1.4. Justificación del estudio

Los trastornos alimentarios constituyen hoy en día un problema relevante en la salud, reportes internacionales presentan casos cada vez más alarmantes, ya no solo en adultos sino en niñas y niños cada vez con menor edad.

El Ministerio de Salud (MINSA) considera que la salud mental no solo debe comenzar en casa sino en la escuela, abordando problemas como el que se presenta en la presente investigación; en una etapa como la adolescencia donde los parámetros sociales en la actualidad influyen sobre manera en personas que recién están adaptando su YO para poder enfrentarse al mundo adulto. Observándose en la etapa escolar entre otros problemas que hay un interés de bajar de peso rápidamente para así poder ser aceptadas, situación perjudicial para la salud física y mental y en muchos casos alteración del autoestima.

Mucho se ha escrito al respecto de los trastornos alimenticios en adolescentes pero poco se hace por la promoción de la salud y prevención de dichos trastornos; daremos a conocer cuáles son los factores que predisponen a esta población para el desarrollo de un trastorno alimenticio en esta etapa de la vida.

Si establecemos que la enfermería es una profesión que se encarga de velar por la salud y el cuidado integral de las personas, incluyendo las actividades Preventivo-Promocionales que llevará a orientar a este grupo poblacional sobre de la importancia de alimentarse adecuadamente y mantener la salud física, psicológica en niveles óptimos y así disminuir los trastornos alimenticios que se dan con mayor frecuencia en adolescentes.

El evaluar e identificar los factores que afectan a las adolescentes orientara al personal de enfermería y a la institución educativa a elaborar estrategias de trabajo para este grupo poblacional y así mejorar su calidad de vida.

1.5. Limitación del estudio

- Acceso limitado a fuentes primarias, de universidades locales por trámites prolongados y costos altos.
- Acceso limitado a fuentes en red especializadas.
- Los resultados no podrán generalizarse porque solo la investigación se realizará en una sola sede.

CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema

Dentro de las investigaciones revisadas como antecedentes se encontraron aquellos que pueden orientar al estudio de investigación.

Investigaciones en el ámbito internacional

- 1) Hernández Mariamparo 2005 realizo un estudio sobre **Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia**, México. Tuvo como objetivo identificar factores de funcionamiento familiar que sean predictores de riesgo relativos a trastornos alimenticios y encontrar factores sociales vinculados a medios masivos de comunicación que sean predictores de riesgo para trastornos alimenticios. Este estudio fue descriptivo y no experimental, la población estuvo conformada por 200 estudiantes de sexo femenino, cuyas edades oscilan entre 14 y 19 años. Se llegó a las siguientes conclusiones.

“... los trastornos alimenticios son enfermedades conductuales devastadoras, producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el hecho de vivir inmersos en una cultura en

que existe la contradicción entre una oferta abundante de comida y una obsesión por la delgadez.

Sobre la primera hipótesis, acerca de que la familia disfuncional aumenta la posibilidad de la aparición de anorexia y/o bulimia nerviosa en los adolescentes de diferentes estratos sociales, los resultados del estudio señalan la insuficiente comunicación en los momentos de aparición de los problemas que afrontan los jóvenes en esta etapa de vida, que por sí misma es difícil (cambios hormonales, búsqueda de identidad, primeras relaciones sexuales y demás). La tradicionalmente defendida unión familiar en nuestra cultura puede ser un factor influyente en la segregación e individualización de los jóvenes. El entendimiento de la lealtad familiar no significa, necesariamente, el cumplimiento irracional de expectativas del otro. Obviamente, las familias disfuncionales aumentan el riesgo de este trastorno. Los jóvenes perciben la desestructuración familiar en forma de tensión, ansiedad, frustración e insatisfacción para consigo mismo. Esto aumenta su posible desequilibrio emocional.

Respecto de la segunda hipótesis, referida a que la incidencia de los trastornos de alimentación es mayor en jóvenes de clase media alta, no pudo comprobarse. Anteriormente, los trastornos alimenticios se consideraban como un problema propio de las clases sociales altas; sin embargo, la investigación realizada descubrió que actualmente el problema abarca todos los estratos sociales. Para su comparación se ofrecen los datos obtenidos.”(5)

- 2) Bezan Nello y Dumont María 2006 realizaron un estudio sobre **Prevalencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de actividad física.** Argentina. Cuyo objetivo fue detectar la prevalencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios en mujeres deportistas. Este estudio fue prospectivo, descriptivo, observacional y transversal, la población estuvo conformada por 59 deportistas femeninas de Hockey y Cestobol cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 13 y 20 años las cuales asistan al laboratorio de actividad física, llegando a las siguientes conclusiones.

“... el factor de riesgo más prevalente hallado fue la incomodidad con su propio cuerpo 54.1%.

Los profesionales que trabajan con deportistas especialmente adolescentes y adultos jóvenes, ya sea que participan de los

deportes considerados de riesgo o no, deben estar alerta a los síntomas precoces de los trastornos alimenticios ya que pueden ocasionar consecuencias en la salud de estas atletas.

La intervención precoz tanto médica, nutricional como psicológica son claves para la pronta recuperación, y la educación en nutrición y apoyo psicológico dentro de un equipo interdisciplinario es clave para la prevención, emitiéndoles llevar adelante el deporte de manera saludable. (6)

- 3) Carretero Christina y Ojados Francisca 2008. Presentaron un estudio sobre **Relación entre la presión social por la imagen corporal, la baja autoestima y la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el peso (anorexia y bulimia nerviosa) y sus consecuencias más alarmantes.** España. Tuvo como objetivo presentar la situación española actual en relación a los problemas y trastornos relacionados con el peso y analizar la autoestima y la imagen corporal. El estudio es descriptivo, la población estuvo conformada por 548 mujeres adolescentes con edades entre 10 y 17 años. El método que se utilizó fue la encuesta.

Se llegó a las siguientes conclusiones:

“... el estudio realizado con 548 estudiantes de 10 a 17 años (de 5to a 12 grado) se encontró que un 69% de ellas informaba que las fotografías de las revistas les influían en su idea de la figura corporal ideal y un 45% querían bajar de peso a causa de las imágenes.

Alrededor del 75% de las estudiantes presentan un riesgo alto de padecer un trastorno del comportamiento alimentario presentan niveles bajos de autoestima. (7)

Investigaciones en el ámbito nacional

- 4) Harthey, Joan, 1999 realizó un estudio sobre **Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares.** Lima. Tuvo como objetivos adaptar y validar un instrumento que permita detectar posibles casos de trastornos alimentarios, describir las características propias de un trastorno alimentario presente en poblaciones estudiantiles, explicar

algunas conductas de riesgo en la población en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. El estudio es descriptivo – comparativo, la población estuvo conformada por tres colegios dos privados y uno público, la muestra fue de 361 mujeres adolescentes con edades entre 13 y 18 años. El método que se utilizó fue la escala de Lickert. Se llegó a las siguientes conclusiones.

“...que los trastornos alimentarios constituyen una problemática importante en nuestro medio, no exclusiva de niveles socio económicos altos.

El acercamiento al tema no solo beneficiara a nuestro conocimiento sino que también nos puede permitir desarrollar futuras estrategias de prevención e intervención efectivas.

La utilización del inventario y del cuestionario facilitan el acercamiento al tema: dar a conocer las características propias de un trastorno alimentario presentes en la población estudiada y permite además clasificar la población en riesgo de desarrollar dicho trastorno”. (8)

- 5) Benites Ángela, Carrera Lissette y Chavarry Gladys, 2004 presentaron la tesis titulada **Actitud y factores de riesgo frente a trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en adolescentes**. Lima. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgos (individuales y familiares) y la actitud de las adolescentes del CEP “Cristo Rey”. El estudio es descriptivo y de corte transversal; la población estuvo constituida por 208 alumnas de nivel secundario, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“... se encontró que las alumnas del Cep Cristo Rey, 208 (100%) el mayor porcentaje lo obtuvo quienes presentaron una actitud desfavorable frente a trastornos alimenticios, lo cual nos indica la importancia del reconocimiento de las conductas de riesgo en nuestras adolescentes.

Según los factores de riesgo individuales, se demuestra que por grupos de edad las adolescentes de 13 a 14 años presentan el mayor porcentaje frente a los trastornos alimenticios, mientras que el

grupo de 17 y 18 años presentan menor porcentaje frente a trastornos alimenticios.

*Se identificó como factor de riesgo familiar un alto porcentaje en los antecedentes familiares de adicción y sobrepeso de igual forma se encontraron un alto porcentaje 75% como factor familiar cuando ambos padres laboran, de la misma forma se encontró como antecedente familiar cuando los padres están separados.”...**(9)***

- 6) Parinango, Marilú, 2005 presento la tesis titulada **Niveles de conductas de riesgo hacia anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador**. Lima. Tuvo como objetivo general determinar los niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia. Es un estudio descriptivo, de corte transversal de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; la población estuvo conformada por todas las escolares de sexo femenino pertenecientes al sexto grado de primaria y del primero al tercer año de secundaria constituyendo un promedio de 140 escolares correspondientes al turno mañana. El instrumento que se utilizo fue la escala de Lickert modificada. Se llegó a las siguientes conclusiones.

“... en cuanto a los niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa: la mayoría de escolares (54%) de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de alto y mediano riesgo; relacionados a la adopción de conductas psicoemocionales, personales, alimentarias, familiares y socioculturales de riesgo respectivamente; con una mayor adopción de conductas alimentarias de riesgo en escolares de 11 a 12 años mientras que en las de 13 y 14 años, la mayoría estuvo constituida por la adopción de conductas psicoemocionales de riesgo.

Respecto a los niveles de conductas alimentarias en riesgo hacia la anorexia nerviosa: un porcentaje mayoritario (54%) de escolares presentaron niveles de alto y mediano riesgo, siendo mayor en las adolescentes de 11 a 12 años de edad que en las de 13 a 14 años; relacionados a la adopción de conductas en: la calidad de alimentos consumidos, restricción de alimentos, sentimientos de culpa surgidos pos pradiel, control hacia los alimentos y cantidad de alimentos consumidos prioritariamente.

Sobre los niveles de conductas personales de riesgo hacia la anorexia nerviosa: un porcentaje mayoritario de escolares (59%) presentaron niveles de alto y mediano riesgo , relacionados a la adopción de conductas como: experiencias estresantes, aspecto físico, hiperactividad y preferencias prioritariamente; constituyendo

estas dos primeras afirmaciones, una frecuencia mayoritaria de muchas veces en escolares precoces de 11 a 12 años de edad, quienes constituyeron a su vez un grupo mayoritario en el nivel de mediano riesgo.

En cuanto a los niveles de conductas psicoemocionales de riesgo hacia la anorexia nerviosa: la mayoría de escolares (60%) presentaron niveles de alto y mediano riesgo, relacionados a la adopción de conductas de riesgo como: temores, imagen corporal, autovaloración, auto aceptación, inseguridades y actitudes irritables prioritariamente; constituyeron estas tres últimas, con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en las edades precoces de 11 a 12 años de edad. Representando así una mayoría de escolares de 13 a 14 años de edad en los niveles de alto y mediano riesgo.”(10)

- 7) Rivera, Diana, 2007 presento la tesis titulada **Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas**. Tuvo como objetivo general determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de la UGEL N°04 Comas. El estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, de nivel aplicativo tipo cuantitativo; la población estuvo conformada por 6444 estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundaria de las instituciones educativas estatales, ubicados en el distrito de Comas, cuyas edades están comprendidas entre los 14 y 16 años de edad, el instrumento que se utilizó fue la escala de Lickert. Se llegó así a las siguientes conclusiones.

“...el nivel de conocimientos sobre las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la mayoría de los adolescentes es medio, encontrándose los aspectos de mayor deficiencia en la dimensión psicoemocional, seguida por la dimensión familiar, sociocultural y alimentaria.

La mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo relacionado con una mayor tendencia en la adopción de conductas de riesgo en la dimensión alimentaria, seguida por la dimensión psicoemocional, sociocultural y familiar.

Existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, es decir que a menor conocimiento sobre conductas

alimentarias de riesgo; los adolescentes asumirían mayor conductas riesgosas en el aspecto alimentario.”

Existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional, es decir que a menor conocimiento sobre conductas psicoemocionales de riesgo; los adolescentes asumirían mayor conductas riesgosas en el aspecto psicoemocional”. (11)

- 8) Caballero, Lizbeth, 2008 presento la tesis titulada **Relación entre la auto percepción de la imagen corporal y hábitos de la alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria, de la institución educativa Teresa González de Fanning**. Lima. Tuvo como objetivo general determinar la auto percepción de la imagen corporal en adolescentes del 5to año de secundaria, de la institución educativa Teresa González de Fanning. El estudio es descriptivo correlacional de corte transversal de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; la población estuvo conformada por estudiantes del 5to año de secundaria con edades entre 15 a 17 años, el instrumento que se utilizo fue un formulario tipo escala de Likert la cual está constituido por 28 ítems entre positivos y negativos. Logrando así las siguientes conclusiones.

“... existe relación significante entre la auto percepción de la imagen corporal y hábitos de la alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E. Teresa González de Fanning, en un 95% al aplicar la prueba del Chi cuadrado, es decir cuando la auto percepción es favorable los hábitos son saludables, por lo que se acepta la hipótesis del estudio.

La mayoría de adolescentes del 5to años de secundaria tiene una auto percepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva porque consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo existe un porcentaje significativo que tiene auto percepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes del cuerpo.

La mayoría de las adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E. Teresa González de Fanning tiene hábitos de alimentación saludable relacionada a la frecuencia diaria de consumo de alimentos sin omisiones y en horarios oportunos. Sin embargo existe

un porcentaje mínimo que tiene hábitos de alimentación no saludables dado a la exclusión de alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono”. (12)

- 9) Rodríguez Lorena, 2008 presento la tesis titulada **Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias**. Lima. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes entre 16 y 20 años. El estudio es correlacional de diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 188 mujeres universitarias y preuniversitarias cuyas edades eran de 16 a 20 años. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“... las adolescentes de nuestra muestra obtuvieron un nivel promedio de “sin riesgo” para desarrollar un trastorno alimentario. Sin embargo, este nivel se encontró bastante cercano al punto de corte a partir del cual se considera “riesgo”.

La sintomatología depresiva de las adolescentes no se encuentra relacionada a la edad ni al centro de estudio de las adolescentes. Son quienes tienen sobrepeso las que presentan niveles más elevados de sintomatología depresiva y se encuentran en riesgo mayor para desarrollar un cuadro depresivo.

La sintomatología depresiva se encuentra relacionada de manera positiva y significativa al riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

El riesgo para desarrollar un trastorno alimentario de las adolescentes no se encuentra relacionado ni a la edad ni al centro de estudio de las adolescentes pero si al índice de masa corporal reportado. Son quienes tienen sobrepeso quienes presentan un nivel mayor de conductas de riesgo por lo que se encuentran en una situación de riesgo mayor para desarrollar estos cuadros.”(13)

- 10) Aguilar Stusan, Berdejo Lizbeth y Celis Rosario, 2009 presentaron la tesis titulada **Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de educación secundaria**. Lima. Tuvo como objetivo determinar las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de secundaria en el colegio Parroquial Nuestra Señora del Rosario. El estudio es descriptivo de corte transversal; la

muestra estuvo conformada por 162 alumnas de 3ro a 5to de secundaria del colegio Parroquial Nuestra Señora del Rosario, para la recolección de datos de aplico una encuesta. Se llegó a las siguientes conclusiones.

“... del total de los estudiantes que participaron en el estudio a nivel general analizando el porcentaje total del inventario de trastornos alimentarios (ED 1 – 2) se determinó la ausencia de la conducta de riesgo en un 75.3% y la presencia en un 24.7% de estudiantes de secundaria del colegio Parroquial Nuestra Señora del Rosario.

Para las conductas de riesgo relacionadas con el comer y la satisfacción corporal se identificó que la escala de mayor riesgo es la de insatisfacción corporal.

Con respecto a características psicológicas asociadas con las conductas de riesgo se identifica un riesgo homogéneos con picos con elevaciones introspectivas con 27.5% e impulsibilidad con un 26.5%.”(14)

- 11) Lazo Zoila, Machaca Susana y Rojas Rita, 2009 presentaron la tesis titulada **Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en una institución educativa.** Lima. Tiene como objetivo determinar la influencia de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de la institución educativa “José María Arguedas”. El estudio fue cuantitativo de diseño pre experimental con mediciones de pre y post test. La población estuvo conformada por 187 adolescentes de sexo femenino de 13 a 16 años de edad de nivel secundario, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“... la intervención educativa tuvo influencia positiva en el nivel de conocimientos en las adolescentes debido a que en el pre test mostraban conocimientos sobre Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. Podemos afirmar de esta manera que los programas de intervención son primordiales para la prevención de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en las adolescentes.”(15)

2.2. Estructura teórica que sustenta el estudio.

2.2.1. Trastornos alimenticios

Según Joana Fornes los trastornos alimenticios, pueden definirse como alteraciones de la conducta alimentaria, en los hábitos de alimentación, que se manifiestan en un consumo o absorción alterada de la comida (por exceso o defecto), desarrollando consecuencias serias a nivel físico, psicológico y social.

Al inicio se pueden observar aspectos muy familiares y que no se consideran enfermos como hacer una dieta o preocuparse por la figura sin embargo en el caso de los trastornos alimentarios, al lado de estas conductas aparecen otras que pueden verse totalmente enfermas como el prestar toda su atención y pensamiento exagerado por el peso que tienen y en consecuente el miedo a engordar.

Ante esta situación, las personas que se inician o se consolidan en un trastorno alimentario son los adolescentes, presentan una serie de dificultades en alcanzar una salud física adecuada o un funcionamiento psicosocial óptimo.

Al ser una enfermedad que se da en jóvenes, ataca más a la población adolescente, dentro de ella más a las mujeres que a los hombres, sobre todo mujeres muy jóvenes. Si bien al inicio de los trastornos alimentarios se hablaba que sucedían en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, y en el que la cultura enfatiza la delgadez; en nuestro país se encuentran trastornos en poblaciones de condición media a baja por lo que se puede hablar de la poca aceptación personal y a la necesidad de acoplarse a modelos impuestos. (16)

Etiopatogenia

Loise Rebraca dice que la causa de estos trastornos es compleja, generalmente se escucha como influye la familia, el miedo a crecer y convertirse en adulta, pero estas no son necesariamente causas ciertas, pues no parece haber un origen unicausal. La opinión más aceptada es que los trastornos de alimentación tienen un origen múltiple es decir, se ha de dar una conjunción de factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales por largo tiempo, para que se pueda presentar el trastorno.

Por ello, se habla de un continuó entre que se dan algunas inquietudes en el tema de alimentación, como preocupaciones en la comida, peso y figura; hasta un trastorno de alimentación en el que la persona utiliza la comida y el control de esta como intento de compensar sentimientos y emociones quede lo contrario son vistos como insoportables. Para algunas personas, la dieta, el atracón y la purga, pueden iniciarse como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y para sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física, emocional, la autoestima, la sensación de competitividad y control de la persona.

Teoría genética o bioquímica

Varias teorías han intentado describir las causas de los trastornos de la conducta alimentaria. Según un estudio publicado por investigadores de Alemania y Holanda han observado que una forma de gen que participa en el control del apetito existe con más frecuencia en las personas anoréxicas, un descubrimiento que indica que las perturbaciones del sistema central que controla la ingestión de alimentos, constituyen a la aparición de este tipo de trastorno.

Una segunda teoría propone que una concentración elevada de encefalinas y endorfinas sustancias opioides producidas por el

organismo, constituyen al desarrollo de un trastorno alimenticio. Los opioides actúan sobre el sistema central, produciendo cambios en el ánimo, somnolencia y menor actividad mental. La motilidad intestinal y el apetito disminuyen. Estos cambios biológicos pueden justificar la negación del hambre en pacientes con anorexia nerviosa. La euforia no es frecuente porque la concentración plasmática de endorfina está elevada en algunos pacientes con bulimia después de vomitar.

Una tercera teoría define que la anorexia está causada por un desequilibrio hormonal, debido a la excesiva actividad física. Se produce un ciclo continuo en el cual la restricción en la ingestión de alimentos aumenta la urgencia de movimiento y constantemente, un mayor ejercicio eleva la concentración de hormonas que disminuyen el interés por comer.

Teorías psicológicas y psicodinámicas

Una teoría aborda el tema de la inanición como una forma de castigo, con el propósito interiorizado no reconocido de agradar a un padre o a una madre. El paciente considera que este padre o esta madre imponen restricciones duras a una persona que, por lo demás, se comporta bien, es ordenada, perfeccionista e hipersensible.

Una segunda teoría indica que el ayuno restaura una sensación de orden en una mujer que tiene independencia de la feminidad adulta y teme la posibilidad de que sea como su madre. El ayuno permite al paciente ejercer control sobre sí mismo y los demás. La capacidad para adelgazar sustituye a la independencia y permite evitar reconocimiento de los propios deseos sexuales.

Una tercera teoría afirma que las personas quieren pasar hambre para suprimir y controlar los sentimientos del vacío emocional. Estas personas luchan por conseguir la perfección para así demostrar que no dependen de los demás para validar su auto concepto o autoestima.

Una teoría final postula que las mujeres manifiestan trastornos de la conducta alimentaria porque creen que sus padres nunca han respondido suficientemente a sus iniciativas ni reconocido su identidad. Las mujeres anoréxicas tienen dificultad para distinguir deseos personales de los de otras personas y temen ser abandonadas si actúan independientemente. En lugar de permitir que los factores externos, como la comida, les afecten, las personas anoréxicas niegan sus necesidades y no permiten que nadie las controle.

Teorías de los sistemas familiares

El padre y la madre ejercen una gran influencia en el auto concepto de sus hijos y sus percepciones del mundo. El deseo de agradar a los padres, de quienes dependemos totalmente de niños, tiene también un poder extraordinario. Han surgido tres teorías sobre las relaciones personales y el desarrollo de trastornos alimenticios: del conflicto entre las expectativas de los hijos y la de los padres; de la preocupación familiar con el peso y el aspecto físico; y de las familias conflictivas.

La primera teoría se basa en las expectativas que tienen los padres de sus hijos. Los padres pueden destacar las capacidades intelectuales o talentos deportivos, mientras ignoran las necesidades emocionales emergentes de sus hijos e hijas. Desgraciadamente, algunos niños y niñas intentan infinitamente obtener la aprobación de un padre o una madre muy controlador, autoritario, pasivo o emocionalmente distante mientras rechaza reconocer los sentimientos o ideas que pueden entrar en conflicto o contradecir a la familia. Las personas anoréxicas utilizan la evitación de la comida para obtener atención y satisfacer sus necesidades emocionales. Las personas bulímicas se tranquilizan con la comida.

Según la segunda teoría, tanto las personas anoréxicas como las bulímicas son inseguras respecto a su forma y tamaño. La preocupación por el peso, por parte de sus padres o hermanos puede activar inadvertidamente una cadena de sentimientos y sucesos que destacan en aspecto externo. Al pensar que la vida sería perfecta si solo fuesen más delgadas o más atractivas, esas personas asumen roles de criar y cuidar de hermanos u otros familiares, siendo incapaces de ver que quieren o necesitan de ellas misma atención. La familia puede, indirectamente, estimular esta conducta alabando la fortaleza de la persona en cuestión.

La teoría de la familia conflictiva afirma que las familias con hijas anoréxicas son asfixiantes para sus miembros. Las responsabilidades de cada persona y las fronteras entre ellas son confusas. Todos los miembros de la familia son hipersensibles y sobre protectores de los demás. No se satisfacen las necesidades individuales, los sentimientos no se reconocen con honestidad, y los conflictos no se resuelven abiertamente. Al llegar la hija a la pubertad, sus padres son reacios a realizar los cambios necesarios en las normas o roles familiar. La anorexia se considera un síntoma de la necesidad e incapacidad para cambiar un sistema familiar rígido. (17)

Múltiples autores hacen hincapié que el pronóstico en trastornos alimentarios es difícil de predecir el resultado; haciendo mención que mientras más joven es el individuo en el momento en que aparecen los síntomas, peor es el pronóstico. Consideran que en los cinco primeros años, alrededor del 5% de los individuos tendrá una remisión completa o casi completa de los síntomas, un tercio mostrará mejoría importante, mientras que el tercio restante no mejorará o se deteriorará. El índice de muertes (mortalidad) es importante.

Cuando el individuo presenta alteraciones excesivas en cuando a

nutrición (desnutrición), ya sea por no comer o por purgarse constantemente, pueden afectar sistemas u órganos importantes del cuerpo. Uno de los problemas más resaltantes en estos casos es lo concerniente al desequilibrios de líquidos o electrolitos y por ende del corazón, haciendo que el bombeo sea menor, llegando en muchos casos la sangre se hace más ácida (acidosis metabólica), las concentraciones de potasio pueden disminuir. El vómito, los laxantes y los diuréticos empeoran la situación. Los ritmos cardiacos anormales resultantes pueden llevar a la muerte repentina. La anorexia nerviosa genera una mortalidad de 4 a 5%, pero en algunos estudios se informa una cifra de hasta 20 %. (15)

- **Anorexia**

La anorexia, es una enfermedad que surge usualmente en la adolescencia y se manifiesta como un trastorno alimenticio, produciendo una gran pérdida de peso en la persona que la padece. Este vocablo de origen griego significa “falta de apetito” la cual lleva lamentablemente, a la ingesta de pocos o nulos alimentos.

No obstante, la persona que padece de anorexia por largo tiempo, sigue creyéndose con sobrepeso, y negando tanto su enfermedad como su extrema delgadez. Es un trastorno especialmente atribuido a la mujer, normalmente la persona anoréxica tiene autoestima muy baja, y las demandas sociales respecto al modelo de belleza actual, la inducen poco a poco a contraer esta enfermedad.

Esta enfermedad corresponde a un trastorno tanto físico como mental; y si bien en sus comienzos podría pensarse que no es tan grave, puede traer problemas irreversibles de no ser tomada a tiempo, o hasta producir la muerte, en el peor de los casos. (17)

1. Tipos

Tipo restrictivo.

En ella la pérdida de peso se da a través de una dieta y un ejercicio intenso. Aquí no es que no coman o se provoquen el vómito, eso no existe sino que su dieta es demasiado fuerte (llegando a veces a comer sólo una galleta al día) y a un ejercicio extremo durante todo el día. (La cantidad de comida es mínima)

Tipo purgativo

Aquí es donde ya si se dan los vómitos. Al principio comienzan para aliviar el peso de la conciencia por haber comido, pero más adelante se vuelve un hábito y, ya sea porque se ha dado una comilona o por comer poco, siempre necesitan purgarse para poder estar tranquilos con lo que han hecho y saber que no van a ganar peso. (La cantidad de comida es mínima)

2. Clínica

El inicio de la anorexia nerviosa es casi imperceptible y sus primeros síntomas pueden parecer a los ojos de los demás como una forma de autodisciplina y fuerza de voluntad. Por ello es importante conocer sus manifestaciones clínicas:

3. Comportamientos en relación a la alimentación

- Cortar la comida en trocitos extremadamente pequeños.
- Masticar cada bocado durante mucho tiempo.
- Manosear los alimentos, distribuirlos por todo el plato...
- Reducir la cantidad de la comida ingerida.
- Elegir comidas sin grasa o muy bajas en calorías.
- Eliminar de la dieta ciertos alimentos “auto prohibidos”.

- Irritabilidad ante la comida.
- Saltarse comidas.
- Comer en soledad.
- Mentir sobre lo que se ingiere.
- Tirar la comida en secreto.
- Dedicarse a cocinar recetas que luego no come.
- No salir de tapas/comidas para no exponerse a comer en público.
- Desaparecer inmediatamente después de la comida y encerrarse en el baño (sospechar conductas purgativas).
- Pesarse de forma compulsiva (salvo que tenga tal fobia a comprobar si ha cogido un gramo, en cuyo caso se niega a pesarse y no utiliza la báscula nunca).

4. Comportamientos en relación al ejercicio físico

- Realizar ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva.
- Actividad física inmediatamente después de comer o cenar.
- Elegir ejercicios que queman mucha energía, más que elegir ejercicio por deporte o placer.

5. Comportamientos respecto a las relaciones familiares y sociales

- No mostrar ni expresar sentimientos.
- Desarrollar la habilidad de mentir y disimular la realidad.
- Mostrarse más crítica e intolerante con los demás cuando previamente era más dócil.
- Ejercer un control excesivo sobre la propia conducta.
- Aislarse de las amigas.
- Desarrollar una tendencia al perfeccionismo en la mayoría de las cosas.
- Conversaciones focalizadas en la alimentación y las formas del cuerpo.
- Ser muy crítica y exigente consigo misma.

6. Síntomas cognitivos

- Negar que se tiene hambre.
- Decir que está muy gruesa o verse demasiado gorda, cuando es falso (trastorno de la imagen corporal).
- Preocupación excesiva y constante por el peso y la forma del cuerpo.
- Extremado temor a la obesidad.
- Excesiva preocupación por lo que los demás piensen de uno mismo.
- Encontrarse con frecuencia pensando en la forma y el peso del cuerpo.
- Creencias irracionales respecto a la imagen corporal, la alimentación, el peso y el ejercicio físico (muchos de estos pensamientos alterados están sustentados por la malnutrición).

7. Signos y síntomas físicos

- Interrupción del ciclo menstrual.
- Pelo muy fino.
- Pérdida del cabello.
- Hirsutismo o lanugo.
- Hipertrofia parotídea.
- Anomalías dentales.
- Problemas gastrointestinales repetidos.
- Coloración amarillenta de las palmas o plantas de los pies.
- Extremidades frías y azuladas.
- Osteoporosis.
- Anemia ferropénica.
- Hipoproteinemia.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Hipotensión
- Arritmias

- **Bulimia**

Según J. Sue la bulimia, es un trastorno de la salud mental que se relaciona con la comida. El término bulimia, según su significado etimológico se asocia con “hambre en exceso”. Este trastorno de la alimentación tiene como característica que el sujeto sufre de episodios de atracones compulsivos. Es decir, tiene momentos en que ingiere alimentos de alto contenido calórico de forma compulsiva a lo cual siguen sentimientos de culpa y de perder el control. Además, la persona bulímica tiene momentos en los que la persona no come, ayuna o come muy poco, hasta que al tiempo, vuelve a tener un episodio compulsivo de ingesta. Para evitar aumentar de peso debido a la ingesta compulsiva realiza conductas inadecuadas, como provocarse el vómito. Con esto compensa la culpa que le ocasiona la ingesta compulsiva realizada durante el atracón. En general, la persona bulímica esconde este tipo de conductas, ya que sienten mucha vergüenza y culpa.

1. **Tipos**

- Purgativo**

- Luego de producirse el atracón de comida, recurre a prácticas purgantes como provocación del vómito, el uso de laxantes, diuréticos, enemas, etc., para eliminar el alimento ingerido. Estas prácticas pueden realizarse en forma independiente o combinada, esto dependerá del grado de angustia que presente la persona bulímica. (La cantidad de comida ingerida es mucho mas de lo normal)

No purgativo

Utiliza otros comportamientos inapropiados, como ayunar o realizar ejercicio excesivo, en vez de adoptar comportamientos purgantes para reducir la absorción calórica de cantidades excesivas de alimentos por parte del cuerpo.

2. Clínica

La clínica se caracteriza por los atracones seguidos del sentimiento de culpa.

La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable, de unos minutos a horas, durante el cual el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose

Imposibilitado para poder parar de comer durante esos episodios de voracidad. La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-hinchazón-malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud lo que, junto a los sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y auto desprecio, al final, el vómito provocado para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando estos pacientes no consiguen vomitar, usan laxantes, diuréticos o ayunan para controlar el peso por miedo a engordar. En el 50% de los casos la bulimia se asocia a la anorexia nerviosa; los síntomas bulímicos aislados no son infrecuentes en la población general. Con frecuencia a la bulimia le acompaña el diagnóstico de depresión, ansiedad, consumo de alcohol u otras adicciones, antecedentes de abusos sexuales en la infancia y la realización de intentos de suicidio.

El peso en las bulímicas puede mantenerse dentro de límites normales, estar ligeramente por encima de la media o haber obesidad. El paciente bulímico come con gran desorden, pasan del atracón a la restricción, son incapaces de diferenciar la sensación de hambre de la de saciedad.

Las complicaciones médicas de la bulimia pueden llegar a ser muy graves entre ellas son:

- ✓ Dilatación o rotura gástrica
- ✓ Hipotensión
- ✓ Trastornos menstruales
- ✓ Hipocalcemia
- ✓ Hipopotasemia
- ✓ Hipoglucemia
- ✓ Arritmias cardiacas
- ✓ Deshidratación
- ✓ Caries dentales
- ✓ Erosión del esmalte dental, y por el uso de purgantes
- ✓ Esteatorrea
- ✓ Colon irritable
- ✓ Nefropatías

2.2.2. Factores pre disponentes

Es cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural. No es posible mencionar un único factor como causa de la aparición de un trastorno de la alimentación, pues las psicopatologías alimentarias son provocadas por múltiples factores, lo que significa que existe una combinación de causas individuales, familiares y socioculturales que desempeñan un papel importante en

el desarrollo de cualquier trastorno de la alimentación existente en la actualidad, así como también en el mantenimiento del mismo. Además, los factores en sí no deben ser considerados como causales definidos y diferentes, sino como agentes que pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio. **(15)**

Toro y Villardell (1987) plantean tres componentes importantes para que se dé un trastorno alimenticio.

Predisponentes	Desencadenantes	De mantenimiento
Sexo femenino	Acontecimientos vitales estresantes	Factores cognitivos
Edad (13 a 20)	Separaciones perdidas	Factores afectivos
Personales	Contactos sexuales	Conductas purgativas
Familiares	Exceso de actividad física	Consecuencias de la inanición
Socioculturales	dietas	Interacción social

En resumen, una persona está predispuesta o es vulnerable al desarrollo de un trastorno alimentario como resultado de una combinación de factores que predisponen a un gran número de personas a psicopatías alimentarias.

Se detallaran a continuación los factores más resaltantes:

➤ **Edad y sexo**

Es entre los 13 a 20 años, una etapa en la cual se está entrando a la adolescencia y la niña mujer se enfrenta a cambios corporales, con el aumento de peso y grasa corporal, normal en las mujeres; así pues estas chicas se sitúan en el polo opuesto del modelo social “aceptado” por lo cual la autoestima decrece en exceso en esta etapa.

➤ **Personales**

Este factor hace que la persona sea más vulnerable a poseer un trastorno alimentario. Los factores personales comunes a la mayoría de los trastornos alimenticios que predisponen al padecimiento son:

- a) La edad y el sexo femenino son otros de los factores personales que facilitan la aparición del trastorno; aunque cada día aparecen más casos en personas adultas y niñas, lo cierto es que la época del inicio primordial es la adolescencia, ya que, desde un punto de vista biológico, es una etapa de muchos cambios tanto físicos (imagen corporal) alterada, como emocionales (baja autoestima) que es otro de los factores predisponentes.
- b) Pubertad temprana en caso de las mujeres, puede ser un factor individual que predisponga a la aparición de trastornos alimenticios, un estudio en niñas que no sufrían de trastornos del comer reporto, antes de la pubertad, las niñas comían cantidades de comida apropiadas a su peso corporal y estaban satisfechas con sus cuerpos; después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingestión recomendada de calorías y tenían una autoimagen corporal mala. No es sorprendente entonces, que haya un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan la pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por todos los adolescentes se intensifican aún más por la atención que provoca ansiedad en sus cuerpos tempranamente cambiantes.
- c) Sufrir previamente un problema de obesidad, puede predisponer al inicio de la actividad intensa o dietas sin control médico, que desemboquen en trastornos de la alimentación. El mayor factor de

incidencia en jóvenes es la obesidad en la niñez, debido a los traumas que puedan crear los compañeros del aula, amigos o adultos al tomar a modo de broma el sobrepeso del niño. La burla puede no ser siempre cruel, sino una manera demostración de confianza manifestada, por ejemplo, mediante apodos. Sin embargo, la distinción puede generar culpas e inseguridades muy grandes en el niño, y predisponerlo a la aparición de enfermedades como la anorexia y la bulimia.

- d) Poseer determinados rasgos del carácter que pueden predisponer a la aparición de este tipo de trastornos. Son factores de vulnerabilidad personal:
- No aceptarse como persona
 - Percibir que se tiene poco control sobre su propia vida. (falta de autonomía).
 - Ser poco habilidoso en las relaciones sociales. Hay frecuentemente un fracaso para expresar problemas emocionales.
 - Tener poca espontaneidad y demasiado autocontrol.
 - Ser muy perfeccionista y exageradamente autocrítico. Tener auto exigencias desmedidas.
 - Tener una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir las reglas y la tendencia a criticar a todos.
 - Ser expresivamente responsable para la situación o la edad.
 - Sufrir de inseguridad, timidez o introversión.
 - Tener baja autoestima.
 - Tener una personalidad depresiva.
 - Preocuparse excesivamente o ser muy sensible a las opiniones de los demás o las influencias del entorno.
 - Miedo a enfrentarse a situaciones nuevas.

- e) Tener tendencias depresivas o a sufrir trastornos de la ansiedad, suelen desarrollar este tipo de psicopatologías alimentarias, las cuales pueden ser también el resultado como la causa de alguno de los mencionados trastornos emocionales.

➤ **Familiares**

Los factores familiares hacen referencia a ciertas características comunes en las familias de muchas personas que presentan estos trastornos. Entre estas características se pueden contemplar:

- a) Malos hábitos alimentarios, tanto por exceso (comidas ricas en grasas) las cuales puedan conducir a aun sobre peso con la posterior necesidad de perderlo como sea y lo más antes posible; como por defecto (frecuentes dietas en la familia por mantener la estética corporal).
- b) Preocupación excesiva de los padres por la figura y por estos temas de estética lo cual lo transmiten a los hijos repitiendo estos comportamientos posteriormente, las dietas bajas en calorías y la imagen.
- c) Antecedentes familiares de trastornos alimentarios, de abuso de alcohol, drogas y algún patrón biológico común en ellos.
- d) Sobreprotección hacia los hijos hace que aumente las dificultades en estos para resolver sus propios problemas o tomar decisiones por si solos, por lo que cuando llega a la etapa adolescente, esto les hace tener una mayor vulnerabilidad.

- e) Distanciamiento entre padres e hijos. El distanciamiento repercute negativamente en ellos ya que va haber una falta de comunicación, afecto y seguridad.
- f) Burlas / acoso.
- g) Es más probable que surja un problema de anorexia o bulimia en familias que tengan dificultades para comunicarse y que no saben solucionar sus conflictos en forma adecuada, sino a través de la angustia o la culpabilización es mutuo.
- h) Cuando no se facilita la expresión de los sentimientos sobre todo los negativos esto favorece a que los hijos lo expresen de maneras menos sanas e indirectas, como a través de las comidas. A veces suele pasar que no se establecen normas y límites adecuados para la edad de los hijos, o bien que no les permiten la autonomía necesaria para poder madurar.

➤ **Socioculturales**

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud. Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son:

- a) Ideales de adelgazar y prejuicios contra la obesidad. Nadie duda que el aumento de estos trastornos están implicados los aspectos sociales,

como la presión continua y creciente por la delgadez, el culto a la imagen y falta de comidas familiares, debido al ritmo de vida actual.

- b) A todo esto se une la publicidad en el que imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas de moda, reportajes y anuncios, nos muestran una multitud de factores a favor de la pérdida de peso.
- c) Ciertas profesiones y deportes favorecen la aparición de estos trastornos: modelos, gimnastas. Son grupos de riesgo, ya que, tiene un gran control sobre su peso.

2.2.3 La adolescencia

La adolescencia, es un periodo de transición entre el infante y el adulto. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no solo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su propio entorno.

La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y 18 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición

repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos. (18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (24)

1. Etapas

Pre-adolescencia: desde las 8 hasta las 11 años

Cambios físicos

Crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.

Fase cognitiva

Pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar).

Desarrollo moral

Egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.

Concepto de sí mismo

En gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo

masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.

Características psicológicas Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados.

Relaciones con padres Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos.

Relaciones con compañeros Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

Segunda etapa de la adolescencia: desde las 11 hasta las 15 años

Cambios físicos Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal.

Fase cognitiva Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.

Desarrollo moral Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.

Concepto de sí mismo Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.

Atención centrada en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros.

Intimidad en el hogar.

Características psicológicas Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué.

Controlar todo.

Relaciones con padres Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.

**Relaciones con
compañeros**

Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas

Tercera etapa de la adolescencia: desde las 15 hasta las 18 años

**Cambios
físicos**

Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llega a su altura y peso de adulto.

Fase cognitiva

Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

**Desarrollo
moral**

Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.

**Concepto de si
mismo**

Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.

Características psicológicas Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia o bulimia.

Relaciones con padres Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden a ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.

Relaciones con compañeros Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

2. Características evolutivas de la pubertad y de la adolescencia

La gran cantidad de transformaciones que tiene lugar en la adolescencia son los fisiológicos, endocrinos, morfológicos y relacionales. Produciendo en la adolescente fragilidad, por ello son muchos los autores que han descrito los trastornos de la alimentación como un fracaso en la superación de la adolescencia, como conflictos en el proceso de la identidad.

Se ha intentado situar a la adolescencia tanto en términos cronológicos como psicológicos ya que comenzaría en la pubertad entre las edades de

10 años para más mujeres y 11 para los hombres, la duración de estos cambios se estima que es entre 3 a 4 años. La OMS señala los 20 años como edad límite, otros autores señalan hasta los 22 años, incluso se dice que podría alargarse más, porque los adolescentes no pueden acceder a conductas socialmente consideradas de adultos; responsabilidades sociales, familiares, laborales.

La adolescencia como ya sabemos se caracteriza por un periodo de cambios fisiológicos, mentales y sociales, el adolescente para conseguir una cierta estabilización de su personalidad es necesario que pase por ciertos grados patológicos ya sea por desequilibrios e inestabilidades extremas. (19)

3. Características y rasgos

- ✓ Una búsqueda de sí mismo y de la propia identidad.
- ✓ Tendencia grupal.
- ✓ Necesidad de intelectualizar.
- ✓ Crisis religiosas (ateísmo).
- ✓ Actitudes sociales reivindicatorias y antisociales.
- ✓ Constantes fluctuaciones del estado de ánimo.
- ✓ Separación progresiva de los padres.
- ✓ Evolución sexual.

4. Ansiedad en el adolescente

Los trastornos de ansiedad se empiezan a diagnosticar a los 14 años y en algunos casos aún más temprano. Los síntomas tienden a ser crónicos, pero tienen buen pronóstico si la familia del adolescente o el propio joven identifican síntomas de que está empezando a sufrir problemas con la ansiedad. La pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con más frecuencia. Si acabó la infancia, el adolescente empieza a ser cobrado por la familia y

la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta y eso genera miedos en el joven. Influyen varios factores para que se desarrolle este trastorno que muchas veces se suele confundir con un estado pasajero. La historia familiar, es decir, los antecedentes genéticos; las características de su entorno, que incluye su ambiente social y sus familiares directos, su personalidad y su estado emocional que incluye sus circunstancias sus creencias y sus sentimientos, determinarán la aparición o no del trastorno. Hay que diferenciar también entre la ansiedad fisiológica: que se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo y la ansiedad patológica, en la que se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o, existiendo esa circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. (21)

Síntomas de la ansiedad en adolescentes:

Los síntomas emocionales del trastorno de ansiedad	Los síntomas físicos del trastorno de ansiedad
Preocupación	Sudoración
Temor	Tensión muscular
Inseguridad	Palpitaciones
Dificultad para tomar decisiones	Taquicardias
Miedo	Temblores
Pensamientos negativos sobre uno mismo	Evitación de situaciones temidas
Pensamientos negativos sobre nuestra actuación en los otros.	Comer, beber, fumar en exceso
Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades	Molestias gástricas

Temor a la pérdida de control	Dificultades respiratorias
Dificultades para pensar, estudiar o concentrarse	Sequedad de boca
Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta	Dolores de cabeza
Llorar desconsoladamente y con bastante frecuencia	Mareos
Quedarse paralizado	Náuseas
	Intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.)
	Tartamudear

5. Depresión

Papalia y otros hacen referencia menciona que la frecuencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y que los jóvenes de 12 a 17 años han experimentado cuando menos un episodio de depresión mayor. (22)

6. Otros cambios

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. En ocasiones los adolescentes se preguntan el porqué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los caracteres sexuales entre unos y otros, y la respuesta puede encontrarse en cualquiera de los elementos señalados anteriormente. No obstante hay características que

deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática.

- **Peso**

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto.

- **Grasa corporal**

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las niñas depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima de crecimiento. Por el contrario, en las niñas se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los

varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón. (19)

- **Cabeza**

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideo y las cuerdas vocales, que tienen el triple de longitud en los niños que en las niñas.

- **Crecimiento muscular**

El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

- **Autoestima**

Se puede definir el auto concepto como la imagen que tiene cada individuo del mismo, y que se ha ido conformando durante su infancia y adolescencia, a través tanto de las experiencias personales como de los mensajes recibidos por los referentes más cercanos, padres y educadores principalmente. Durante la pre adolescencia y adolescencia, cobran también especial importancia los comentarios recibidos por los iguales.

La valoración personal del auto concepto es la autoestima, es decir, la evaluación que cada uno tiene de él mismo, incluyendo sentimientos de auto valía. Alrededor del 75% de las personas que presentan un alto riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario presentan niveles muy bajos de autoestima.

2.2.4. Familia

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

- **Tipos de familia**

1.-La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos

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

2.-La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

3.-La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges. (23)

4. - Familia Disfuncional

Es una familia en la que los conflictos la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos co-dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.). Otros orígenes son las enfermedades mentales no tratadas, y padres que emulan o intentan corregir a sus propios padres disfuncionales. En algunos casos, un padre permitirá que el padre dominante abuse de sus hijos.

2.2.5. Teorías

Teoría de Virginia Henderson

Tendencia y Modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. (20)

Principales conceptos y definiciones

Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Supuestos principales

Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

Enfermería

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar las necesidades básicas.
- Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona (paciente)

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.

Salud

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede intervenir en esta capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Se refiere al ejercicio profesional, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente hallara una recompensa inmediata en el proceso del paciente desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal y como afirma Henderson. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

El planeamiento sobre la asistencia al paciente es deliberado y lleva implícita la toma de decisiones. Aunque no hace mención específica de las fases del proceso de enfermería, se puede observar cómo se interrelacionan los conceptos. Henderson considera que el proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es específico de enfermería.

En la fase de evaluación, la enfermera valora al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Una vez completamente valorado el primer componente, la enfermera pasara al siguiente y así hasta que las 14 aéreas hubiesen sido evaluadas. Para la recopilación de datos, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de evaluación, la enfermera tiene que analizar los datos que ah recogido, para lo cual es necesario saber que es normal en salud y en enfermedad.

Henderson afirma que “mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día y 7 días a la semana, la capacidad de la enfermera es diferencias lo normal de lo anormal en el paciente sano la función de las enfermeras es indiscutible”.

Según Henderson la fase de planificación conlleva a la elaboración de un plan educativo a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como un sistema de registro.

En la fase de aplicación del plan. La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven su salud, que lleve a recuperarse se la enfermedad. Las actuaciones son individuales según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales.

MARTHA ROGERS “MODELO DE LOS PROCESOS VITALES”

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben *fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.*

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice *la enfermería requiere una nueva perspectivas del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería).*

NOLA PENDER "MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD"

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente

encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (25)

2.3. Definición de términos básicos

A continuación a fin de facilitar la comprensión de algunos términos se define algunos de ellos:

- **Factores predisponentes:**

Son los que hacen más vulnerables a padecer un trastorno alimenticio en las adolescentes, cuando se dan determinadas combinaciones de características personales, familiares y socioculturales en adolescentes.

- **Trastornos alimentarios**

Enfermedad causada por la preocupación excesiva sobre el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes, llevando a conductas las cuales pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos.

- **Adolescencia**

Etapa de la vida en la que se suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual; en el cual comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; etapa de intercambio con el medio que los contiene; donde el individuo es vulnerable desde el punto de vista social, psicológico, económico y de salud.

2.4. Variable

Son todos los factores que hacen vulnerable al adolescente para padecer un trastorno alimenticio cuando se dan determinadas combinaciones de características personales, familiares y socioculturales.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y método de investigación

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo porque hace uso de la estadística aplicada, permitiendo la descripción, y la síntesis de los datos de las variables investigadas para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados; de diseño descriptivo ya que busca analizar, especificar, caracterizar el fenómeno que se estudió en la variable (factores predisponentes de los trastornos alimentarios) y de corte transversal, porque la información se tomó tal como se presenta en un tiempo determinado.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó En la Institución Privada ubicada en el Jr. Tacna 430 – 450, Chosica, Lima - Perú, fundada por la orden de San Agustín provincia Nuestra Señora de Gracia del Perú R.M.Nº 17558 – 16 /02/55, reconocimiento de la Orden Agustina como congregación docente, dependiente de la UGEL N° 06 miembro del consorcio de centros católicos, vinculado a los Colegios Agustinos.

Ejerce la Promotora la Comunidad Religiosa de Chosica, cuyo Prior actual es el Padre Maximino Fernández Marcos. Autorizado por R.M.Nº 1464, 22/02/1911 inicial actualizada por R.M.Nº 404, 10/04/1996, contando con la dirección General del Padre Agustín Crespo y la dirección Ejecutiva con la Lic. Verónica Salazar.

Es una institución de nivel primario y secundario, es de material noble, tiene tres pisos, posee ambientes para las aulas de clase (15 aulas), sub dirección, dirección, sala de cómputo, museo, biblioteca, servicios higiénicos, patio central, campo de fútbol, básquet, voleibol, piscina semi olímpica, lozas deportivas internas, tiene turno de mañana contando con una capacidad total de 73 alumnas de nivel secundario del colegio.

3.3. Población estudio

Debido a que la población de estudio es pequeña se tomó a la totalidad de las unidades de análisis (60) ya que se tiene en cuenta las edades propuestas en el cuadro de Villardel a demás, de los criterios establecidos.

Año	Edad	Población
2do	13	10
3ro	14	18
4to	15	14
5to	16	18
		60

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 13 a 16 años.
- Adolescentes de 2, 3, 4 y 5 de secundaria.

- Adolescentes que asistan en forma regular a clases.
- Adolescentes que deseen participar voluntariamente.
- Adolescentes que cuenten con la autorización.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no deseen participar.
- Adolescentes que faltaron en día de la aplicación del instrumento.
- Adolescentes menores de 13 y mayores de 16 años.

3.4. Diseño Muestral

Diseño descriptivo simple:



Dónde:

M: Representa la muestra con la que se realiza el estudio

O: Representa la información recogida

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario con el fin de obtener información de los sujetos de estudios. Dicho instrumento consta de presentación e instrucciones breves, datos generales y datos específicos a la variable de estudio; el cuestionario fue formulado con un total de 45 preguntas, obteniendo en la dimensión personal 15 preguntas, en la dimensión familiar 21 preguntas y en la dimensión sociocultural 9 preguntas el cual

Dimensión Personal

VALOR FINAL	RANGO
BAJO	21 - 27
MEDIO	28 - 37
ALTO	38 - 45

Dimensión Familiar

VALOR FINAL	RANGO
BAJO	24 - 38
MEDIO	29 - 49
ALTO	50 - 61

Dimensión Sociocultural

VALOR FINAL	RANGO
BAJO	10 - 16
MEDIO	17 - 23
ALTO	24 - 27

Factores Predisponentes de los Trastornos Alimenticios

VALOR FINAL	RANGO
BAJO	61 - 83
MEDIO	84 - 107
ALTO	108 - 133

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

Para la ejecución del estudio se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al director de la Institución Educativa a fin de obtener la autorización. Posteriormente se efectuó la coordinación con el director y docentes de la Institución Educativa para iniciar la recolección de datos; los cuales se realizaron en el transcurso del año, se consideró un tiempo aproximado de 20 minutos para la aplicación de los instrumentos a cada estudiante recolectando así diariamente la información, teniendo un total de 4 aulas en la institución educativa. Luego de la realizar la recolección de los datos estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel y el programa SPSS versión 20.0, previa elaboración de tabla de consistencia debidamente codificado.

3.8. Aspectos éticos

El estudio cumplió con los principios básicos de la ética en investigación. Los resultados obtenidos fueron manejados por el evaluador y el proyecto de investigación mantuvo el anonimato de los participantes y de la institución.

Se empleó el consentimiento informado, y el asentimiento informado, firmado, considerando la privacidad, el anonimato y el trato justo a los participantes del estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION

4.1. Resultados

Cuadro 1: Datos Generales de los Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes en una Institución Privada Chosica - 2011.

ITEM		FRECUENCIA	%
GRADO	2do	10	16.7
	3ro	18	30
	4to	14	23.3
	5to	18	30
	TOTAL	60	100
EDAD	13	10	16.7
	14	18	30
	15	14	23.3
	16	18	30
	TOTAL	60	100
RELIGION	CATOLICA	57	95
	EVANGELISTA	2	3.3
	MORMON	1	1.7
	TOTAL	60	100
VIVE	NUCLEAR	38	63.3
	MONOPARENTAL	8	13.3
	EXTENSA	14	23.4
	TOTAL	60	100
ANTECEDENTES	BAJO PESO	---	---
FAMILIARES	SOBREPESO	28	46.7
	NINGUNO	32	53.3
	TOTAL	60	100

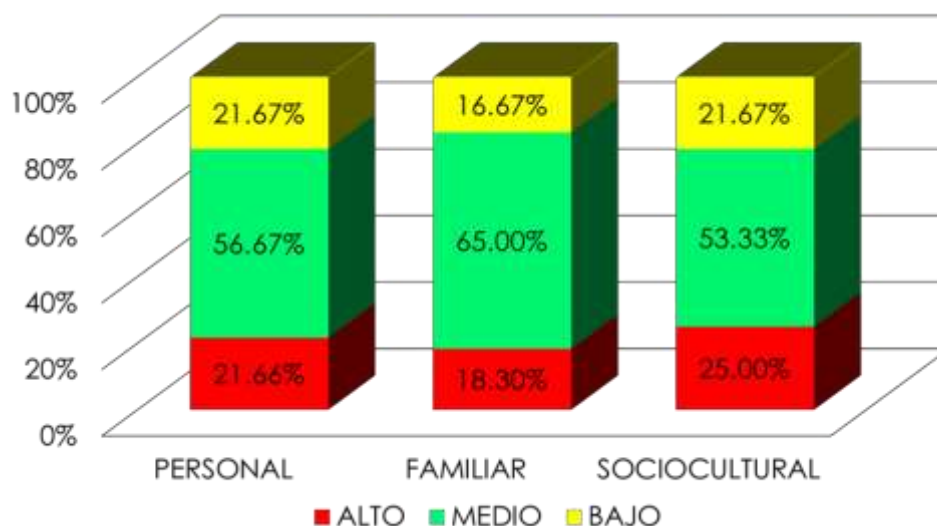
En el cuadro número 1 se observa que el 100% (60) de las adolescentes encuestadas en relación a los factores predisponentes de los trastornos alimentarios, el 16,7% (10) es de 2do, el 30% (18) están cursando el 3ro y 5to grado de secundaria entre edades de 14 y 16 años, el 4to grado

con 23.3% (14) en edad de 15 años y el 2do grado 16.7% (10) en edad de 13 años. Población eminentemente de sexo femenino, así mismo un 95% (57) es de religión católica y el 5% es de religión evangelista y mormón. El 63.3% (38) es de familia nuclear, el 23.4% (14) es de familia extensa y el 13.3% (8) de familia monoparental. El 46.7% (28) presenta antecedentes por sobrepeso.

Datos específicos:

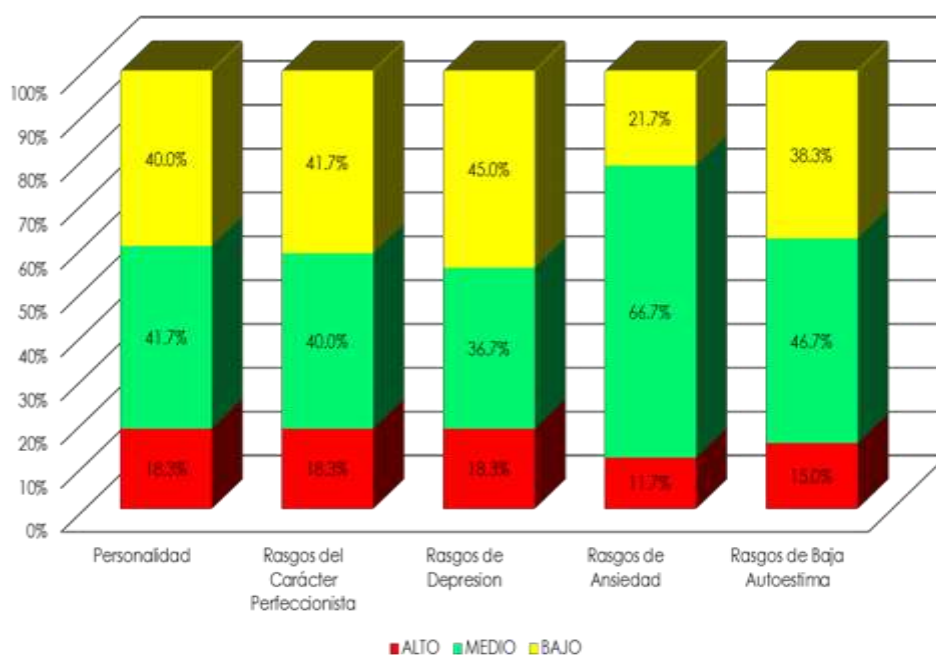
Los datos específicos los presentamos en gráficos, considerando cada variable siendo estas representaciones independientes por la naturaleza del estudio

Gráfico 1: Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes de una Institución Privada Chosica - 2011.



En el presente estudio se observa que del 100% (60) de las adolescentes encuestadas en relación a los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en la dimensión personal, se encuentra una respuesta a la predisposición en un 21.66% (13) alta, 56.67% (34) media y finalmente un 21.67% (13) con baja predisposición; en la dimensión familiar se evidencia predisposición alta en 18.3% (11), media en el 65% (39) y 16.67% (10) con baja predisposición; finalmente en relación a la dimensión sociocultural se encuentra una respuesta alta en un 25% (15), 53.33% (32) media y 21.67% (13) baja predisposición.

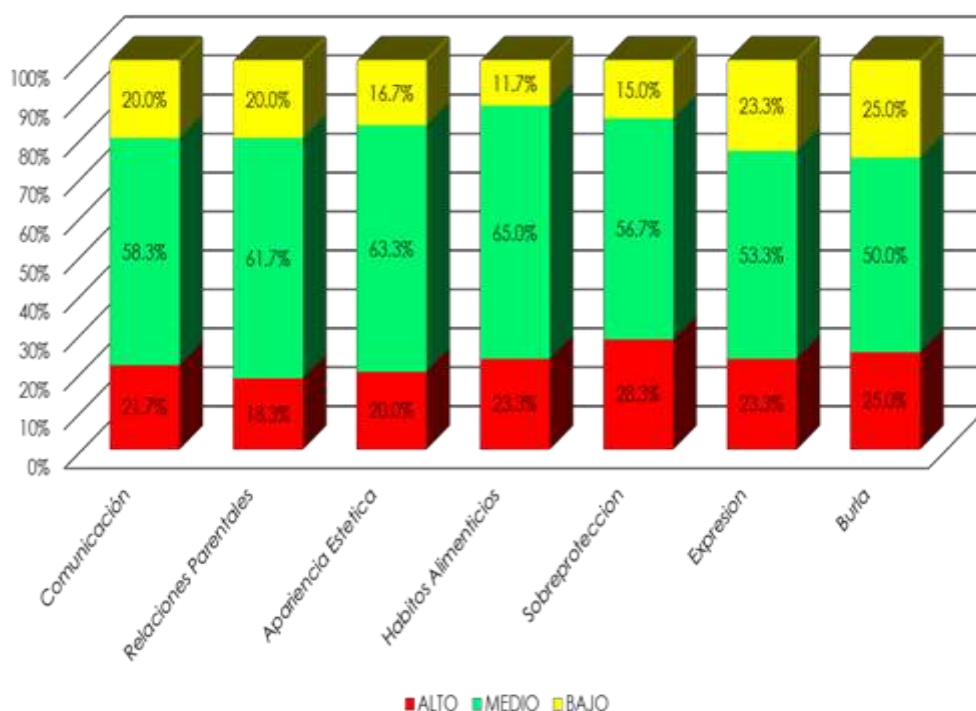
Gráfico 2: Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios Según la Dimensión Personal en Adolescentes De una Institución Privada Chosica – 2011.



En el gráfico 2 se observa que del 100% (60) de la población encuestada en relación a los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en relación a la dimensión personal: Tenemos que en personalidad hay un 18.3% (11) con alta predisposición frente un 41.7% (25) con mediana predisposición la pregunta más resaltante fue la numero 1; en rasgos del carácter se evidencia un 18.3% (11) con alta predisposición y un 40% (24) con mediana predisposición pregunta relevante fue la 4; en rasgos de depresión se muestra un 18.3% (11) con alta predisposición frente a un 36.7% (22) con mediana predisposición pregunta resaltante fue la numero 8, en rasgos de ansiedad hay un 11.7% (7) con alta predisposición y un 66.7% (40) con mediana predisposición pregunta influyente fue la numero 11 y

finalmente rasgos de baja autoestima con un 15% (9) con alta predisposición frente a un 46.7% (28) con mediana predisposición pregunta resaltante fue la numero 13; como se evidencia en el gráfico.

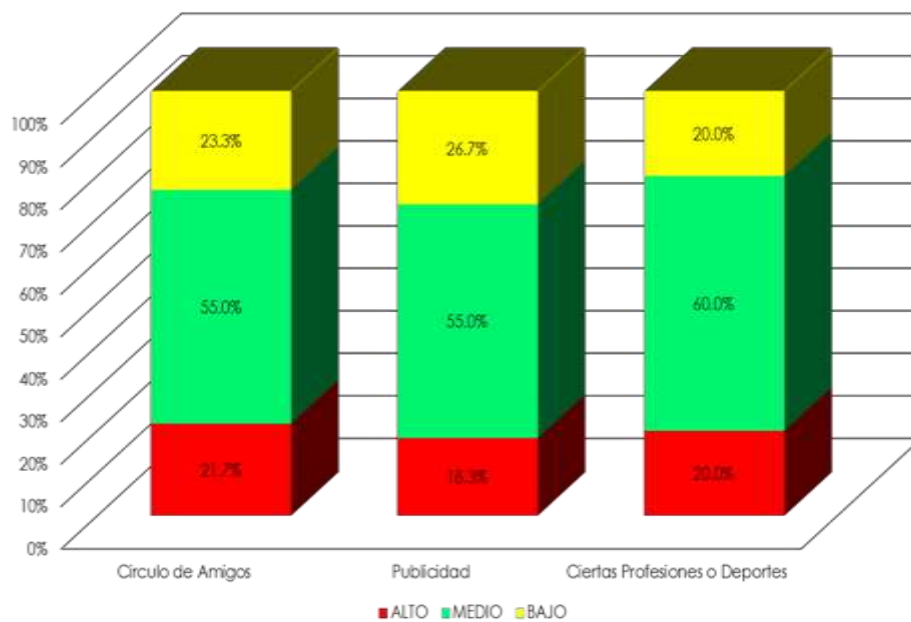
Gráfico 3: Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios Según la Dimensión Familiar en adolescentes De una Institución Privada Chosica – 2011.



En el gráfico 3 se observa que del 100% (60) de la población encuestada en relación a los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en la dimensión familiar, tenemos que respecto a la predisposición en la comunicación es alta en un 21.7% (13) y 58.3% (35) es medio la pregunta más relevante fue la número 18; en cuanto a la predisposición en las relaciones parenterales se evidencia un 18.3% (11) con resultado alto y el 61.7% (37) con resultado medio influyendo la pregunta número 19 y 20; en la apariencia estética se muestra una predisposición alta con el 20% (12) y un 63.3% (38) con resultado medio la pregunta resaltante fue la 24, en hábitos alimenticios presentan resultado alto con 23.3% (14) y un 65% (39)

con respuesta media la pregunta más resaltante fue la 27; en cuanto a la sobreprotección el 28.3% (17) presenta alta predisposición y un 56.7% (34) con resultado medio la pregunta más influyente fue 28 y la 30; respecto a la expresión los resultados indican predisposición alta en un 23.3% (14) y 53.3% (32) media pregunta relevante fue la 33 ; así mismo en cuanto a la burla se encuentra un 25% (15) con respuesta alta frente a un 50% (30) con resultado medio pregunta resaltante fue la 36 como se evidencia en el gráfico.

Gráfico 4: Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios Según la Dimensión Sociocultural en adolescentes De una Institución Privada Chosica - 2011?



Se observa que del 100% (60) de las adolescentes encuestadas en relación a los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en la dimensión sociocultural, se encuentra respecto al círculo de amigos, existe una predisposición alta en el 21.7% (13) y el 55% (33) con predisposición media siendo la pregunta más resaltante la 38; en cuanto a la publicidad se evidencia una predisposición alta en 18.3% (11) y un 55% (33) media, las preguntas más influyentes fueron la 40 y 41; finalmente ciertas profesiones o deportes con predisposición alta en 20% (12) y media en 60% (36) , la pregunta más resaltante fue la 44; como se evidencia en el gráfico.

4.2. Discusión

Los trastornos alimentarios juegan un papel muy importante en una sociedad cambiante, consumista y altamente globalizada sobre todo en los niños y adolescentes los cuales pasan por etapas adaptativas no solo en cuerpo y mente sino también conjugadas por el propio entorno produciendo en ellos mayor vulnerabilidad ya que se encuentran en pleno desarrollo de su personalidad.

En el cuadro 1 se observa que la población es eminentemente de sexo femenino, de 2do a 5to grado de secundaria en edades comprendidas de 13 a 16 años, periodo intermedio entre la niñez y adultez para lo cual se utiliza el termino de adolescente. La población es altamente de religión católica 95% (57), conviviendo mayoritariamente en una familia nuclear 63.3% (38), un 13.3% (8) familia monoparental y un 23.4% (14) familia extensa, con antecedentes familiares de tratamiento por sobre peso en 46.7% (28).

Estos resultados son similares a los que analiza Hernandez Mariamparo 2005 quien presento la tesis titulada “ La influencia familiar y social en la anorexia y la bulimia” llegando a la siguiente conclusión: sobre la primera hipótesis, acerca de que la familia disfuncional aumenta la posibilidad de la aparición de la anorexia y/o bulimia nerviosa en los adolescentes de diferentes estratos sociales, los resultados del estudio señalan la insuficiente comunicación en los momentos de aparición de los problemas que afrontan los jóvenes. El entendimiento de la lealtad familiar no significa, necesariamente, el cumplimiento irracional de expectativas del otro. Obviamente, las familias disfuncionales aumentan el riesgo de este trastorno. Los jóvenes perciben la desestructuración familiar en forma de tensión, ansiedad, frustración e insatisfacción para consigo mismo. Esto aumenta su posible desequilibrio emocional. Esto concuerda con los

resultados de la investigación donde el 13.3% es de familia monoparental y un 23.4% es de familia extensa por ende una familia disfuncional, en donde no hay una adecuada comunicación y comprensión entre sus miembros dándonos como resultado que en un futuro puedan padecer una trastorno alimenticio.

Benites Ángela, Carrera Lissette y Chavarry Gladys, 2004 presentaron la tesis titulada “Actitud y factores de riesgo frente a trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en adolescentes”. Lima llegando a la siguiente conclusión: Se identificó como factor de riesgo familiar un alto porcentaje en los antecedentes familiares de adicción y sobrepeso de igual forma se encontraron un alto porcentaje 75% como factor familiar cuando ambos padres laboran, de la misma forma se encontró como antecedente familiar cuando los padres están separados.”. Nuevamente concordando con el resultado ya que el 46.7% de sus familiares presenta sobre peso como antecedente familiar, los malos hábitos alimenticios, tanto por exceso (comidas ricas en grasas) las cuales conducen a una sobrepeso. Dándonos a entender que si en una familia de rasgos disfuncionales hay un miembro con sobre peso es un desencadenante de que el propio adolescente por el mismo antecedente pueda tener un sobre peso o producir lo contrario, en esta etapa de la vida los adolescentes son vulnerables y están más atentos a algún cambio físico y a los estándares de la moda.

Factor predisponente se considera a aquel condicionante que influye en un individuo puede ser de diversas naturalezas. Las psicopatologías alimentarias son producidas por múltiples factores entre ellos consideramos los personales, familiares y socioculturales importantes para que se de un trastorno alimenticio, como plantea Villardel y Toro en el año 1987.

La teoría que sustenta el estudio es la de Nola Pender la cual menciona que responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el

principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Como podemos observar, los factores predisponentes de los trastornos alimenticios en la dimensión personal se evidencia un resultado de 56.67% con media predisposición frente a un 21.66% con alta predisposición , en la dimensión familiar un 65% con media predisposición y 18.3% con resultado alto, para la dimensión sociocultural un 53.33% con resultado medio frente a un 25% alto, siendo este un resultado alarmante en las adolescentes, vulnerables como resultado de una combinación de factores que predisponen a un gran número de personas a psicopatologías alimentarias entre los que se encuentra prioritariamente los adolescentes.

Estos resultados son similares a los que analiza Parinango, Marilu, 2005 presento la tesis titulada “Niveles de conductas de riesgo hacia anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador”. Lima llegando a la siguiente conclusión: en cuanto a los niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa: la mayoría de escolares (54%) de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de alto y mediano riesgo; relacionados a la adopción de conductas psicoemocionales, personales, alimentarias, familiares y socioculturales de riesgo respectivamente; con una mayor adopción de conductas alimentarias de riesgo en escolares de 11 a 12 años mientras que en las de 13 y 14 años, la mayoría estuvo constituida por la adopción de conductas psicoemocionales de riesgo. Estos resultados se asemejan a los resultados dados de esta investigación ya que tanto en la investigación de Parinango Marilu y en la presente se vio como resultado que hay una alta y media predisposición lo cual es muy alarmante debido a que la aparición de estos factores están afectados produciendo en la adolescente mayor vulnerabilidad

El factor personal, hace que la persona tenga mayor vulnerabilidad en poseer un trastorno alimenticio.

La teoría que sustenta el estudio en esta dimensión es la de Virginia Henderson la cual plantea 14 necesidades entre ellas la alimentación y comunicación, esta teoría es congruente, debido que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas.

En el gráfico 2 se observa que los adolescentes en estudio, respecto a la dimensión personal. Se encuentra una mayoritaria y mediana predisposición en cuanto a todos los componentes de la dimensión personal. En la personalidad hay un 18.3% con alta predisposición y un 41.7% con mediana predisposición; en rasgos del carácter perfeccionista se evidencia un 18.3% con alta predisposición frente a un 40% con mediana predisposición; rasgos de depresión se muestra un 18.3% con alta predisposición, 36.7% con mediana predisposición; rasgos de ansiedad hay un 11.7% con alta predisposición, un 66.7% con mediana predisposición y finalmente riesgo a baja autoestima con un 15% con alta predisposición, 46.7% con mediana predisposición.

Parinango Marilu (2005) presento la tesis titulada “Niveles de conductas de riesgo hacia anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador.” Llego a la conclusión: Sobre los niveles de conductas personales de riesgo hacia la anorexia nerviosa: un porcentaje mayoritario de escolares (59%) presentaron niveles de alto y mediano riesgo, relacionados a la adopción de conductas personales; esto concuerda con los resultados de la investigación ya que también se evidencia un alto y mediano resultado concordando nuevamente con esta investigación.

Villardel y Toro (1987) indican que los rasgos del carácter, pueden ser uno de los que predisponen a la aparición de este tipo de trastorno, considerándolo como un factor de vulnerabilidad personal; entre los que destaca la perfección, responsabilidad y el qué dirán. Esto se relaciona con los resultados de la investigación donde hay una predisposición de media a alta con resultados mayoritarios en más de la mitad de las unidades de análisis.

Papalia, Wendkos y Duskin (2004) menciona que la frecuencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y que los jóvenes de 12 a 17 años han experimentado cuando menos un episodio de depresión mayor. Lo cual concuerda con nuestros resultados ya que hay un alto y mediano resultado de jóvenes que están predispuestos a tener depresión.

Coleman y Hendry (2003) indican que la ansiedad se empieza a diagnosticar a los 14 años y en algunos casos aún más temprano. La pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con más frecuencia. Si acabó la infancia, el adolescente empieza a ser cobrado por la familia y la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta y eso genera miedos en el joven. Influyen varios factores para que se desarrolle este trastorno que muchas veces se suele confundir con un estado pasajero. Los antecedentes genéticos; las características de su entorno, que incluye su ambiente social y sus familiares directos, su personalidad y su estado emocional que incluye sus circunstancias sus creencias y sus sentimientos, determinarán la aparición o no del trastorno. Lo cual tiene mucha relación con la investigación ya que se evidencia una media y alta predisposición en las adolescentes.

Carretero Chistina y Ojados Francisca (2008) presentaron la investigación titulada “Relación entre la presión social por la imagen corporal, la baja autoestima y la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de la

conducta alimentaria relacionados con el peso (anorexia y bulimia nerviosa) y sus consecuencias más alarmantes”. Llegando a la siguiente conclusión: alrededor del 75% de las estudiantes presentan un riesgo alto de padecer un trastorno del comportamiento alimentario, presentan niveles bajos de autoestima. Concordando nuevamente con los resultados, la autoestima es la imagen que tiene uno de sí mismo y que se ha ido conformando durante la infancia y adolescencia, a través de los mensajes recibidos por los más cercanos, padres y amigos, es en esta etapa donde cobran mayor importancia.

Los factores predisponentes son aquellos detonantes que producen en la persona mayor vulnerabilidad; es de origen multicausal y entre una de ellas encontramos al factor familiar, en este factor hacen referencia a ciertas características comunes en las familias de muchas personas que presentan estos trastornos.

La teoría que sustenta el estudio es la de Martha Rogers, enfermería debe dirigir a promover y fortalecer la conciencia e integridad de las personas redirigiendo las interacciones entre el hombre y su entorno con el objetivo de promover la salud.

En el gráfico 3, se observa que en los adolescentes en estudio, respecto a la dimensión familiar. Se encuentra una mayoritaria y mediana predisposición en cuanto a todos los componentes de la dimensión familiar, en la comunicación el 58.3% presenta una predisposición media y el 21.7% predisposición alta, respecto a las relaciones parentales el 61.7% predisposición media y 18.3% predisposición alta; según Villardel y Toro en el año (1987) dicen que es más probable que surja un problema de trastornos alimentarios en familias que tengan dificultades para comunicarse y que no saben solucionar sus conflictos en forma adecuada, sino a través de la angustia o culpabilización al mismo tiempo Hernández Mariamparo (2005)

también nos menciona en su investigación que la insuficiente comunicación y relaciones parenterales en las familias disfuncionales aumenta la posibilidad de que aparezcan trastornos alimenticios (anorexia y/o bulimia nerviosa) en adolescentes que cursan con estos problemas y no los pueden afrontar; lo cual concuerda que los resultados de la presente investigación ya que se evidencia una media a alta predisposición tanto en la comunicación como en relaciones personales dándonos a entender que las adolescentes están altamente dispuestas a presentar trastornos alimenticios por lo anteriormente planteado.

Así también se encontró que en la apariencia estética el 63.3% presenta una mediana predisposición y el 20% una alta predisposición, en los hábitos alimenticios el 65% presenta una mediana predisposición frente a un 23.3% con alta predisposición.

Bezan Nello y Dumont María (2006) presentaron la investigación titulada “Prevalencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de actividad física” llegando a la siguiente conclusión: El factor de riesgo más prevalente hallado fue la incomodidad con su propio cuerpo así también Aguilar, Berdejo y Celis (2009) presentaron la tesis titulada “Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de educación secundaria” llegando a la siguiente conclusión: Para las conductas de riesgo relacionadas con el comer y la satisfacción corporal se identificó que la escala de mayor riesgo es la insatisfacción corporal; lo cual concuerda con los resultados de la investigación ya que se evidencio un 63.3% con mediana predisposición a contraposición de un 20% con alta predisposición siendo este un resultado muy marcado ya que hay una mayor preocupación por la figura y por los temas de estética lo cual es transmitido por los padres a los hijos, repitiendo estos comportamientos posteriormente.

En los hábitos alimenticios según Villardel y Toro(1987) hacen referencia que los hábitos alimenticios por exceso las cuales conducen a un sobrepeso con la posterior necesidad de perderlo como sea y lo más antes posible; como por defecto, frecuentes dietas en la familia para mantener la estética corporal así también Rivera Diana (2007) en su investigación titulada “Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de Ugel N° 4 Comas” llegando a una de sus conclusiones: que la mayoría de escolares adolescentes presentan niveles de mediano a alto riesgo relacionadas con conductas alimentarias entre las que destacan la anorexia nerviosa. Esto concuerda con los resultados

Respecto a la sobreprotección encontramos un 56.7% con mediana predisposición frente a un 28.3% con alta predisposición, nuevamente mencionamos a Villardel y Toro ya que lo dicho por ellos confirma y justifica estos resultados; la sobreprotección hacia los hijos hace que aumente las dificultades en estos para resolver sus propios problemas o tomar decisiones por si solos, ya que cuando llega la etapa de la adolescencia esto los hace tener una mayor vulnerabilidad.

Finalmente como componentes de la defensión familiar, tenemos a la expresión con un 53.3% con mediana predisposición frente a un 23.3% con alta predisposición; consecuentemente a las burlas el 50% presenta una mediana predisposición y el 25% una alta predisposición. Villardel y toro mencionan que cuando no se facilita la expresión de los sentimientos sobre todo los negativos esto favorece a que los hijos los expresen de maneras menos sanas e indirectas, como a través de las comidas. A veces suele pasar que no se establecen normas y límites adecuados para la edad de los hijos, o bien que no les permite la autonomía necesaria para poder madurar.

Los factores predisponentes en la dimensión sociocultural, inducen a la enfermedad e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La

presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tienen un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

La teoría que sustenta el estudio es la de Martha Rogers, ya que menciona la interacción entre el hombre y su entorno.

En el gráfico 4 se evidencia que en el círculo de amigos hay un 55% con mediana predisposición y un 21.7% con alta predisposición, en publicidad el 55% presenta mediana predisposición frente a una 18.3% y finalmente en ciertas profesiones o deportes un 60% tiene una mediana predisposición a contraposición de un 20% con alta predisposición. Villardel y Toro (1987) mencionan que nadie duda que el aumento de estos trastornos estén relacionados a los aspectos sociales, como la presión continua y creciente por la delgadez, el culto a la imagen y falta de comidas familiares debido al ritmo actual de vida. Lo cual concuerda con los resultados de la presente investigación donde el entorno social (amigos) influye, encontrando de media a alta predisposición a padecer trastornos alimentarios.

Carretero Chistina y Ojados Francisca (2008) presentaron la investigación titulada “Relación entre la presión social por la imagen corporal, la baja autoestima y la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el peso (anorexia y bulimia nerviosa) y sus consecuencias más alarmantes. A todo esto se une la publicidad en la que las imágenes, fotografías de revistas de moda, reportajes y anuncios, nos muestran una multitud de factores a favor de la pérdida de peso, ciertas profesiones o deportes favorecen a la aparición de estos trastornos ya que son grupos de riesgo debido a que tienen un gran control sobre su peso. Esto justifica los resultados de la investigación. Llegando a la siguiente conclusión: el estudio realizado con 548 estudiantes de 10 a 17 años (de 5to

a 12 grado) se encontró que un 69% de ellas informaba que las fotografías de las revistas les influían en su idea de la figura corporal ideal y un 45% querían bajar de peso a causa de las imágenes. Concordando nuevamente con los resultados debido a que se encontró un 55% con mediana predisposición frente a una 18.3% con alta predisposición dándonos a entender que la publicidad promueve un ideal de belleza irreal y son, responsables de la aparición de trastornos alimenticios.

Bezan y Dumont (2006) presentaron la tesis titulada “Prevalencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de actividad física” dentro de las conclusiones destaca, que existen factores de riesgo asociados a trastornos alimenticios en un 54.1% y además el factor más prevalente, es el que indica la incomodidad con su propio cuerpo de las deportistas femeninas en un 41.2%. Lo cual tiene mucha relación con la investigación ya que se evidencia una disconformidad entre las alumnas con su cuerpo debido a que quieren bajar de peso por medio del deporte para poder verse bien o ser similar a un icono del deporte.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los datos del estudio evidencian que existe predisposición media a alta en los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en los adolescentes : siendo en lo personal de media a alta en un 56.67% y un 21.66% respectivamente; en lo familiar la predisposición encontrada fue de media a alta en un 65% y un 18.3%; finalmente en lo sociocultural se encuentra una predisposición media a alta en un 53.33% y 25% respectivamente.
- Se encontró que hay predisposición de media a alta en el componente personal dado por : la personalidad en un 41.7% y 18.3% , en los rasgos del carácter perfeccionista de media a alta en un 40% y 18.3%, en los rasgos de depresión de media a alta en un 36.7% y 18.3% ,en rasgos de ansiedad de media a alta en un 66.7% y 11.7%, finalmente en los rasgos de baja autoestima de media a alta en un 46.7% y 15% respectivamente.
- Se encontró que existe una predisposición de media a alta en lo referente al componente familiar sobre todo en adolescentes de familias disfuncionales monoparentales y extensas en un 13.3% y 23.4% respectivamente.
- También existe predisposición de media a alta en el componente familiar dado por : la comunicación en un

58.3% y 21.7% ;en las relaciones parenterales de media a alta en un 61.7% y 18.3 %; en la apariencia estética de media alta en un 63.3% y 20% , en los hábitos alimenticios de medio a alto en un 65% y 23.3% , en sobreprotección de medio a alto en un 56.7% y 28.3%, en expresión de media alta en un 53.3% y 23.3% y finalmente burla de media a alta en un 50% y 25% respectivamente.

- Existe una predisposición de media a alta en el elemento sociocultural dado por: el círculo de amigos en un 55% y 21.7%; en la publicidad de media a alta en un 55% y 18.3% y finalmente ciertas profesiones o deportes de medio a alto en un 60% y 20% respectivamente.

5.2. Recomendaciones

- **Para la Investigación**

Realizar estudios similares en otras instituciones educativas en adolescentes de ambos sexos.

Realizar un abordaje en alumnos de primaria de la misma institución educativa a fin de identificar una problemática latente en los niños y adolescentes.

- **Para la Institución**

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

Que la institución educativa coordine con entidades formadoras de profesionales de la salud la intervención a fin de que realicen talleres e intervenciones psicoeducativas en previsión de dichos trastornos.

- **Para la Profesión de Enfermería**

Los resultados sirvan para que los profesionales de la salud en especial enfermería aborden dicha problemática desde su espacio en los centros de salud

fomentando promoción de la salud y prevención de enfermedades en los adolescentes.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Carretero C, Ojados F. Cuando no gustarse hace enfermar 2008
Noviembre. [02 de enero 1012] Disponible en:
<http://www.fima.org/doc/Informe%20IMA%20Cuando%20no%20gustarse%20hace%20enfermar.pdf>

- (2) Kotzeba A, Millaret M, Kubesh N. Guía de Práctica Clínica
sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria 2009 Mayo. [12 de
Diciembre 2011] Disponible en :
http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09_vresum.pdf.

- (3) Gonzales F. Anorexia en Adolescentes 2010 Agosto. [20 febrero
2011] Disponible en:
<http://felipegonzalez.bligoo.com/anorexia-en-adolescentes>

- (4) Pomalima R. Casos de Anorexia y Bulimia se incrementaron en
un 20% en relación al año pasado. 2009 junio [20 julio 2010].
Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=7484&mes=6&anio=2009

- (5) Hernández M. Las influencias familiar y social en la anorexia y
la bulimia [tesis para licenciada]. México Servicio de
Publicación 2005.

- (6) Bezan N. y Dumont M. Prevalencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de actividad física. [tesis para licenciada] Argentina Servicio de Publicación 2006.
- (7) Harthey J. Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares. [tesis para licenciada] Perú servicio de Publicación, Pontificia Universidad Católica del Perú 1999.
- (8) Benites Á, Carrera L y Chavarry G. Actitud y factores de riesgo frente a trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en adolescentes. [tesis para licenciada] Perú servicio de Publicación, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2004.
- (9) Parinango M. Niveles de conductas de riesgo hacia anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador. [tesis para licenciada] Perú servicio de Publicación, Universidad Mayor de San Marcos 2005.
- (10) Rivera D. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas. [tesis para licenciada] Perú servicio de publicación, Universidad Mayor de San Marcos 2007.

- (11) Caballero L. Relación entre la auto percepción de la imagen corporal y hábitos de la alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria, de la institución educativa Teresa González de Funning. [tesis para licenciada] Perú servicio de publicación, Universidad Mayor de San Marcos 2008.
- (12) Rodríguez L. Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. [tesis para licenciada] Perú servicio de publicación, Pontificia Universidad Católica del Perú 2008.
- (13) Aguilar S, Berdejo L. y Celis R. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de educación secundaria. [tesis para licenciada] Perú servicio de publicación, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2009.
- (14) Lazo Z, Machaca S. y Rojas R. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en una institución educativa.
[Tesis para licenciada] Perú servicio de publicación, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2009.

- (15) Bulimia, Anorexia y otros hábitos Alimenticios que llevan al desarrollo de Enfermedades graves y hasta la muerte. Abril 2009 [11 de noviembre] Barcelona. Disponible en:
<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/mentales/718617.html>
- (16) Joana Fornes Vives. Enfermería de salud mental y psiquiatría, panamericana, Madrid – España, 2005
- (17) Loise Rebraca Shives, MSN, ARNP, CNS. Enfermería psiquiatría en salud mental: conceptos básicos, McGraw – Hill, Barcelona – España, 2007.
- (18) Guía Juvenil La Adolescencia 2009 junio. Barcelona [28 diciembre] Disponible en:
guiajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm
- (19) La Adolescencia: Sus características Fisiológicas y Psicológicas 2009 julio. Barcelona [17 de diciembre] Disponible en:
www.ilustrados.com/.../EEkFyuVAEFxQZuhwFO.ph
- (20) Marriner – Tomey, Ph. D., R. N., F.A.A.N. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ra ed. Madrid 1997.

(21) Ansiedad en la adolescencia 2008 marzo [20 de octubre]

Disponible en :

<http://www.mundopsicologia.es/adolescentes/adolescentes-conducta/ansiedad>

(22) Papalia, Wendkos y Duskin, Depresión en el Adolescente 2sa edi. Madrid 2004.

(23) La Familia. 2009 noviembre [29 de enero] España Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/5398126/TIPOS-DE-FAMILIA>

(24) OMS, La Adolescencia [9 de junio] Disponible en:

<http://www.who.int/es/>

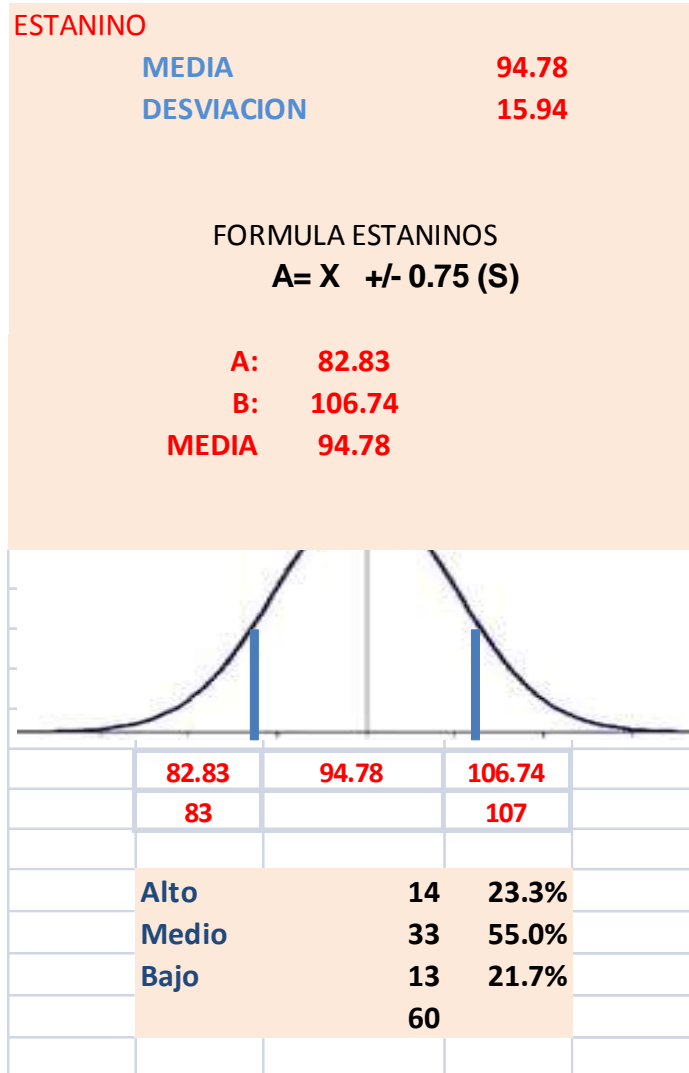
(25) Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería, México servicio de publicación Universidad del Cuaca 2002.

ANEXOS

ANEXO J

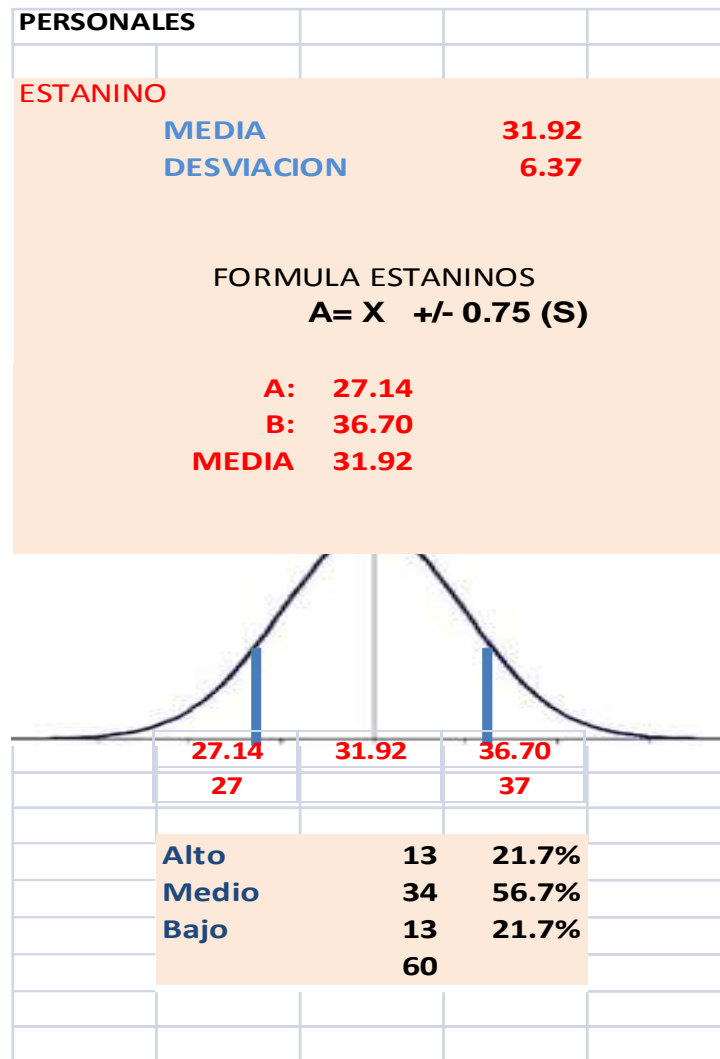
Escala de medición del valor final de la variable (General)

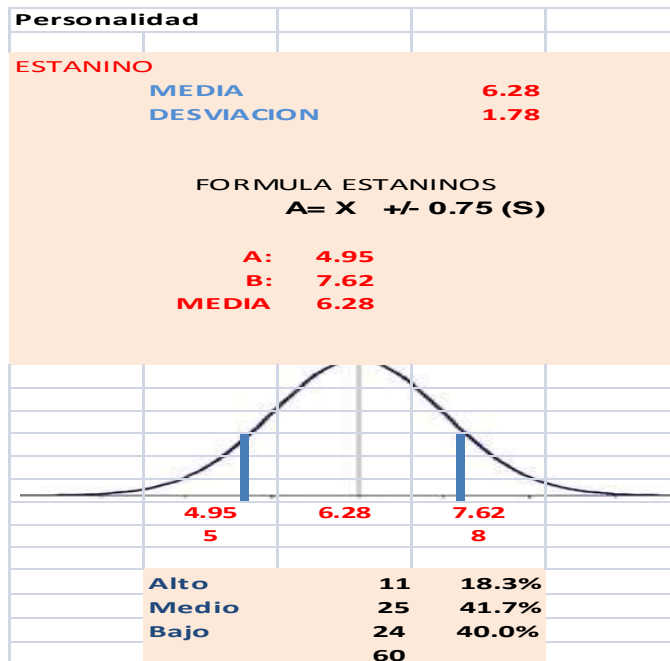
FACTORES PREDISPONENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTACION EN ADOLESCENTES



ANEXO K

Escala de medición del valor final de la variable por Dimensiones





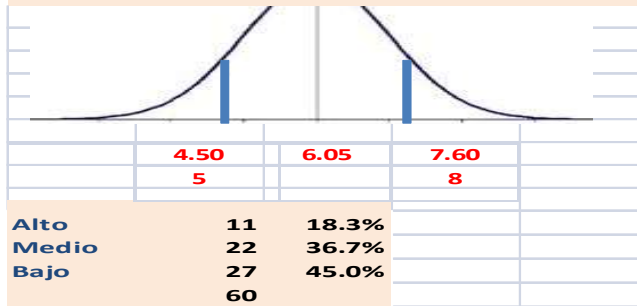
RASGOS DE DEPRESION

ESTANINO

MEDIA 6.05
DESVIACION 2.06

FORMULA ESTANINOS
A= X +/- 0.75 (S)

A: 4.50
B: 7.60
MEDIA 6.05



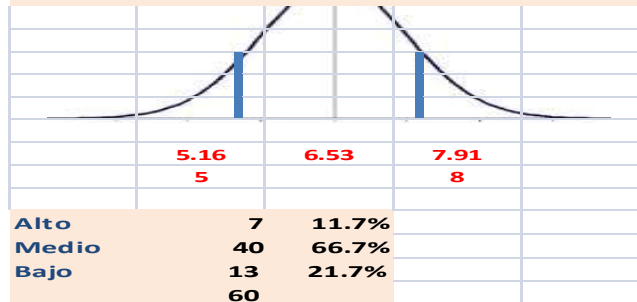
RASGOS DE ANSIEDAD

ESTANINO

MEDIA 6.53
DESVIACION 1.84

FORMULA ESTANINOS
A= X +/- 0.75 (S)

A: 5.16
B: 7.91
MEDIA 6.53



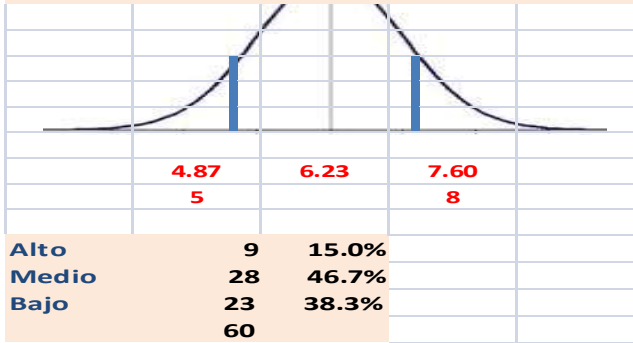
RASGOS DE BAJA AUTOESTIMA

ESTANINO

MEDIA 6.23
DESVIACION 1.82

FORMULA ESTANINOS
A= X +/- 0.75 (S)

A: 4.87
B: 7.60
MEDIA 6.23



FAMILIARES			

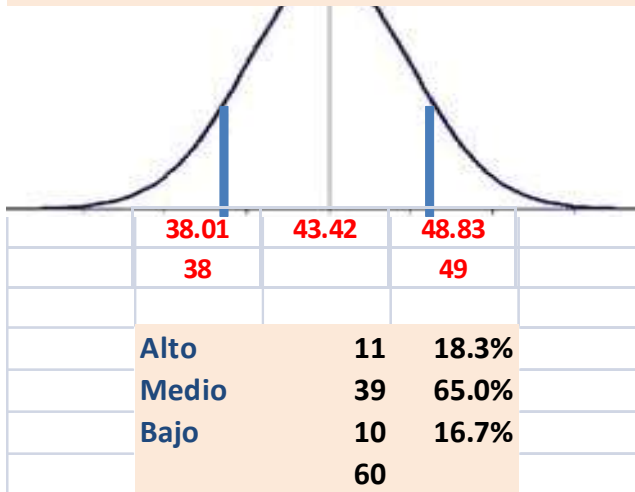
ESTANINO

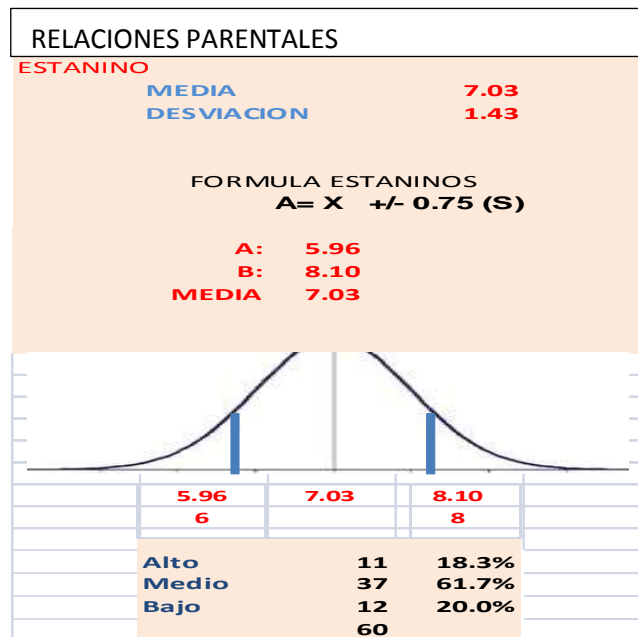
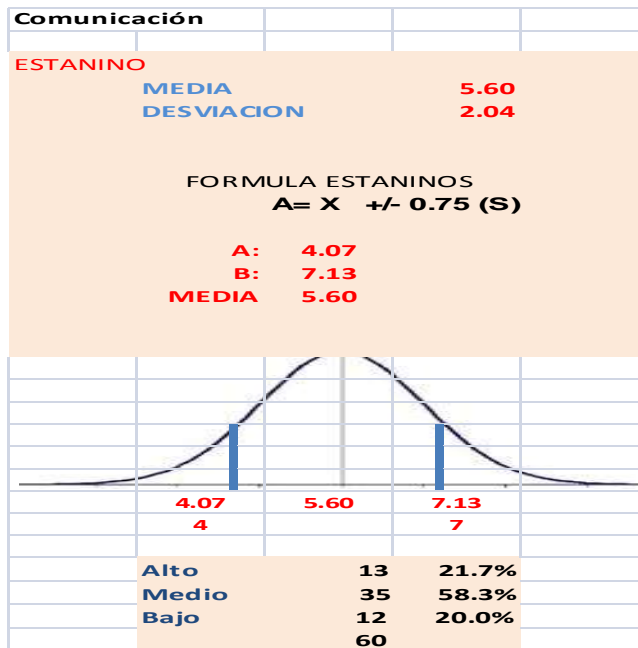
MEDIA 43.42

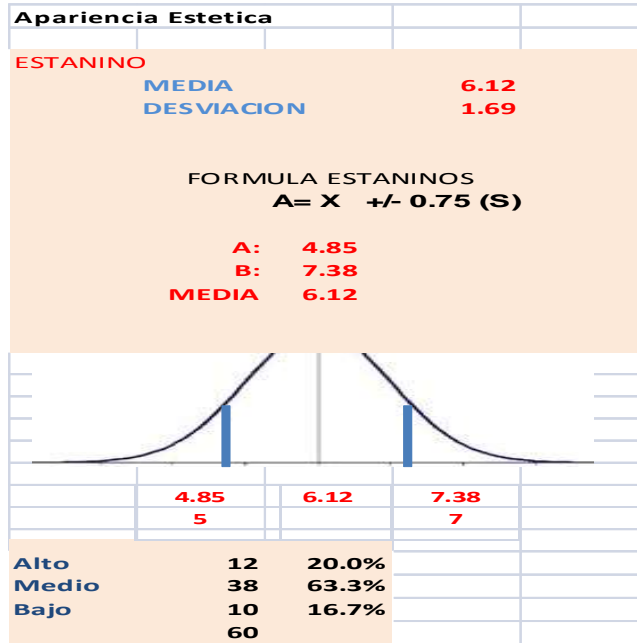
DESVIACION 7.21

FORMULA ESTANINOS
A= X +/- 0.75 (S)

A: 38.01
B: 48.83
MEDIA 43.42







Sobreproteccion		
ESTANINO		
MEDIA		6.83
DESVIACION		1.96
FORMULA ESTANINOS A= X +/- 0.75 (S)		
A:	5.36	
B:	8.30	
MEDIA	6.83	
	5.36	6.83
	5	8
Alto	17	28.3%
Medio	34	56.7%
Bajo	9	15.0%
	60	

Expresion		
ESTANINO		
MEDIA		6.02
DESVIACION		1.83
FORMULA ESTANINOS A= X +/- 0.75 (S)		
A:	4.65	
B:	7.39	
MEDIA	6.02	
	4.65	6.02
	5	7
Alto	14	23.3%
Medio	32	53.3%
Bajo	14	23.3%
	60	

SOCIOCULTURALES			
------------------------	--	--	--

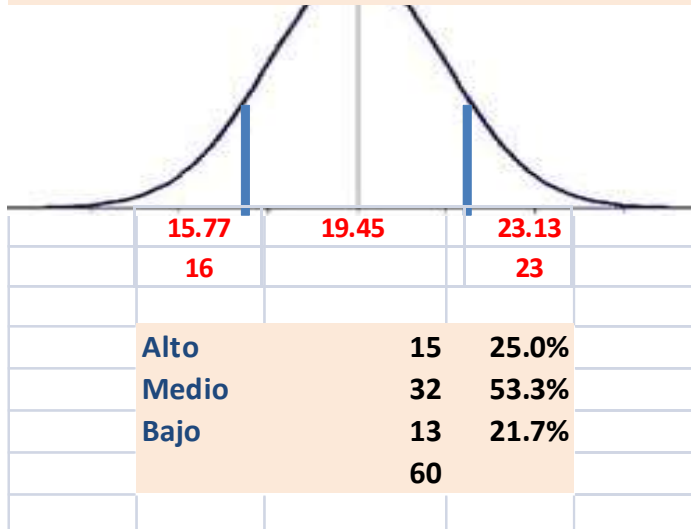
ESTANINO

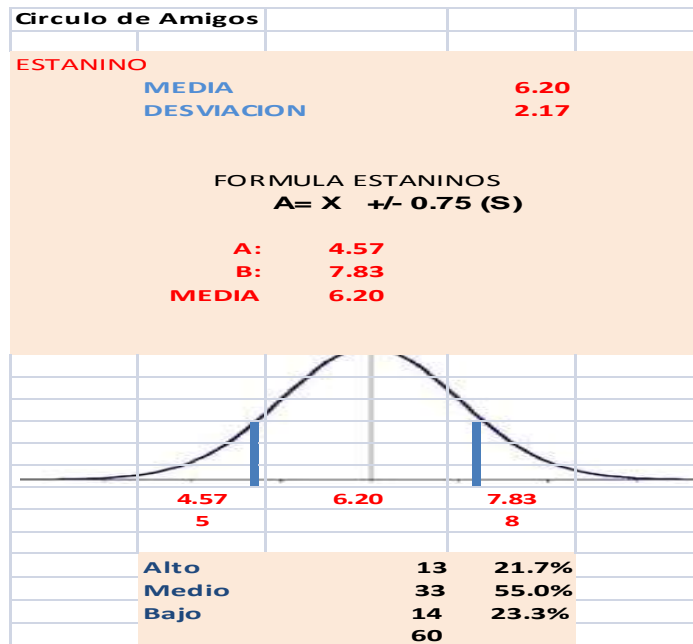
MEDIA 19.45


DESVIACION 4.91

FORMULA ESTANINOS
A= X +/- 0.75 (S)

A: 15.77
B: 23.13
MEDIA 19.45





Ciertas Profesiones o Deportes			
ESTANINO			
	MEDIA	6.83	
	DESVIACION	1.70	
FORMULA ESTANINOS			
A= X +/- 0.75 (S)			
	A:	5.56	
	B:	8.11	
	MEDIA	6.83	
			
	5.56	6.83	8.11
	6		8
Alto	12	20.0%	
Medio	36	60.0%	
Bajo	12	20.0%	
	60		

ANEXO L

Hoja de Frecuencia y Porcentaje

N°	Ítems	Siem pre	A Veces	Nunca
----	-------	-------------	------------	-------

PERSONALES

Personalidad

1	te gusta estar sola	43.3%	46.7%	10.0%
2	Te sientes entusiasmada cada día.	28.3%	40.0%	31.7%
3	logras todo lo que te propones	38.3%	31.7%	30.0%

Rasgos del Carácter

4	Te gusta que las cosas te salgan a la perfección.	75.0%	16.7%	8.3%
5	Asumes con responsabilidad cualquier evento adverso.	35.0%	40.0%	25.0%
6	Te preocupa lo que dicen los demás de ti.	51.7%	21.7%	26.7%

Depresión

7	Te entristeces sin motivo alguno	43.3%	25.0%	31.7%
8	Te desanimas cuando subes de peso.	55.0%	11.7%	33.3%
9	Lloras sin motivo alguno.	25.0%	21.7%	53.3%

Ansiedad

10	Te molesta que te llamen para comer	31.7%	18.3%	50.0%
11	Te genera preocupación subir de peso.	65.0%	8.3%	26.7%
12	Te preocupa tu contextura física.	56.7%	20.0%	23.3%

Autoestima

13	Te sientes conforme con tu contextura física.	28.3%	20.0%	51.7%
14	Te aceptas tal y como eres.	41.7%	11.7%	46.7%
15	La imagen que proyectas es importante para tener éxito.	33.3%	28.3%	38.3%

FAMILIARES

Comunicación

16	La comunicación con sus padres es fluida.	41.7%	35.0%	23.3%
----	---	-------	-------	-------

17	Crees que tus padres te prestan atención cuando expresas tus ideas/temores y dudas	45.0%	13.3%	41.7%
18	La comunicación con otros miembros de tu familia es fluida.	48.3%	21.7%	30.0%
Relaciones Personales				
19	Tu mama/padre te controla.	81.7%	13.3%	5.0%
20	Existen conflictos entre tú y tu madre.	70.0%	16.7%	13.3%
21	Le cuantas a tu madre tus problemas.	55.0%	20.0%	25.0%
Apariencia Estética				
22	Tus padres se preocupan por cuidar su contextura física.	38.3%	35.0%	26.7%
23	Tus familiares realizan diferentes dietas.	25.0%	36.7%	38.3%
24	Tus padres / hermanos se fijan en tu contextura física.	45.0%	23.3%	31.7%
Hábitos Alimenticios				
25	Tu familia disminuye la cantidad de comida con la intención de bajar de peso.	33.3%	16.7%	50.0%
26	Tus padres te obligan a realizar algún tipo de dieta.	35.0%	10.0%	55.0%
27	Tus padres se fijan que es lo que comes.	65.0%	18.3%	16.7%
Sobreprotección				
28	Tus padres se involucran en Tu vida diaria	61.7%	18.3%	20.0%
29	Sueles discutir con tus padres en relación a tu alimentación.	43.3%	18.3%	38.3%
30	Tu familia toma decisiones por ti	60.0%	16.7%	23.3%
Expresión				
31	Expresas a tus padres lo que piensas y sientes	31.7%	31.7%	36.7%
32	Expresas a tu familia (hermano, primos o abuelos) lo que piensas y sientes	38.3%	30.0%	31.7%
33	Refieres a tus padres las comidas que no deseas comer.	36.7%	23.3%	40.0%
Burla				
34	Has sido objeto de burla por parte de tus padres	28.3%	13.3%	58.3%
35	Has sido objeto de burlas por parte de otros familiares.	40.0%	10.0%	50.0%
36	Piensas que las personas gordas son objeto de burlas.	53.3%	3.3%	43.3%

SOCIOCULTURALES

Circulo de Amigos

37	Tus amigos te presionan en cuanto a tu aspecto físico para verte delgada.	38.3%	16.7%	45.0%
38	En tu salón hay preferencia hacia las personas delgadas/atléticas.	58.3%	16.7%	25.0%
39	Tus amigos influyen en ti para verte delgada.	41.7%	10.0%	48.3%

Publicidad

40	Lees revistas de belleza, moda, estética, ejercicios y espectáculos.	50.0%	30.0%	20.0%
41	Te gustaría ser delgada como las modelos de la tv.	50.0%	18.3%	31.7%
42	Usas cremas y maquinas reductoras de peso para mejorar tu figura y mantenerte delgada a tu edad.	40.0%	13.3%	46.7%

Ciertas Profesiones o Deportes

43	Haces ejercicio a diario.	38.3%	41.7%	20.0%
44	Haces ejercicios con la intención de bajar de peso.	60.0%	18.3%	21.7%
45	Creer que las modelos o gimnastas son ejemplos de buena salud.	55.0%	16.7%	28.3%