



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la
Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo
Comas - 2016

PRESENTADO POR

Cárdenas Ramos, Stefany Liseth
Ruíz Gómez, Raquel Gaudencia
Sedamanos Becerril, Mery Lis

ASESOR

Bernuy Mayta, Martín Alejandro

Los Olivos, 2018



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**RIESGO A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “ESTHER
FESTINI DE RAMOS OCAMPO”
COMAS – 2016**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:
CÁRDENAS RAMOS, STEFANY LISETH
RUÍZ GÓMEZ, RAQUEL GAUDENCIA
SEDAMANOS BECERRIL, MERY LIS

ASESOR:
BERNUY MAYTA, MARTÍN ALEJANDRO

**LIMA – PERÚ
2018**

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
Presidente

Mg. María del Pilar Balladares Chávez
Secretario

MC. Iván Carlos Ciriaco Guzmán
Vocal

Mg. Martín Alejandro Bernuy Mayta
Asesor

**RIESGO A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “ESTHER
FESTINI DE RAMOS OCAMPO”
COMAS – 2016**

Dedicatoria

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar con éxito la investigación y, a nuestras familias por estar a nuestro lado de manera incondicional.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	17
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	20
2.1.1 El distrito de Comas.....	20
2.1.2 Reseña histórica de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”	21
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2.1 Internacional.....	22
2.2.2 Nacional.....	23
2.3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	25
2.3.1 Adolescencia	25
2.3.2 Trastornos de la conducta alimentaria.....	30
2.3.3 Rol del profesional de enfermería.....	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	46
3.1 TIPO - DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	47

3.2.1 Criterios de Inclusión	49
3.2.2 Criterios de exclusión:	49
3.3 VARIABLE	50
3.3.1 Definición conceptual.....	50
3.3.2 Definición operacional	50
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
3.5.1. Fase 1: Autorización para recolección de datos	51
3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos.....	52
3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento	52
3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	52
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	52
3.7.1 Principio de Autonomía.....	52
3.7.2 Principio de Beneficencia	53
3.7.3 Principio de No Maleficencia	53
3.7.4 Principio de Justicia	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
4.1. RESULTADOS.....	55
4.2 DISCUSIÓN.....	59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1 CONCLUSIONES	62
5.2 RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	69

Índice de Gráficos

- Gráfico 1.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini 55
- Gráfico 2.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión dieta en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016..... 56
- Gráfico 3.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión bulimia y preocupación por la comida 57
- Gráfico 4.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión control oral en adolescentes de la Institución Educativa 58

Índice de Tablas

- Tabla 1.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la institución educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016 77
- Tabla 2.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión dieta en adolescentes de la Institución Educativa 77
- Tabla 3.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión bulimia y preocupación por la comida en 78
- Tabla 4.** Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión control oral en adolescentes de la Institución 78

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	70
Anexo B. Cuestionario de riesgo a trastornos de la conducta alimentaria	71
Anexo C. Forma de calificación del instrumento	72
Anexo D. Carta de presentación	73
Anexo E. Autorización para la recolección de información	74
Anexo F. Consentimiento informado	75
Anexo G. Asentimiento informado.....	76

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo.

Material y método: El tipo de estudio es cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo y de corte transversal. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el cuestionario EAT-26 modificado, el cual ha sido validado y confiabilizado por Palpan J, Jiménez C, Garay J y Jiménez V, que tiene como objetivo identificar el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria. **Resultados:**

Se encontró que existe el riesgo a Trastornos de la Conducta Alimentaria en un 21.7% de adolescentes; en la dimensión “dieta” se presentó un riesgo del 29.5 %, “bulimia y preocupación por la comida” un 11.1 % y en la dimensión “control oral” 24.9%. **Conclusiones:** En el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria predominó el valor final normal, la dimensión “dieta” es la que presentó mayor porcentaje de riesgo y la dimensión “bulimia y preocupación por la comida” fue la dimensión con menor riesgo, aproximadamente la cuarta parte de la población encuestada presenta riesgo en la dimensión “control oral”.

Palabras clave: Riesgo, adolescente, factores asociados, trastorno de la conducta alimentaria.

Abstract

Objective: To determine the risk of eating disorders in adolescents of the Esther Festini Educational Institution of Ramos Ocampo.

Material and method: The type of study is quantitative, not experimental, descriptive and cross-sectional design. The data collection instrument used was the modified EAT-26 questionnaire, which has been validated and validated by Palpan J, Jiménez C, Garay J and Jiménez V, which aims to identify the risk of eating disorders. **Results:** It was found that there is a risk to Eating Disorders in 21.7% of adolescents, in the dimension "diet" there was a risk of 29.5%, "bulimia and concern for food" 11.1% and in the dimension "Oral control" 24.9%.

Conclusions: The risk to disorders of the alimentary behavior prevailed the normal final value, the dimension "diet" is the one that presented greater percentage of risk, the dimension "bulimia and concern for food" was the dimension with the lowest risk, approximately the fourth part of the surveyed population presents risk in the "oral control" dimension.

Key words: Risk, adolescent, associated factors, eating behavior disorder.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psiquiátricas que se caracterizan por la alteración de la conducta ante la ingesta de alimentos o comportamientos obsesivos sobre el control del peso. Afectan por lo general a adolescentes del sexo femenino, siendo las patologías más frecuentes la Anorexia y Bulimia.

El profesional de enfermería tiene el manejo integral del paciente, a nivel familiar y comunitario. Desempeña un rol muy importante dentro del equipo de salud, con el fin de implementar medidas preventivas en la población adolescente, siendo el grupo de mayor riesgo a presentar este tipo de trastornos.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Fue realizada en una población de mujeres; ya que según estudios realizados a nivel mundial, muestran que es el grupo más vulnerable a desarrollar estos trastornos.

El trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema: planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del estudio. Capítulo II: Marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación, marco teórico conceptual. Capítulo III: Metodología: Tipo - diseño de estudio, población, muestra y muestreo, variable, técnicas e instrumento de recolección de datos, proceso de recolección de datos, técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos, aspectos éticos. Capítulo IV: Resultados y discusión. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y anexos.

Las autoras.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En su inicio la adolescencia está marcada por cambios físicos que se tienen bajo el concepto de la pubertad. A la vez generan cambios neuroendocrinológicos que conllevan a modificaciones corporales, y culminará con la formación del cuerpo adulto. Cuando el cuerpo del adolescente va cambiando durante su desarrollo, éste puede experimentar negación ocasionando que se aferre a su cuerpo y a los logros de su niñez. Para controlar estos nuevos cambios, los adolescentes buscan realizar actividades deportivas que le permitan mantener el control de su cuerpo (1).

El adolescente se siente extraño a los cambios físicos que su cuerpo está experimentando, pues este es indiferente a su autonomía y autocontrol. El cuerpo provee nuevas modificaciones visibles que hacen, que en el proceso de adaptación se puedan producir trastornos de la conducta alimentaria.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), forman parte de las enfermedades psiquiátricas, que se identifica especialmente por utilizar prácticas incorrectas en ingesta de alimentos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales muestra dos diagnósticos específicos, la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa. La anorexia y la bulimia nerviosa se caracterizan, por realizar malas prácticas alimenticias que dañan el estado emocional, psicosocial y físico del adolescente al presentar comportamientos que pueden generar daño en la homeostasis del cuerpo, y por tener una idea obsesiva de la delgadez (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica a los TCA como uno de los prioritarios entre las enfermedades mentales en niños y adolescentes. Ya que, en esta etapa al estar en constante desarrollo implica un gran riesgo para su salud. La prevalencia de Bulimia está entre 1 y 2% en jóvenes del sexo femenino, siendo el rango de edad en la que se manifiesta los 15,7 y 18,1 años (3).

La adolescencia es una etapa que alberga al grupo más vulnerable, ya que predominan grandes cambios como; psicológicos, biológicos, físicos y sociales. Por lo que el adolescente en el proceso de adaptación está expuesto a diversos riesgos tales como: Adquirir trastornos de la conducta alimentaria, entre los más comunes están: La anorexia y la bulimia.

La anorexia y la bulimia comparten síntomas similares; pues el adolescente no se sentirá satisfecho con su figura, lo que va influir en la sobrevaloración de la imagen corporal, preocupación excesiva por la comida que ingiere, control riguroso del peso y por ende el uso de prácticas nada saludables para tener mayor dominio sobre su peso y reducirlo. Estas medidas drásticas conducirán al adolescente a un considerable deterioro de su salud física y psicosocial. Muchas veces estos trastornos llegan a convertirse en problemas crónicos, a tal punto que el paciente muere por complicaciones médicas y el suicidio (3).

La realidad observada en las instituciones educativas hace evidente la preocupación constante en las escolares sobre su aspecto físico. Muchas de ellas están pendientes de su apariencia o de la forma de cómo le queda la ropa que está de moda. Estas conductas pueden estar influyendo en la prevalencia de los TCA durante esta etapa de vida.

A más factores de riesgo, mayor será la probabilidad que el adolescente llegue a desarrollar o padecer trastornos de la conducta alimentaria. Entre ellos se encuentran factores psicológicos, biológicos, familiares y sociales. En los factores psicológicos encontramos autoestima baja en los adolescentes que padecen estos trastornos; incrementándose la preocupación por su aspecto físico, con la finalidad de sentirse más seguro, usándolo como una vía para afirmar su personalidad (4).

El factor biológico es el más común, ya que la figura corporal del adolescente tiene muchos cambios; sin embargo en algunos casos llegan a adaptarse a su nueva figura mientras, que en otros puede generar el rechazo y a la vez a preocupación excesiva por dicha evolución (4).

En la adquisición de los trastornos de la conducta alimentaria los factores juegan un gran papel, ya que a mayores factores presentes en la vida del adolescente mayor será la probabilidad de adquirir éste trastorno.

Desde el punto de vista social, la delgadez es tomada como sinónimo de triunfo, seguridad y belleza. Se cree erróneamente que el ser delgado es ser aceptado por la sociedad. Muchas adolescentes piensan que es imposible tener una buena autoestima si no alcanzan la delgadez (4).

Durante la etapa de cambios en el cuerpo del adolescente, es muy importante reforzar el factor familiar positivo, de esto dependerá su estabilidad emocional. Diversas situaciones externas pueden aumentar la probabilidad de riesgo a desarrollar éste trastorno.

Los factores negativos de la familia como la violencia, pueden conllevar al riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. También influye el estilo particular de los padres al aplicar normas conductuales y las formas como resuelven los problemas. Es común que una familia bien constituida con un ambiente tranquilo y una convivencia armónica, contribuye a la formación emocional equilibrada del adolescente (4).

La influencia de la familia en la formación de valores, autoestima y resiliencia son de vital importancia para una etapa de muchos cambios emocionales, como es la adolescencia.

Existen estudios en Argentina que mencionan que los trastornos de alimentación se presentan 3 veces más, que los de Estados Unidos y el 8% de las adolescentes de Argentina tiene Anorexia y Bulimia, por otro lado, el 2% de los varones experimentan los mismos trastornos (5).

Martínez, realizó una investigación en Lima (Perú), en la que encontró 351 casos (16.4%), de ellos 62 casos (2.9%) manifestaron dos o más diagnósticos de TCA. Encontró un predominio del “yo dieting” (yo dieta) en los adolescentes; así mismo la alta prevalencia de la bulimia y de las conductas “binge eating” (atracción). Por otro lado, se evidencia la anorexia solo en 31 casos, de estos sólo 9 tienen anorexia pura (6).

Yuri Cutipé Cárdenas, director general de Salud Mental del Ministerio de Salud informó que en el 2013, alcanzaron un total de 2 258 casos de trastornos de la conducta alimentaria. De éstos, 743 presentaron anorexia y 395 bulimia. Mientras que en el 2014 se han evidenciado 1 062 casos de trastornos alimenticios en general (7).

El Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el año 2008, evidenció la presencia de 332 casos atendidos; ubicándose esta enfermedad en el sexto puesto de diagnósticos más frecuentes. Además, estos resultados demostraron que a medida que pasa el tiempo este tipo de trastornos se han incrementado en niños y adolescentes (8).

Las autoridades de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo han presentado casos de Anorexia y Bulimia en ex alumnas, quienes recibieron tratamiento en instituciones de salud mental especializadas.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, Comas –2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, Comas –2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión dieta en adolescentes de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, Comas –2016.
- Identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión Bulimia y preocupación por la comida en adolescentes de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, Comas –2016.
- Identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión control oral en adolescentes de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, Comas –2016.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad, la sociedad ha impuesto a la delgadez como símbolo de belleza, los más afectados son los adolescentes. Debido que en esta etapa, hay demasiados cambios físicos y psicológicos, que muchas veces los llevan a cuestionar su apariencia.

Los adolescentes van a buscar encajar en la sociedad como dé lugar, buscando el ideal del cuerpo perfecto. Muchas veces adquieren costumbres alimenticias no saludables como: El uso de dietas estrictas, diuréticos, laxantes, ejercicios excesivos, etc., que pueden ocasionar trastornos de la conducta alimentaria.

En nuestro país, los establecimientos que brindan atención de salud mental son insuficientes y la cantidad de profesionales con especialización en salud mental y psiquiatría son insuficientes. Lamentablemente, en el primer nivel de atención no contamos con un equipo de profesionales capacitados para brindar una correcta promoción y prevención, lo que implica que pocos adolescentes reciban información necesaria y precisa.

La enfermera tiene un rol muy importante en el primer nivel de atención, debido a su formación como educadora en temas de salud. Su finalidad es evitar la enfermedad mediante la prevención y promover estilos de vida saludables.

En el Perú, hay pocos estudios sobre el riesgo de contraer algún trastorno de la conducta alimentaria. Al finalizar el trabajo de investigación, se darán a conocer los resultados de las autoridades de salud, de la jurisdicción, representantes del colegio y padres de familia; para que puedan tomar las medidas necesarias de prevención en el hogar y la escuela, reflejando en un tiempo la disminución de la probabilidad de enfermedades.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 El distrito de Comas

A. Reseña histórica

En el año 1954, el distrito de Comas inicio su población con aproximadamente 60 familias, que se apropiaron de las entonces llamadas Pampas de Comas. Desde ese entonces transcurría el año 1958, cuando un elevado número de personas invadieron parte de los cerros, en los que se podía observar numerosas casas precarias con material de estera y en la cima del terreno invadido se encontraba la bandera del Perú.

Estas personas que invadieron realizaron diversas gestiones. Hasta que el 16 de abril de 1960 presentaron un memorial con diez mil firmas al ejecutivo y Parlamento Nacional, solicitando la creación del distrito de Comas. Desde entonces recién en noviembre de 1961 fue reconocido como distrito.

El 12 de diciembre de 1961 se publicó en el diario oficial “El Peruano” la ley número 13757 que crea el distrito de Comas, cuya fecha desde entonces hasta la actualidad es considerada el aniversario del distrito.

El distrito se ha dividido en 14 zonas, con el objetivo que los ciudadanos participen, por lo que eligieron en cada zona un consejo de gobierno, como forma de colaboración en la gestión de gobierno local establecido por Ordenanza Municipal N° 018-99-C/MC (9).

B. Límites

Norte: Puente Piedra y Carabayllo.

Sur: Los Olivos e Independencia.

Oeste: Océano Pacífico y Callao.

Este: San Juan de Lurigancho (9).

C. Población y caracterización del distrito de Comas

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática refiere que el distrito de Comas tiene una población de 522 760 (10).

El distrito de Comas tiene grandes cantidades de centros comerciales como: La Pascana, el Mall Real Plaza, y la avenida Pro en el límite con el distrito de Los Olivos. Comas viene creciendo gradualmente en el ámbito comercial en Lima Norte (11).

2.1.2 Reseña histórica de la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”

El 1° de Abril de 1962, se abrieron las puertas de un nuevo colegio en Comas, que nacía con el afán de ayudar a la juventud, ese fue el Colegio Municipal Mixto.

El plantel fue fundado por un grupo de profesoras y estudiantes sanmarquinos, y por iniciativa del entonces Alcalde Solís Benito. Dicho plantel fue dirigido por el dinámico profesor Dr. Esteban Ocampo Rodríguez. El colegio contaba con 90 alumnos entre varones y niñas con las secciones de 1°, 2° y 3er año.

Debido a la precaria situación de los padres de familia y del Consejo Municipal de Comas, el colegio funcionó en el local de baños públicos y en un solo salón dividido por pizarras. Hubo un pequeño desacuerdo entre padres de familia y miembros del consejo debido a que no pagaban a los profesores.

En una sesión solemne entre los profesores y los padres de las adolescentes, dirigidos por el Dr. Ocampo, decidieron transformar el Colegio Municipal en Colegio Cooperativo Mixto y separarlo de la

Municipalidad; siendo la junta directiva mixta, es decir integrada por profesores y padres de familia.

El Ministerio de Educación dirigido por el Vice-Almirante Franklin Pease Olivera, hizo realidad el Colegio y le otorgó valor oficial por medio de la R.M N° 14652 del 16 de Julio de 1962.

Después de muchas gestiones y cambio de directores en el año 1964, a partir del 1° de Abril, el colegio se nacionalizó en forma completa de acuerdo a la R.S. N°525, expedida el 23 de octubre de 1963.

El plantel pasó a ser Colegio Nacional Experimental a partir del 1° de Marzo de 1965, por R.M. N° 5761 expedida el 12 de Noviembre de 1964 (12).

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacional

Morales A. y Yépez V, en Ecuador, en el año 2012 realizaron un estudio sobre “Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del Instituto “República del Ecuador” situado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, en el período septiembre 2011 – octubre 2012”, el objetivo fue evaluar las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años, estuvo conformada por 1130 estudiantes con edades están comprendidas entre 12 y 18 años. El método y diseño fue lógico inductivo, cualitativo. El instrumento empleado fue el cuestionario del “Test de Actitudes Alimentarias” y la técnica utilizada la encuesta.

Concluyeron:

El grupo de adolescentes más vulnerable a desarrollar Anorexia

es el sexo femenino. Los diversos cambios en su entorno pueden provocar ciertas conductas de riesgo, incitando la preocupación extrema por la alimentación y su aspecto físico (13).

Gili R, Otero J, Sandoval I, Ascaino L, Leal M, Olmedo E y Viglione L, en Argentina, en el año 2015, realizaron un estudio sobre “Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina”, el objetivo fue identificar la prevalencia de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de 1º a 5º año de la carrera de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina, el cual estuvo conformada por 414 alumnos que accedieron a contestar las encuestas en su totalidad. El método y diseño fue descriptivo, retrospectivo y transversal. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado fue el cuestionario “EAT-26”.

Concluyeron:

El riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria depende significativamente de la universidad que proviene el alumno, también encontramos asociación estadística entre el IMC y TCA. Más no existe asociación entre la edad y el año que cursan los estudiantes (14).

2.2.2 Nacional

Miranda L, en Lima - Perú en el año 2016, realizó un estudio sobre “Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-César Vallejo en enero del 2016”, el objetivo fue describir la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la academia, señalar los posibles factores asociados y evaluar la consistencia interna del instrumento. La población se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo 462 participantes. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La

técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado fue el cuestionario “EAT-26”.

Concluyeron:

El riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes, se mantiene dentro de los valores ya reportados. El grupo con mayor vulnerabilidad a padecer dichos trastornos son los del sexo femenino, siendo la edad promedio 17 años (15).

Díaz C y Molina C, en Lima - Perú en el año 2014, realizó un estudio sobre “Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de Los Olivos - 2013”, el objetivo fue determinar las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada, durante el tercer trimestre- 2013. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 150 adolescentes de la Institución Educativa Privada y 176 adolescentes de la Institución Educativa Pública. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado fue el cuestionario “EAT-40” (16).

Concluyeron:

La población de mayor riesgo fueron los adolescentes de la institución educativa pública. En ambas instituciones los estudiantes que forman parte de una familia monoparental y extensa; obtuvieron un alto riesgo de padecer dichos trastornos. La dimensión con mayor riesgo en ambas instituciones fue el de control oral (16).

2.3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.3.1 Adolescencia

A. Concepto

La adolescencia comprende el periodo entre 10 y 19 años, es una compleja etapa de la vida. Define el paso de la infancia a la adultez, en la cual se producen diversos cambios de ámbito intelectual, físico, psicológico, social y biológico (17).

Uno por cada seis personas a nivel mundial es un adolescente, lo que indicaría que 1200 millones de personas están comprendidas entre las edades 10 y 19 años, según la Organización Mundial de la Salud (18).

El periodo que pasa desde la niñez a la etapa adulta se denomina adolescencia. Siendo una fase de grandes cambios a nivel fisiológico, cognitivo y psicosocial, que varía según los cambios hormonales y socioambientales (19).

La adolescencia es una etapa de aprendizaje que se alarga en el tiempo, para que puedan adquirir grandes conocimientos y tácticas y lograr hacerle frente a la hora de llegar a la edad adulta. Esto es resultado de la modernidad y sociedad que generó la posibilidad de una educación muy extensa, hecho que no ocurría años atrás. El valor de esta “enseñanza” tiene un gran problema que se da porque la educación en esa etapa está alejado del mundo de las personas adultas que no comparten las experiencias y por tanto; no hay un vínculo de maestro aprendiz, lo que genera disputa (20).

B. Clasificación

- **Adolescencia temprana:** Ocurren los periodos psíquicos desde los 10 hasta los 14 años y a la vez desarrollan cambios corporales. Con respecto a la etapa psicológica inicia el egocentrismo, con perspectiva sociocéntrica a medida que pasa el tiempo (21).

- **Adolescencia media:** En éste lapso la adolescente marca distancia de la familia y tiene mayor apego al grupo de amigos. Ocurre entre los 14 y 16 años; en cuanto a lo psicológico el adolescente se vuelve más independiente. En muchos casos esto conlleva al aislamiento (21).
- **Adolescencia tardía:** Ésta es una fase de mayor tranquilidad e incrementa la integración a la sociedad, define su personalidad y logra su identidad y autonomía (21).

C. Características de la adolescencia

- **Cambios hormonales**

- a) **Adrenarquia**

Se activa el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. Básicamente se refiere al incremento de hormonas sexuales secretadas por las glándulas suprarrenales, que ocurren entre los 6 y 8 años. Algunas de las manifestaciones físicas son el crecimiento del vello axilar, púbico y los olores corporales tienden a ser más fuerte (20).

- b) **Desarrollo sexual secundario**

Muestra el desarrollo y la maduración sexual, para su evaluación llegamos a la conclusión, el nivel de maduración y la edad cronológica.

Lo más sobresaliente de las transformaciones físicas de los adolescentes son: El crecimiento de los testículos, desarrollo de mamas, pene; todo ello los ayuda a prepararse para la reproducción (20).

La función endocrina y el sistema óseo implican una relación para el crecimiento. Un ejemplo claro está en el incremento de la estatura, que se desarrolla con la producción de GH, corticoides e insulina.

Intervienen en la mineralización ósea las hormonas paratohormona 1,25 dehidrocolecalciferol y calcitonina. La estimulación del factor de la hormona liberadora somatocrinina y la somatostatina nos da como resultado la producción de la hormona somatotropina, que es esencial para el crecimiento. La GH recibe una estimulación por la somatomedinas e interviene sobre el crecimiento óseo. Cuando empieza la pubertad, la GH y esteroides sexuales forman parte del crecimiento (20).

c) Crecimiento en altura

Durante la etapa de la pubertad se desarrolla el incremento de la talla y parte de ella que representa el 25% de la estatura que tendrá cuando sea adulto. El impulso de crecimiento se desarrolla entre los 2 y 2,5 años, variando entre las personas. La velocidad del crecimiento puede llegar a variar en 5 a 11 cm en el caso de las mujeres; mientras que en los hombres entre 6 a 13 cm (20).

Existen diversos cambios de crecimiento respecto al sexo, así mismo también varía la contextura del adolescente, pudiendo dar como resultado el riesgo de padecer TCA.

Las mujeres pueden llegar a ser más altas que los varones en término medio, cuando llegan a los 14 años de edad; pero a la vez se puede detener su crecimiento antes. Los varones alcanzan una talla superior al final, en ése periodo los hombres crecen entre 24 a 27 cm y las mujeres entre 20 a 23 cm (20).

d) Crecimiento ponderal

Simboliza la mitad del 100% del peso idóneo de una persona adulta. El aumento de masa muscular en el caso de hombres hace que se puedan ver más pesados en comparación con las mujeres. El nivel más alto en el incremento ponderal varía entre 5.5 a 13.2kg en el caso de varones y 4,6 a 10,6 en mujeres (20).

e) Otros cambios

Se produce un incremento del tejido graso con mayor porcentaje en mujeres que en hombres; pero llevan mayor porcentaje los varones en el desarrollo de tejido muscular. La pelvis femenina incrementa en anchura, en el caso del varón incrementa el diámetro biacromial. Los tejidos blandos cambian junto con la masa ósea (20).

- **Cambios psicosociales**

En el ámbito psicosocial los cambios físicos, comprenden cuatro aspectos: Lucha independencia-dependencia, desarrollo de su propia identidad, valor de la imagen física (20).

a) La lucha independencia-dependencia

Entre los 12 a 14 años, las relaciones de padre a hijo se hacen más difíciles ya que hay mayores conflictos y enfrentamientos, a la vez todos estos problemas generan en el adolescente un “vacío” en el área emocional.

Estos conflictos llegan a su grado máximo entre los 15 y 17 años, pero van declinando a medida que pasa el tiempo. Logran tener una mayor integración con la familia, independencia y madurez; generando una especie de “regreso al hogar” (20).

b) Preocupación por el aspecto corporal

En la población adolescente los cambios corporales y psicológicos les generan una gran preocupación, prevaleciendo más en los primeros años; provocando en ellos cierto rechazo de su cuerpo, ya que es algo nuevo que ocasiona inseguridad.

En la etapa de la adolescencia media, hay una mejor aprobación de su cuerpo; pero a la vez les sigue provocando preocupación la apariencia física (20).

c) Integración en el grupo de amigos

Es de gran interés para el desarrollo social las relaciones interpersonales. La amistad juega un papel muy importante ya que son lazos con gran fuerza emocional y pueden aparecer las relaciones amorosas.

En la etapa de la adolescencia media, los vínculos amicales son más fuertes, ya que surgen los grupos de amigos, pandillas, el deporte y se inclinan por diferentes tipos de música, adoptando así grupos de identidad. Entre los 18 a 21 años las relaciones con amigos cambia, basándose sólo en pocas personas (20).

d) Desarrollo de la identidad

Durante la primera etapa de la adolescencia hay una percepción hacia el futuro con objetivos falaces, dudas y un bajo control de impulsos. Tienen el deseo de más privacidad, rechazando en muchas ocasiones la participación de los padres en sus problemas diarios. Se sienten omnipotentes generando así actitudes que los exponen al peligro.

Los adolescentes que comprenden entre los 18 y 21 años pueden llegar a ser más objetivos, razonables, fortaleciendo sus valores morales,

creencias religiosas y sexuales experimentando comportamientos de adulto (20).

e) Características Psicológicas

Durante el proceso de cambio para obtener la personalidad del adolescente, es esencial el respaldo familiar. Porque deben tomar las decisiones como personas adultas, pero sin dejar de tener el apoyo y seguridad de la familia, para que sus decisiones sean correctas (20).

2.3.2 Trastornos de la conducta alimentaria

A. Definición

Trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades que afectan a la mente y presentan rasgos característicos propios de la enfermedad como: Comportamientos alterados frente a la ingesta de alimentos y adoptan conductas encaminadas a la pérdida de peso.

Todos estos cambios provocan problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Son enfermedades que tienen una característica específica que los hace llegar a tomar actitudes que alteran su alimentación y provocan a la vez una exagerada preocupación por su físico y su peso corporal (22).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica a los TCA dentro del grupo de enfermedades mentales de mayor importancia que afecta a la población adolescente. El diagnóstico con mayor prevalencia en la etapa de la adolescencia es el de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE), obteniendo el segundo lugar Anorexia Nerviosa y, finalmente el de Bulimia Nerviosa. Estas enfermedades comprenden de factores físicos, psicológicos, componentes del medio ambiente en su desarrollo, etiología y mantenimiento. A la vez cuentan con los mismos síntomas, entre ellas

encontramos a la distorsión e insatisfacción por el físico, excesiva preocupación por su peso e imagen y por los alimentos que ingieren (3).

En ocasiones la enfermedad se padece a lo largo de mucho tiempo, pudiendo traer complicaciones como la morbilidad médica y psiquiátrica hasta ocasionar la muerte.

La evolución del proceso mejora considerablemente, cuando se identifica dentro de los primeros años; por lo que identificarlo a tiempo es de vital importancia para mejorar el pronóstico y poder prevenir que llegue a una etapa crónica.

Dentro de las categorías de TCA según las clasificaciones que se dan a nivel internacional en las enfermedades de salud mental, tenemos a tres: Anorexia, Bulimia y TCA no especificados. Las principales categorías diagnósticas son Anorexia y Bulimia, ya que tienen características específicas y se conoce la evolución de la enfermedad; estas pueden tener cura, llegar a una estabilización o a la vez empeorar. En el caso de los TANE se encuentran dentro de la categoría residual, que abarca a la mayoría de los TCA que no cumplen con la normativa para Anorexia y Bulimia, sin embargo da un lugar de gran importancia al desperfecto funcional (3).

En este estudio hemos definido lo que es el trastorno de la conducta alimentaria, pero específicamente nuestro trabajo está enfocado en el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; la cual se define como aquella actitud que toma una persona al colocar la comida como único centro de su vida (16).

B. Factores de riesgo

Son aquellas situaciones que incrementan la probabilidad que una

persona pueda adquirir una patología (8).

- **Factores Psicológicos**

Se han identificado algunas características psicológicas que se asocian a los TCA, entre ellos encontramos a la baja autoestima, dependencia emocional, pérdida de control, soledad, miedo a ser abandonados, inseguridad y muchos problemas con la identidad (8).

Las características psicológicas que adquiere el adolescente son claves al momento de enfrentar los cambios que se presentan en ésta etapa. La personalidad puede ser tomada como un refuerzo o como una debilidad, ya que depende de ello la toma de decisiones, ante las diversas situaciones de la vida.

Según la personalidad del adolescente, puede conllevar a desarrollar e incrementar las probabilidades de adquirir algún trastorno de la conducta alimentaria. Según ello están más vulnerables a adquirir algún pensamiento dicotómico; esto a medida que pasa el tiempo puede llevarlo a tener problemas sobre su peso (8).

- **Factores Biológicos**

Durante la adolescencia se producen los cambios corporales como: El incremento de la talla y el peso que cambia la figura del adolescente; provocando una preocupación por el cambio de su cuerpo. Puede adquirir el deseo de llegar a verse mejor tratando de cambiar su apariencia. Éstas conductas son más frecuentes en el caso de mujeres al momento de entrar a la adolescencia (8).

- **Factores Sociales**

La sociedad es uno de los factores de riesgos más altos que predisponen a las adolescentes de padecer algún TCA; ya que constantemente se ven personas delgadas como sinónimo de belleza. Esto puede llevar a las adolescentes a tener el deseo de permanecer

delgadas, pues impone la cultura moderna. Conforme pasa el tiempo incrementa el número de adolescentes que se preocupan excesivamente por su figura corporal, presentándose en edades tempranas (8).

- **Factores Familiares**

La base principal para el adolescente es la familia, es el grupo encargado de la formación de cada uno, brindándole principios y valores. Todo ello es muy importante, ya que es la base de la sociedad y dependerá que el adolescente obtenga buenas relaciones con los miembros de la familia, logrando un entorno tranquilo. Los factores familiares negativos como la violencia, influyen mucho en los adolescentes a la hora de toma de decisiones (8).

C. Clasificación

- **Anorexia Nerviosa**

- a) **Definición**

En los adolescentes se presenta con frecuencia la anorexia, ya que buscan ser delgados siendo para ellos lo ideal. Pueden llevar a utilizar medidas extremas de dietas, el cual cuando obtienen resultados generan sensaciones satisfactorias. Se presenta con más frecuencia en mujeres (en varones solo se presenta en menos del 10% (23).

- b) **Características**

Las características básicas de Anorexia:

- Rechazo a mantener un mínimo peso del cuerpo
- Gran temor a ganar peso.
- Un concepto errado de su imagen corporal.
- Amenorrea en las mujeres (24).

c) Diagnóstico

Según el CIE 10 indican que los criterios del diagnóstico de Anorexia Nerviosa son:

- Disminución del peso corporal (Índice sobre el vínculo entre peso y talla menor a 17.5).
- La pérdida constante de peso, es provocada por la persona enferma optando acciones como: Evitar consumir alimentos que contengan altas cantidades de calorías, inducir al vómito, ingesta de excesiva de medicamentos para evacuar, práctica de largas horas de ejercicios, ingesta de fármacos que se encargan de reducir el apetito y diuréticos.
- Distorsión de la figura corporal.
- Enfermedades que originan a nivel endocrino y que perjudican el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. Se manifiesta en el sexo femenino por ausencia de la menstruación y en el sexo masculino por el apetito sexual.
- Si el inicio del trastorno es antes de llegar a la pubertad, se atrasa los cambios físicos e incluso se detiene.
- Las características de los diagnósticos de la anorexia nerviosa se establecen la CIE – 10 y el DSM-IV que se diferencia en distintos aspectos.
- La CIE-10 requiere específicamente que la reducción de peso resulte inducida por el paciente donde evita “alimentos que engordan” y a la vez indica como síntoma principal en el caso de los hombres el incremento del apetito sexual a diferencia de las mujeres que disminuye apetito sexual (25).

d) Tipos de anorexia nerviosa

El DSM-IV ha establecido oficialmente a dos tipos de anorexia que tiempo atrás han sido aceptadas por especialistas. Se refiere a la

anorexia restrictiva y la anorexia bulímica o anorexia purgativa. La primera sería la anorexia tradicional y el otro tipo se presenta con episodios bulímicos o sucesos de bulimia. En las que el paciente puede presentar atracones o acciones compensatorias como el vómito, laxantes, etc. (26).

- **Restrictiva:** La persona al obviar por completo la ingesta de alimentos y ejecutar ayunos drásticos disminuye la ansiedad y preocupaciones sobre la gordura y el aumento de peso. El ayuno extenso tiene como efecto la disminución del apetito, por lo cual la persona con este padecimiento consume pequeñas cantidades de alimentos que hacen mantener el tono vital elevado, al mismo tiempo hace más fuertes sus sentimientos de autocontrol sobre su alimentación diaria, por lo que reducirá el miedo a ganar peso. La consecuencia del ayuno, disminuye el ritmo metabólico, incrementándose la posibilidad de ganar el peso y por tanto, aumentándose el temor ya existente de la gordura (27).

- **Anorexia Bulímica:** En la anorexia bulímica la persona tiene predisposición a mantener conductas en las cuales el sujeto puede presentar episodios de gran ansiedad. El cual compensará usando métodos purgativos que disminuirán su ansiedad (28).

e) Causas de Anorexia Nerviosa

La verdadera causa de la anorexia se desconoce. Al igual que en otras enfermedades, se dice que cabe la posibilidad que sea un acoplamiento de factores psicológicos, biológicos y del entorno (29).

- **Factores biológicos:** La variación genética genera que algunas personas tengan más predisposición a padecer de anorexia. Así como algunos pueden tener tendencia a realizar sus actividades de forma

perfecta, susceptibilidad y constancia: Son características que tienen un vínculo directo con la anorexia (29).

- **Factores psicológicos:** existen ciertas peculiaridades emocionales que podrían cooperar a la anorexia. Las mujeres más jóvenes pueden tener una característica y marcar una personalidad obsesiva compulsiva, por lo que no se les hará difícil seguir dietas severas y obviar comidas aunque tengan hambre. Todo esto porque posiblemente tienen actitudes de perfeccionismo al momento de realizar sus tareas diarias; lo que genera que piensen que nunca están lo suficientemente delgadas. Pueden restringir su alimentación para reducir sus altos niveles de ansiedad (29).

- **Factores del entorno:** En la cultura actual se muestra a una persona delgada como un rasgo resaltante. La valoración y el éxito suelen estar ligados a la delgadez. La presión del entorno les incrementa el anhelo de estar delgados, que ocurre mayormente en las mujeres jóvenes (29).

f) Consecuencias de la anorexia nerviosa

Los que sufren del trastorno de Anorexia Nerviosa empiezan a dedicar la mayor parte de su tiempo a rituales y prácticas para alejar de su mente la sensación de hambre y, así llegar a cumplir su objetivo de adelgazar, sin importar que tan difícil sea. Poco a poco, se vuelven egocéntricas y van aislándose de su entorno. A menudo les cuesta conciliar el sueño, gran parte de esto sucede porque han perdido mucho peso y no les queda suficiente tejido adiposo para acolchar sus huesos. Frecuentemente, sienten frío y descubren que les favorece moverse con frecuencia, lo cual generara inclinarse a tendencias compulsivas en cuanto al ejercicio físico (30).

Los pacientes que padecen éste trastorno pese a tener una contextura delgada, continúan realizando prácticas no saludables como: Dietas estrictas y ejercicios extremos, el cual puede conllevar a otros problemas de salud.

Entre otras características encontramos comportamientos a la hora de ingerir alimentos, pues cortan la comida en porciones muy pequeñas y suelen demorar mucho más tiempo que los demás. Tienen un control estricto de las kilocalorías de cada alimento que pueden llegar a ingerir.

Mientras van perdiendo demasiado peso, su cuerpo y su rostro van adquiriendo una apariencia típica de los prisioneros de un campo de concentración: Tienen la mirada perdida y se muestran como ausentes, sus huesos se pueden apreciar ya que sobresalen; su pecho y estomago se hundén. Se les va cayendo el cabello y hay una gran posibilidad que les aparezca vello en otras partes de su cuerpo, a su vez la piel se pone más seca y toma un aspecto más oscuro de lo normal. Inclusive, en ocasiones, se torna amarillenta, esto ocurre por una infección denominada hiper胡萝卜素emia. Las uñas se deforman y toman un color azulado, esta tonalidad con frecuencia se extiende desde la muñeca a la punta de los dedos y desde las rodillas hasta el extremo de los dedos del pie (30).

Existen diversos cambios a nivel anatomofisiológico el cual pueden llegar a comprometer órganos muy importantes, poniendo en riesgo la vida del paciente.

Cuando el cuerpo no tiene suficiente tejido adiposo, los músculos perderán tónica, ya que no tendrán alimento ni combustible. Siendo el corazón un gran músculo, que por falta de grasa va reducir su capacidad de trabajo y la presión arterial relacionada con el ejercicio físico. Por otro lado, puede disminuir los niveles de azúcar en sangre, por lo que se sentirán apáticas, exhaustas, mareadas, distraídas y

desorientadas, tendrán palpitaciones o sudor frío, o inclusive pueden llegar a sentir pánico. Si el nivel de glucemia disminuye considerablemente, corren el riesgo de muerte súbita (30).

g) Tratamiento de la anorexia nerviosa

La recomendación que presentan las guías internacionales es, que en los casos de anorexia, el tratamiento sea realizado de forma ambulatoria al principio. Para los casos que no respondan al tratamiento de forma ambulatoria, se usará la alternativa de hospitalización; siempre y cuando presenten un riesgo. En este proceso se debe añadir la realimentación junto a las terapias psicológicas.

La terapia cognitivo conductual, se usa en adultos que presenten este trastorno, sin embargo, para adolescentes no ha sido estudiada exclusivamente con anorexia nerviosa. Por otro lado ha mostrado gran similitud en la efectividad al finalizar el tratamiento al igual que la terapia que es acompañada con la familia, en el caso de los adolescentes es de forma individual. Existen otro tipo de terapias cognitivo-analítica, terapia focal psicodinámica y la terapia interpersonal (30).

- **Bulimia**

a) Definición

Originalmente la palabra “bulimia” tiene como significado tener “un gran apetito” o “la capacidad para comer una gran cantidad de alimentos”. Esto hace referencia a una de las primordiales características de este trastorno: La aparición de los denominados “atracones”. La Bulimia a finales del siglo XX fue considerada dentro del grupo de TCA, después de la publicación de un artículo de gran importancia, redactado por Gerald Russel en Reino Unido, siendo después incluido en el DSM-III (3).

La Bulimia se caracteriza por ingerir grandes cantidades de alimentos, llegando después el sentimiento de culpa y finalmente inducir al vómito o el uso descontrolado de diuréticos; el cual puede llegar a pasar desapercibido por los padres.

Lo más frecuente de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que abarca a todas las edades, es la Bulimia; después los TCA no especificados. La prevalencia de la Bulimia es de 1 y 2% en el sexo femenino y la edad en la que se manifiesta suele ser entre 15,7 y 18,1 años (3).

b) Características

- Sucesos periódicos de atracones.
- Vómitos inducidos por ellos mismos, ingesta de laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio físico drástico (comportamientos compensatorios (30)).

c) Diagnóstico

Para diagnosticar la bulimia se tiene en cuenta, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, que identifica los siguientes puntos:

- Han tenido episodios frecuentes de comer una cantidad excesiva de comida; es decir, una cantidad muy grande de alimentos en comparación a lo que comería un apersona normal que no padece de un trastorno alimenticio, en circunstancias semejantes en un lapso determinado.

- Sienten una ausencia de control cuando se dan un atracón; por ejemplo, sobre la proporción de comida y la voluntad de dejar de comer.
- Presencia de vómitos, se ejercita en exceso, hacen ayuno o usan laxantes, diuréticos u otros medicamentos para eliminar las calorías extras que ingiere en un atracón para evitar incrementar peso.
- Comen demasiado y usan métodos purgativos; al menos, una vez por semana durante tres meses.
- La figura corporal y su peso son muy importante en el autoestima de la persona (28).

d) Tipos de bulimia

Las personas que padecen de bulimia nerviosas, se clasifican en dos tipos:

- Purgativo: Este grupo tiene la peculiaridad del rechazo hacia su imagen corporal, iniciando una serie de dietas drásticas o ejercicios intensos. Al no lograr los resultados que espera, la persona empezará a provocarse el vómito postprandial.
- No purgativo: Al limitarse en la alimentación y no encontrar la respuesta que esperan, este grupo de pacientes empiezan por ingerir laxantes; que lo induzcan a un vaciamiento intestinal inmediato. Posteriormente les causará alteraciones gastrointestinales; pudiendo ser el edema por hipoproteïnemia, por lo que la ingesta de diuréticos se hace indispensable, para su disminución total de peso líquido (30).

e) Causas de la bulimia

Se presenta por la gran influencia de factores psicosociales, lo cual interviene en personas cuya personalidad muestre algún tipo de debilidad ante la sociedad que describe la delgadez como belleza del cuerpo.

La participación de los patrones físicos de la sociedad que definen la belleza y los trastornos de tipo afectivo; también son de gran importancia al momento de desarrollar un cuadro bulímico. De esta manera, un determinante muy marcado para la alteración de la conducta alimentaria es la relación que el individuo lleva con la sociedad, la familia y consigo mismo (30).

f) Consecuencias de la bulimia

Los periodos frecuentes de ingesta descontrolada de alimentos y las purgas de la bulimia, pueden afectar todo el sistema digestivo y, como consecuencia presentar un desbalance electrolítico y químico en el cuerpo que afecta la fisiología cardiovascular y posiblemente a otros órganos. En el trastorno de Bulimia podemos encontrar las siguientes consecuencias:

- Desequilibrio electrolítico que provoca irregularidades en los latidos cardíacos y posibles fallas hasta llegar a la muerte.
- La pérdida de electrolitos como: El potasio, cloro y sodio provocan, un desequilibrio a causa de la ingesta de purgantes.
- Ruptura gástrica potencial durante los constantes atracones.
- Se inflama el esófago e incrementa la posibilidad de ruptura, ocasionado por el vómito recurrente.
- Se deterioran los dientes por el contacto con los ácidos que se encuentran en el estómago al inducirse al vómito.

- Como resultado del abuso de la ingesta de laxantes se presentan movimientos intestinales irregulares.
- Aparición de úlceras pépticas y pancreatitis (31).

g) Tratamiento de la bulimia

Se utiliza como tratamiento para la Bulimia, la fluoxetina (60-80mg) que disminuye los atracones y la inducción al vómito.

A la vez utilizan la imipramina 225 mg/día. La ciproheptadina se indica en casos graves de desnutrición. También están los encargados de estabilizar el estado de ánimo como el litio, carbamazepina o fenitoína y también los precursores de serotonina (32).

2.3.3 Rol del profesional de enfermería

A. Intervención de enfermería en la promoción de salud mental de los adolescentes

En los adolescentes, la promoción de la salud mental incluye los cuidados del profesional de enfermería que intervienen de manera integral dando énfasis al cuidado psicosocial. Ante los indicadores de problemática que presente el individuo, el argumento que sustenta el trabajo de enfermería, es encargarse de la promoción de la salud mental dirigido personas “mentalmente sanas”; realizando el trabajo con el objetivo de desarrollar sus recursos personales de afrontamiento, adaptación y reforzamiento de su estructura psicológica. En conclusión, ampliar su estado de bienestar y aceptar la concepción integral de cuidar (bio-psico-social-espiritual). Teniendo en cuenta estas dos premisas, es importante considerar la perspectiva de la enfermera en la promoción de la salud mental; porque las actividades y funciones que realiza están presentes en todas las situaciones de cuidados, donde la (el) enfermera(o) presta atención psicosocial (33).

El profesional de enfermería participa de manera eficaz en la prevención, promoción y asistencia en la salud mental. En los sistemas de salud, especialmente en el nivel primario y secundario, se debe cuidar y vigilar el cumplimiento de las actividades que beneficien la promoción de la salud mental en adolescentes. Dichas actividades en su mayoría son asumidas por el personal, ya que es un profesional clave porque dentro de su formación académica que, desde pregrado se capacita en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por lo mismo, la perspectiva que tiene acerca de la promoción de la salud mental en los adolescentes es realmente valiosa cuando se trata de tomar decisiones importantes, pues buscan la mejor manera de intervención y solución de problemas de forma eficiente y efectiva, en conjunto con otros profesionales de la salud; como lo es el Psicólogo (34).

B. Modelo y teorías de enfermería aplicada a la práctica de la salud mental

Lo que distingue a una enfermera en su misión, es esencialmente el cuidado que brinda antes, durante y después de su intervención; siempre manifestando empatía, calidez, amabilidad, promoción de la autonomía y perspectiva familiar; para que pueda ofrecer al paciente un cuidado integral, pues es el pilar fundamental de la enfermería enfocada a la salud mental de las comunidades.

La enfermera puede actuar de manera amplia en el entorno comunitario, realizando programas de promoción y prevención de salud mental, produciendo mayor información y conocimientos en la población que, los pueda ayudar a identificar alguna de éstas patologías.

La enfermera cuenta con la capacidad y experiencia para identificar poblaciones en riesgo y, se encargará de tomar medidas preventivas

para evitar problemas de salud mental. El brindar soporte a la familia e información actualizada a las diversas instituciones de la comunidad, con la debida coordinación de los servicios de salud mental; son estrategias que brindan las enfermeras en base a sus conocimientos y experiencias vividas en la salud pública.

La enfermera, no sólo debe centrarse en la enfermedad del paciente; si no, debe de ir más allá de la patología para evaluar el aspecto psicológico mediante la observación de conductas riesgosas que presente el paciente.

- **Modelo de Joyce Travelbee de relación persona a persona**

Aborda el concepto de enfermería psiquiátrica como tal, el cual define como un procedimiento interpersonal; con el que el profesional de enfermería aporta y ayuda a una persona, familia o comunidad. Con el fin de fomentar la salud mental y prever la enfermedad y el sufrimiento mental. Asimismo establece que la enfermería es un arte que comprende el uso consciente de la propia persona en el cuidado, que brinda al paciente en proceso de desarrollo psicosocial y recuperación de enfermedades mentales. La relación enfermera – paciente, se da luego de cuatro fases: El encuentro original, identidades emergentes, empatía y simpatía; culminando en el establecimiento de la relación (35).

- **Teoría de Enfermería humanística de Paterson y Zderad**

Desarrollada en 1976 por profesionales de enfermería del área de salud pública y salud mental. Hace referencia que la interacción de la enfermera(o), va más allá de estar físicamente juntos. Es necesario la observación de comportamientos pero, no sólo quedarse como observador; sino como profesional al tomar el papel de orientador y ponerse en el lugar del orientado al percibir el mundo y sus

experiencias como este, interiorizando su mundo emocional; y así generar un verdadero encuentro. Ampliando en ambos la conciencia y ofreciendo la oportunidad de un crecimiento humano mutuo entre enfermera(o) - paciente. Esto requiere congruencia y autenticidad, entre el pensar y el hacer del profesional; más aún en la atención de individuos con problemas de salud mental (35).

- **Virginia Henderson**

Define a la enfermería como soporte principal del individuo, en el caso que este se encuentre enfermo o sano; pues contribuye en hechos que sumen a la salud o a la recuperación para generar independencia. Con las 14 necesidades básicas que presenta Henderson en su teoría, permite al profesional de la salud a desarrollar un plan de cuidado con una buena estructura. Esta teoría es precisa; ya que busca la independencia en la persona mediante la promoción y educación de la salud; para prevenir no sólo patologías biológicas, sino también, enfermedades de salud mental (35).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO - DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo. En cuanto al diseño metodológico, es una investigación no experimental, descriptiva y transversal (36).

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque el instrumento se encarga de medir y cuantificar la variable de estudio en la población adolescente.

Además, es de tipo no experimental. Porque el investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin manipular o introducir variables al grupo de estudios.

Según el período y secuencia del estudio, la investigación es transversal; porque la variable se estudia tal y como se encuentra en un determinado corte de tiempo; permitiendo recolectar los datos en un solo momento.

Según el diseño de estudio, la investigación es descriptiva; porque se limita a señalar las características particulares y diferenciadoras de la situación en particular.

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estuvo constituida por 494 adolescentes del sexo femenino que cursaban el cuarto y quinto grado de educación secundaria, de la institución educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, del distrito de Comas, matriculadas para el año 2016.

La muestra se obtuvo por el muestreo probabilístico aleatorio obteniendo como resultado 217 adolescentes, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

p= Proporción de sujetos que manifestarán tener resultados positivos (se asume p=0.5)

q = Proporción de sujetos que manifestarán no tener resultados positivos (se asume p=0.5).

z = Un nivel de confianza del 95%, también lo expresamos habitualmente así (1.96)²

N= Población

e= Margen de error muestral 5% = (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (494)}{(0.05)^2 (494 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (494)}{(0.0025) (493) + (3.8416) (0.25)} = \frac{474.4376}{2.1929} = 216.35$$

n= 217 estudiantes

Para garantizar la proporcionalidad de la muestra en los diferentes grados (4° y 5°) se realizó el muestreo aleatorio estratificado, según la siguiente fórmula:

$$nh = \frac{N_i}{N} (n)$$

Dónde:

nh = muestra estratificada

N_i = subpoblación

N = población total

n = muestra total

Reemplazando:

Para 4° de secundaria:

$$nh = \frac{236}{494} (217) = 104$$

Para 5° de secundaria:

$$nh = \frac{258}{494} (217) = 113$$

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Adolescentes que cursan el cuarto y quinto grado de secundaria.
- Adolescentes que tengan firmado el consentimiento y asentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas.
- Adolescentes que no tenían deseo de participar en el estudio así sus padres hubiesen firmado la autorización.
- Adolescentes que se ausentaron a la Institución Educativa el día de la encuesta.

3.3 VARIABLE

- Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria.

3.3.1 Definición conceptual

El riesgo a trastorno de la conducta alimentaria, es aquella actitud que toma una persona al colocar la comida como único centro de su vida (16).

3.3.2 Definición operacional

Es el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, medido por el cuestionario EAT-26 modificado. El cual ha sido validado y confiabilizado por Palpan J, Jiménez C, Garay J y Jiménez V.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación como técnica de recolección de datos se utilizó una encuesta y, como instrumento el cuestionario EAT-26 modificado. El cual ha sido validado y confiabilizado por Palpan J, Jiménez C, Garay J y Jiménez V, que tiene como objetivo identificar el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria (37).

- **Ficha técnica**

Autor principal: Garner y Garfinkel propusieron en el 1979 (37).

Adaptación: En el año 2007 por Palpan J, Jiménez C, Garay J y Jiménez V (37).

Población: 200 escolares de educación secundaria de un colegio nacional en una zona urbano marginal de Lima Metropolitana (37).

Confiabilidad: La Escala de Autoinformes de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación en su versión adaptada presenta una consistencia interna óptima ($\alpha = 0.783$). Asimismo, las sub escalas muestran índices de consistencia fuertes. Por tanto, cabe concluir que el instrumento es muy confiable (37).

Validez: Con el objetivo de verificar la validez del constructo de la Escala EAT- 26, y poder responder a la pregunta ¿qué mide el test? es sometido a un análisis riguroso mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) (37).

Forma de calificación: Se detalla en el Anexo C.

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, donde se coloca al género femenino como el de mayor riesgo. Se eligió a la Institución Educativa “Esther Festini de Ramos Ocampo”, quien alberga exclusivamente adolescentes de dicho género.

3.5.1. Fase 1: Autorización para recolección de datos

Se reservó una cita con el director, para obtener la autorización y los datos necesarios para realizar la carta de presentación otorgada por la universidad (Anexo D). Se envió la carta de presentación a la I.E. solicitando el permiso para realizar el estudio, teniendo una respuesta positiva por parte de la dirección de dicha institución educativa (Anexo E).

3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos

Con el permiso del director, se realizaron coordinaciones con los auxiliares del 4° y 5° grado de secundaria para la entrega, recojo y firmado del consentimiento (Anexo F) y asentimiento informado (Anexo G).

3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento

Una vez obtenida la autorización, se aplicó el instrumento a las adolescentes seleccionadas en la muestra. Previo a ello se brindó una breve explicación para el correcto llenado del instrumento.

Al recoger las encuestas se revisó que las preguntas hayan sido todas resueltas.

3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez revisados los instrumentos y codificados para darles orden, se pasaron a una matriz de datos informático con la ayuda del programa SPSS versión 21. Con el mismo programa, se realizó el análisis de frecuencias y porcentajes. Finalmente, con la ayuda del programa Excel se diseñaron las tablas y gráficos presentados en el estudio.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

3.7.1 Principio de Autonomía

El principio de autonomía es el respeto por la libre elección que pueda realizar la persona, y debe ser aceptada por los demás (38).

Las adolescentes que participaron en el estudio, recibieron información sobre la investigación y fue decisión propia participar mediante el asentimiento informado. La información recolectada no será compartida con otras personas.

3.7.2 Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia indica que se debe actuar de manera positiva hacia el usuario, actuando siempre para su bienestar (38).

En la investigación, las adolescentes que participaron no padecieron daño alguno. Al contrario, los resultados permitirán obtener un diagnóstico de la realidad en relación al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

3.7.3 Principio de No Maleficencia

Este principio se refiere que la persona no debe ser perjudicada de ninguna manera (38).

En el presente estudio, las intervenciones no ocasionan algún tipo de daño o perjuicio a las adolescentes.

3.7.4 Principio de Justicia

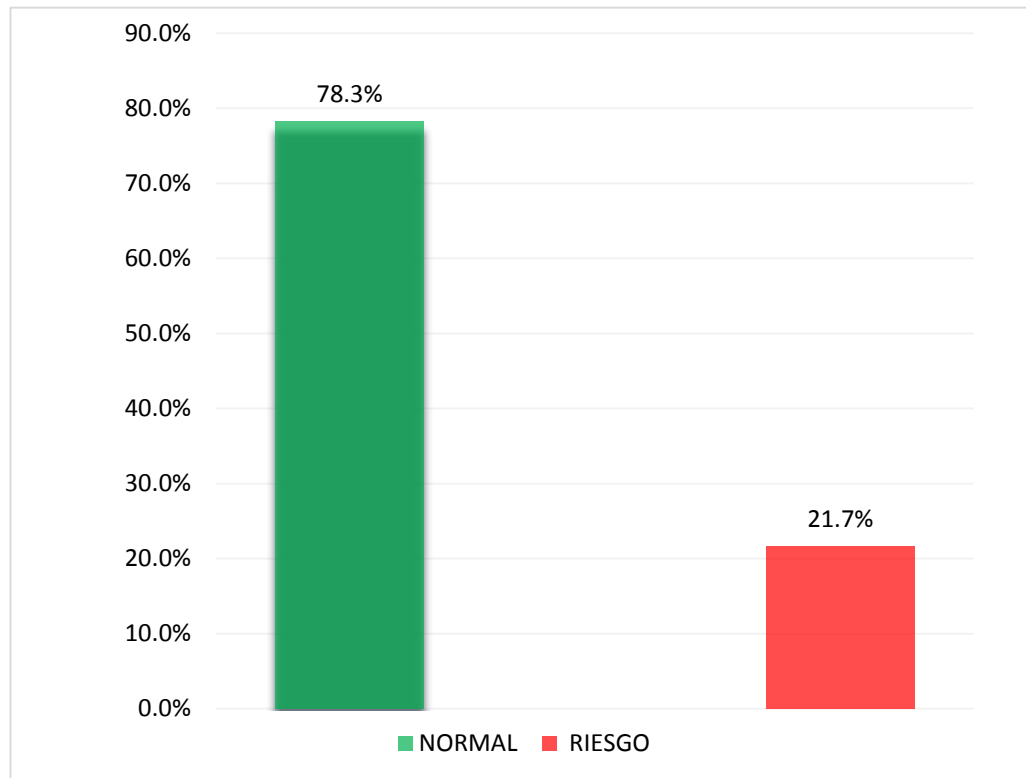
Este principio alude al uso racional de recursos tratándose, todos los casos de forma equivalente (38).

En el presente estudio todas las adolescentes tienen la misma probabilidad de ser incluidas, con lo cual se evita situaciones de desigualdad.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

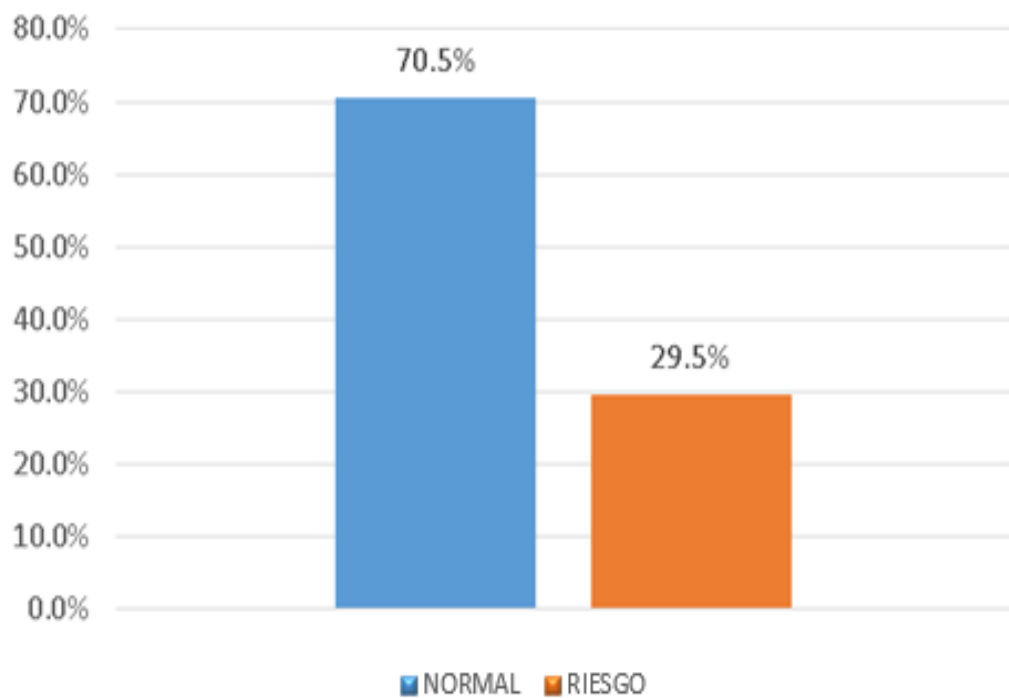
Gráfico 1. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.



Fuente. Encuesta realizada por alumnas de Enfermería – UCH

En el gráfico 1, se observa que el 78.3% del total de las adolescentes no tiene riesgo a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el 21.7% si presenta riesgo a trastornos de la conducta alimentaria.

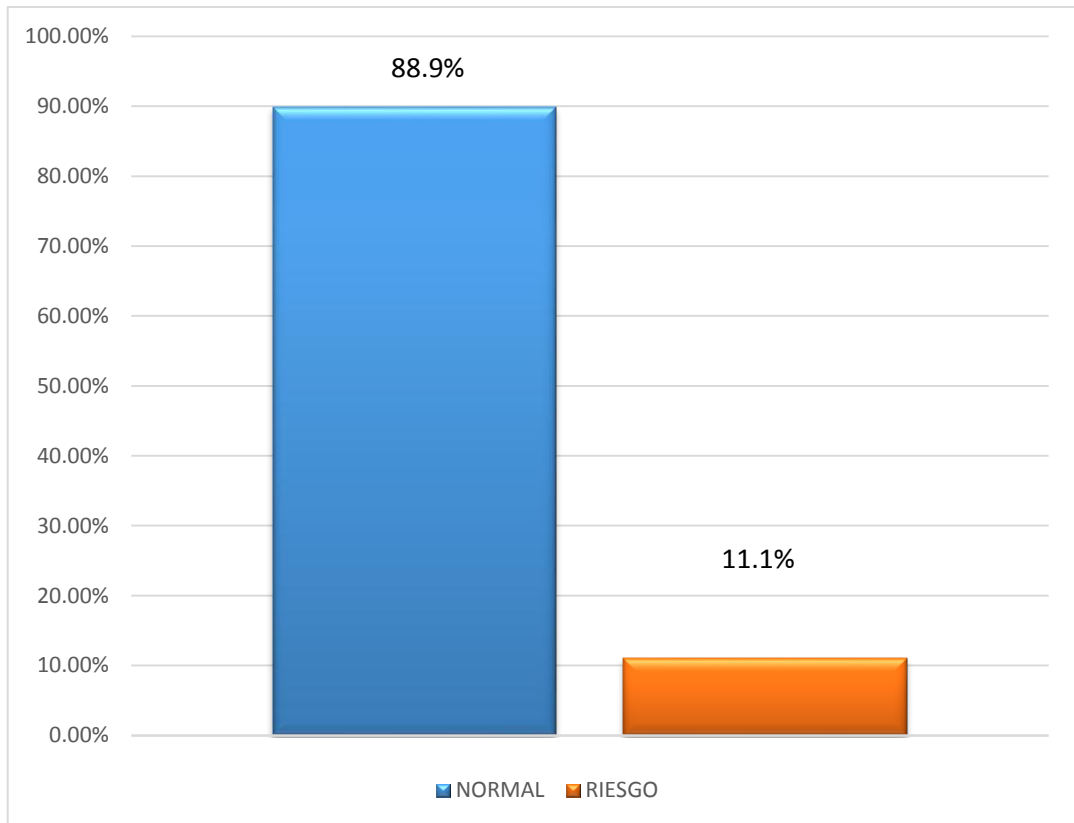
Gráfico 2. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión dieta en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.



Fuente. Encuesta realizada por alumnas de Enfermería – UCH

En el gráfico 2, se muestra que el 70.5% según la dimensión dieta, no presenta riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria y el 29.5% de la población si presenta riesgo a padecer TCA.

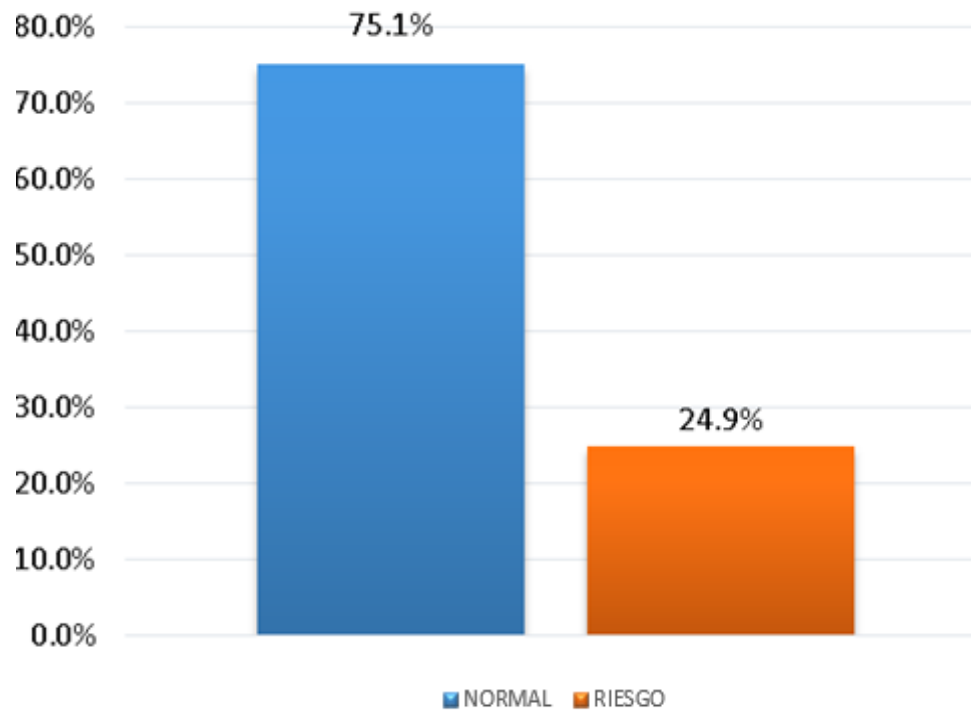
Gráfico 3. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión bulimia y preocupación por la comida en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.



Fuente. Encuesta realizada por alumnas de Enfermería – UCH

En el gráfico 3, se muestra que el 88.9% según la dimensión bulimia, no presenta riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria y el 11.1% de la población si presenta riesgo a padecer TCA.

Gráfico 4. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión control oral en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.



Fuente. Encuesta realizada por alumnas de Enfermería – UCH

En el gráfico 4, se muestra que el 75.1% según la dimensión control oral, no presenta riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria y el 24.9% de la población si presenta riesgo a padecer TCA.

4.2 DISCUSIÓN

Entre los tantos problemas que enfrentan los adolescentes en la actualidad encontramos los denominados trastornos de la conducta alimentaria (TCA); que son conductas no saludables que adoptan las personas en su mayoría adolescentes frente a su alimentación y una obsesión por la delgadez. Las causas que conllevan a este trastorno son de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Se configuran como la tercera enfermedad crónica más común, los cuales han ido incrementándose progresivamente y generando preocupación en el personal de salud y educación.

En el presente estudio se obtuvo un 21.7% de riesgo total de trastornos de la conducta alimentaria, en la población de adolescentes mujeres del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo. Este resultado supera lo obtenido por diversos autores como por ejemplo Gili y otros (14) donde encontraron un 13.3% de riesgo en una población constituida por estudiantes universitarias. Miranda (16) quien encontró un riesgo de 17.53% en estudiantes pre-universitarios que oscilaban entre los 14 y 21 años de edad; y, finalmente, Díaz y Molina (17) quienes encontraron un 16% de riesgo de TCA en adolescentes de una institución educativa estatal.

A diferencia de todos estos estudios, la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo se caracteriza por ser un colegio femenino. Esto puede estar contribuyendo al incremento de riesgo en aproximadamente 4 a 5 puntos porcentuales, en comparación con otros estudios.

Los estudios han demostrado, que las mujeres tienen mayor riesgo de TCA que los varones. Morales y Yopez (12) concluyeron que el sexo femenino, es el grupo más afectado. La presión social es uno de los factores más determinantes para el desarrollo de este trastorno, pues las mujeres suelen

ser más críticas con la moda y la apariencia física, además ven a la delgadez como sinónimo de belleza.

En relación a las dimensiones, destacó la dimensión dieta con un 29.5% de riesgo, a diferencia de Miranda (16) que encontró un total de 59.26% de riesgo y Díaz y Molina (17) que obtuvo 26% de riesgo. Si sabemos que la dimensión dieta se refiere evitar alimentos que engordan y la preocupación por estar delgados; muchas personas que deciden cuidar su aspecto físico. El instrumento valoró el potencial riesgo a exagerar en la dieta. Es así que en la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo 30 de cada 100 alumnas está en riesgo a TCA en su dimensión dieta.

En la dimensión Bulimia y preocupación por la comida, los resultados del riesgo alcanzaron un 11.1%, que coincide con lo investigado por Díaz y Molina (17) 10% de riesgo. Esta dimensión valora pensamientos sobre la comida e indicadores de bulimia, donde se incluyen deseos por comer excesivamente en periodos cortos de tiempo, conocido como “atracción”, vómitos después de comer y sensación de que la comida controla su vida.

Finalmente, la dimensión control oral, obtuvo un 24.9% de riesgo, unos puntos menos de lo encontrado por Díaz y Molina (17), que fue de 30% de riesgo en esta dimensión. Aquí se consideró la capacidad de autocontrol en el comer y la presión para aumentar de peso. Se le preguntó a la adolescente su preocupación por no comer aunque padezca hambre, y esta cedió bajo la impresión de que los demás preferirían que comiera más; el sentirse criticada por el resto que la observaban demasiado delgada, poder de autocontrol en lo que respecta a la comida y la impresión que tienen de que los demás la presionan para que coma.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En el riesgo a trastornos de conducta alimentaria en la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo predominó; el valor final normal.
- La dimensión “dieta” es la que presentó mayor porcentaje de riesgo a trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo.
- La dimensión “bulimia y preocupación por la comida” fue la dimensión con menor riesgo a trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo.
- Aproximadamente la cuarta parte de la población encuestada presenta riesgo en la dimensión “control oral” en las adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo.

5.2 RECOMENDACIONES

- Organizar sesiones educativas dirigidas a las adolescentes escolares que permitan prevenir el riesgo a trastornos de conducta alimentaria.
- Organizar campañas de salud mental que permitan fortalecer aspectos protectores, tales como desarrollo de autoestima y resiliencia.
- Difundir en los escolares conocimientos sobre estilos de vida saludable y alimentación balanceada.
- Realizar estudios con otra metodología, que permita valorar los factores más influyentes en el desarrollo del riesgo a trastornos de conducta alimentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lillo J. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet] 2004 [acceso 20 de mayo de 2018]; (90): 57-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019660005.pdf>
2. Menezes V. Resiliencia y trastornos de la conducta alimentaria [tesis doctoral]. Salamanca - España: Universidad de Salamanca; 2015 [Internet]. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128458/1/DPETP_MenezesdeLucenaeCarvalhoVÂ_Resilienciatrastornosconducta.pdf
3. Lopez C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo Rev. Med. Clin. Condes [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de junio de 2018]; 22(1): 85-97. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2011/1_enero/10_PS_Lopez-12.pdf
4. Galindo S. Factores influyentes en el riesgo de amorexia nerviosa de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo [Tesis de Licenciatura]. Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2011. [Internet]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/290/1/Galindo_sl.pdf
5. Mérida C, López R. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. Revista de Psicología [revista en Internet] 2013 [acceso 20 febrero de 2018]; 10(7): 69-85. [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n10/n10_a07.pdf
6. Borrego C. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psicología [revista en Internet] 2010 [acceso 23 de marzo de 2018]; 12(1): 13-50. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a02.pdf
7. Perú 21. Preocupante: hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú [sede Web]. Lima - Perú: Perú 21; 2014 [fecha de acceso 20 de

- diciembre de 2017]. Aug; Disponible en: <https://peru21.pe/lima/preocupante-hay-500-casos-bulimia-anorexia-peru-179481>
8. Montoya M. Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru-Villa María del Triunfo [Tesis de Licenciatura]. Lima - Perú: Escuela de Enfermería Padre Lui [Internet]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/282/1/Montoya_m.pdf
 9. Palacios L. Nivel de autoestima en adolescentes de 5to. y 6to. grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 3059 República de Israel [Tesis de Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uich.edu.pe/handle/uich/50>
 10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Día mundial de la población [sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014 [fecha de acceso 29 de diciembre de 2017]. [Internet]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
 11. Cahuana U, Carranza E, Zamudio R. Nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de 3° , 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Privada Cesar Vallejo, Villa Señor de los Milagros, Comas -2012 [Tesis de Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; [Internet]. Disponible en: <http://koha.uich.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-shelves.pl?viewshelf=81>
 12. Stuart O, Vasallo R, Marciolina T, Brossuet M. /es.Alboreadas Festinianas. Lima Perú:Colegio Nacional Experimental EstherFestini de Ramos Ocampo ; 1967.
 13. Morales A, Yépez V. Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del Instituto Tecnológico Superior "República del Ecuador" ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, período sep 2011-oct 2012 [tesis de Licenciatura]. Ibarra [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2071/1/TESIS>

COMPLETA MORALES Y YÉPEZ.pdf

14. Gili R, Otero J, Sandoval I, Ascaino L, Leal M, Olmedo E, et al. Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina. *Nutrición clínica* [revista en Internet] 2015 [acceso 15 de junio de 2018]; 3(16): 90-96. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_3/RSAN_16_3_90.pdf
15. Miranda L. Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016 [Tesis de licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2016 [Internet]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4708/Miranda_cl.pdf?sequence=1
16. Díaz V, Molina C. Riesgo de trastornos de conducta alimentaria en dos instituciones educativas de los Olivos- 2013 [Tesis de licenciatura]. Lima - Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2014 [Internet]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/365/1/Diaz_c%3BMolina_c.pdf
17. Borrás T. Adolescencia : definición , vulnerabilidad y oportunidad. *Correo científico médico de Holguin* [revista en Internet] 2013 [acceso 23 julio de 2018]; 18(1): 1 - 7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Calero E, Rodriguez S, Trumbull A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas* [revista en Internet] 2017 [acceso 23 julio 2018]; 17(3): 577-592. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864015000127>
19. Pajuelo J, Sánchez D, Álvares D, Tarqui C, Agüero R. La Obesidad en el Perú. *Fac med* [revista en Internet] 2015 [acceso 13 agosto de 2018]; 76(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200012
20. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y

- sociales. *Pediatr Integral* [revista en Internet] 2013 [acceso 23 de septiembre de 2017]; 43(2): 88 - 93. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93Desarrollo.pdf>
21. Gaete V. Desarrollo Psicosocial del Adolescente. *Revista Chilena de Pediatría* [revista en Internet] 2015 [acceso 23 de Agosto de 2016]; 86(6): 436-443. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822302904190>
 22. Vargas M. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX* [revista en Internet] 2012 [acceso 3 de setiembre de 2016]; (607): 475-482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
 23. Bravo M, Pérez A, Plana R. Bravo M, Pérez A, Plana R. Anorexia Nerviosa: Características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría* [revista en Internet] 2000 [acceso 20 de junio de 2016]; 72(4): 300-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011
 24. Mardomingo Sanz M. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Díaz de Santos; 2015.
 25. García Camba de la Muela E. *Avances en trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Alfavia; 2007. 572 p.
 26. Rodríguez Sacristán J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios; 1998.
 27. Rivera Donmarco J, Hernández Ávila M, Aguilar Salinas C, Vadillo Ortega F, Muradaya Rendón C. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
 28. Gil Verona J. *Problemas médicos en la escuela y su entorno*. 2ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 1999.
 29. Mayo Clinic. *Anorexia Nerviosa* [sede Web]. Rochester- Estados Unidos: Mayo Clinic; 2018 [20 de Junio de 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases>

conditions/anorexia/symptoms-causes/syc-20353591

30. López Madrid J, Sallés Tenas N. Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Valencia: Nau Libres; 2005.
31. National Eating Disorders Association Feeding hope. Consecuencia de los trastornos alimenticios [sede Web]. Estados Unidos: National Eating Disorders Association Feeding hope; 2012 [fecha de acceso 23 de junio de 2017]. [Internet]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>
32. Borrego O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [revista en Internet] 2000 [acceso 20 de abril de 2016]; 24(2): 44-50. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>
33. Tejedor García J, Etxabe Marceil P. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Glosa S.L; 2007.
34. Pedrera Carbonell V, Miralles Parres J, Lainez Andrés J. Guías de Actuación Clínica. Valenciana: Generalitat Valenciana; 2002.
35. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte [revista en Internet] 2015 [acceso 7 de julio de 2018]; 6(2): 7-69. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/471>
36. Hernández Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana; 2010.
37. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Psychology International [revista en Internet] 2018 [acceso 25 de agosto de 2017]; 18(4): 1-25. Disponible en: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

38. López N. Principios éticos básicos. Educación Médica [revista en Internet] 2015 [acceso 24 de septiembre de 2018]; 16(1): 24 - 28. Disponible en: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X1575181315352393&r=71>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor final
Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria	“El riesgo a trastorno de la conducta alimentaria es aquella actitud que toma una persona al colocar a la comida como único centro de su vida” (16).	Es el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo medido mediante la aplicación del cuestionario EAT-26 modificado, el cual ha sido validado y confiabilizado por Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. y Jiménez, V.	Factor 1: Dieta	- Evitación de alimentos que engordan. -Preocupación por estar delgado	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25.	Normal <10 Riesgo > 0 = 10
			Factor 2: Bulimia y preocupación por la comida.	-Pensamientos sobre la comida. -Indicadores de bulimia.	3, 4, 9, 18, 21, 26.	Normal <5 Riesgo >0 = 5
			Factor 3: Control oral.	-Autocontrol en el comer. -Presión de otros para aumentar de peso.	2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.	Normal <5 Riesgo >0 = 5

Anexo B. Cuestionario de riesgo a trastornos de la conducta alimentaria

EAT-26 Modificado, validado y confiabilizado en Perú en el año 2007 por Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V.

Instrucciones.- A continuación se presentarán una serie de preguntas, le pedimos que conteste con una de las opciones de respuesta, cuyos valores aparecerán en los siguientes cuestionarios. Anote el valor en el recuadro extremo derecho.

Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
0	1	2	3	4	5

	PREGUNTAS	
1	Me aterroriza llegar a tener exceso de peso	
2	Procuro no comer aunque tenga hambre	
3	Me preocupa mucho por la comida	
4	Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer	
5	Corto los alimentos en pequeñas porciones	
6	Tengo cuidado con las calorías de los alimentos que como	
7	En concreto, evito los alimentos que contienen un alto contenido de hidratos de carbón (pan, patatas, arroz)	
8	Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más	
9	Vomito después de comer	
10	Me siento culpable después de comer	
11	Me preocupa el deseo de estar delgado/a	
12	Cuando hago ejercicios, pienso sobre todo en quemar calorías	
13	Los demás piensan que estoy demasiado Delgado	
14	Me preocupa la idea de tener sobrepeso (grasa en mi cuerpo)	
15	Tardo más tiempo en comer que los demás	
16	Evito comer alimentos que tengan azúcar	
17	Consumo alimentos dietéticos	
18	Tengo la impresión de que la comida controla mi vida	
19	Puedo auto controlarme en lo que respecta a la comida	
20	Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma	
21	Tengo demasiado tiempo pensando y preocupandome en la comida	
22	Me siento a disgusto después de haber comido dulces	
23	Me comprometo a realizar un régimen de mis alimentos	
24	Me gusta tener el estómago vacío	
25	Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías	
26	Me vienen ganas de vomitar después de las comidas	

Anexo C. Forma de calificación del instrumento

Encontraron los siguientes factores

Dieta: Contiene los factores de preocupación por estar delgada y restricción de alimentos, contiene los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25.

Bulimia y preocupación por la comida: Incluyen pensamientos relacionados con la comida y conductas purgantes, siendo ese el indicador del peor pronóstico del trastorno, contiene los ítems 3, 4, 9, 18, 21, 26.

Control Oral: Contiene las escalas de autocontrol en la conducta de comer, contiene los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

El sistema de calificación va de acuerdo a los valores de la siguiente tabla.

Todos los ítems					
Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
0	1	2	3	4	5
3	2	1	0		

ÍTEM 25

Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
0	1	2	3	4	5

Anexo D. Carta de presentación



CARTA N° 013- 2016-FCS - UCH

Los Olivos, 12 de abril de 2016

Señor:
MG. JORGE YARINGAÑO MAYTA
DIRECTOR
I.E ESTHER FESTINI DE RAMOS OCAMPO

Presente.-

Asunto: Facilidades para recolección de información para trabajo de Investigación.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades y el mío propio, a la vez comunicarle que nuestra estudiante:

CÁRDENAS RAMOS STEFANY LISETH
RUÍZ GÓMEZ RAQUEL GAUDENCIA
SEDAMANOS BECERRIL MERY LIS

Código N° 12120017
Código N° 12120089
Código N° 12120096

Se encuentra desarrollando la tesis que lleva por título **FACTORES ASOCIADOS Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTHER FESTINI DE RAMOS OCAMPO, COMAS – 2016** para obtener el título de licenciado en enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal,
Atentamente,



César Abraham Suárez Oré
DIRECTOR

Universidad de Ciencias y Humanidades
Escuela Profesional de Enfermería

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf.: 528-0948

Anexo E. Autorización para la recolección de información



**INSTITUCION EDUCATIVA
"ESTHER FESTINI DE RAMOS OCAMPO"
UGEL N°04- COMAS - TELEF. 7473287**

Comas, 20 de Abril del 2016

OFICIO N°124-DIE-"EFRO"-2016

Señor :

**CESAR ABRAHAM SUARES ORÉ
DIRECTOR ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

PRESENTE:

ASUNTO: Se otorga facilidades para recolección de información para trabajo de investigación.

REF. : CARTA N°013-2016-FCS-UCH

Por medio del presente, me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente a nombre de la I.E. "Esther Festini de Ramos Ocampo" que tengo a bien representar.

En atención al documento de la referencia , la dirección a mi cargo autoriza a las estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, que se detalla a continuación :

- CARDENAS RAMOS STEFANY LISETH
- RUIZ GOMEZ RAQUEL GAUDENCIA
- SEDAMANOS BECERRIL MERY LIS

Realizar recolección de información para trabajo de investigación "Factores Asociados y Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de la I.E."EFRO" .

Sin otro particular, me despido de usted reiterándole muestras de aprecio y estima personal .

Atentamente,



Jorge R. Yaringaño Mayta
Mg. Jorge R. Yaringaño Mayta
DIRECTOR
I.E. Esther Festini de Ramos Ocampo
C.M. 1020647537

Anexo F. Consentimiento informado

Estimado padre/madre o apoderado:

A través de esta investigación queremos determinar el riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016. Si usted da su consentimiento para que la/él Adolescente pueda participar, se le entregara a su hija/o un Asentimiento Informado para cerciorarnos que ella/él quiera participar. Si ella/él no quiere participar no será incluido(a) en esta investigación.

Solicito su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en este estudio. El estudio consiste en llenar un cuestionario (26 preguntas). Contestar dicho cuestionario le tomará aproximadamente 5 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación no afectará la nota del estudiante, el estudio no conlleva ningún riesgo y no recibirá ninguna compensación por participar.

Si desea que su hijo(a) participe, por favor llenar el talonario de autorización y devolver al docente del estudiante.

He leído el procedimiento y voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a).....participe en el estudio.

Padre/madre o apoderado

Anexo G. Asentimiento informado

Responsables: Cárdenas Ramos, Stefany; Ruíz Gómez, Raquel y Sedamanos Becerril, Mery.

A través de esta investigación queremos determinar riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016. Si usted da su consentimiento para que la/él Adolescente pueda participar, se le entregara a su hija/o un Asentimiento Informado para cerciorarnos que ella/él quiera participar. Si ella/él no quiere participar no será incluido(a) en esta investigación.

Si usted acepta participar de esta investigación, las investigadoras (estudiantes de enfermería) aplicaran un cuestionario que incluyen preguntas relacionadas con riesgo de presentar trastornos de conductas alimentarias en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.

Se aplicara el cuestionario de forma individual a cada uno de los participantes con un tiempo de 5 minutos.

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

A fin de proteger la privacidad, la información y los datos obtenidos no serán rotulados con su nombre, ni con sus iniciales. Toda la información obtenida será mantenida de manera confidencial y sus datos serán codificados en una base de información manejada solo por las 3 investigadoras. Ninguna información sobre usted o dada por usted durante su participación será distribuida a otros sin su permiso por escrito. Los resultados serán publicados en forma general en ningún momento se mencionara a su persona.

He leído el procedimiento y voluntariamente acepto participar en la investigación.

Nombre del Adolescente:.....

Firma del adolescente:.....

Fecha(Día/mes/año):.....

Tabla 1. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la institución educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas- 2016

Riesgo de TCA	Frecuencia	Porcentaje
Normal	170	78.3
Riesgo	47	21.7
Total	217	100.0

Tabla 2. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión dieta en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016

Dieta y preocupación por la comida	Frecuencia	Porcentaje
Normal	153	70.5
Riesgo	64	29.5
Total	217	100.0

Tabla 3. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión bulimia y preocupación por la comida en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016

Bulimia	Frecuencia	Porcentaje
Normal	193	88.9
Riesgo	24	11.1
Total	217	100.0

Tabla 4. Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria según la dimensión control oral en adolescentes de la Institución Educativa Esther Festini de Ramos Ocampo, Comas-2016.

Control oral	Frecuencia	Porcentaje
Normal	163	75.1
Riesgo	54	24.9
Total	217	100.0