



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

TESIS

**TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 4TO. AÑO
DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNOLÓGICA
VILLA LOS REYES - VENTANILLA - CALLAO 2012**

PRESENTADO POR

GONZALES REMIGIO, CLAUDIA KATHERINE

ASESOR

PEÑARRIETA DE CÓRDOVA, MARÍA ISABEL

Los Olivos, 2014



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN
ADOLESCENTES MUJERES DEL 4TO. AÑO DE
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
TECNOLÓGICA VILLA LOS REYES - VENTANILLA
– CALLAO 2012**

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

PRESENTADA POR:

GONZALES REMIGIO, CLAUDIA KATHERINE

LIMA - PERÚ

2014

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO

Tuse Medina, Rosa Casimira
Presidente

Quispe Rosales, Pedro Pablo
Secretario

Matta Solís, Hernán Hugo
Vocal

Peñarrieta de Córdova, María Isabel
Asesora

**TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES
MUJERES DEL 4TO. AÑO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNOLÓGICA VILLA
LOS REYES - VENTANILLA – CALLAO 2012**

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios por darme la vida, a mis adorados padres por apoyarme en los estudios y siempre estar conmigo en todo momento, a mis hermanos por cederme la biblioteca, a mi abuela María Jesús que es el modelo de vida a seguir, a mi amado e incondicional esposo, por ser mi competencia y siempre estar conmigo en todo momento. Agradezco de manera especial a mis profesores y/o asesora que gracias a todos sus conocimientos concluí algo muy importante en mi vida. También a mi querida Universidad de Ciencias y Humanidades por tener muy buenos docentes y buena plana curricular en la carrera de Enfermería.

Índice

| | |
|---|------|
| Resumen | Pág. |
| Abstract | |
| Introducción | 10 |
| | |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | |
| 1.1 Planteamiento del problema | 14 |
| 1.2 Formulación del problema | 15 |
| 1.3 Objetivos..... | 16 |
| 1.3.1 Objetivos generales | 16 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 16 |
| 1.4 Justificación del estudio..... | 16 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Marco Contextual histórico social de la realidad | 17 |
| 2.1.1 Distrito de Ventanilla..... | 19 |
| 2.1.2 Ubicación, extensión, población y su caracterización..... | 19 |
| 2.1.3 Reseña Histórica del Instituto Educativo..... | 19 |
| 2.2 Antecedentes internacionales..... | 20 |
| 2.3 Antecedentes nacionales..... | 26 |
| 2.4 Marco Teórico propiamente dicho | 30 |
| 2.4.1 Adolescentes | 30 |
| 2.4.2 Características generales | 31 |
| 2.4.3 Descripción crecimiento o (maduración sexual) | 31 |
| 2.4.4 Hombres | 31 |
| 2.4.5 Mujeres | 32 |
| 2.4.5.1. Cambios físicos | 33 |
| 2.4.5.2. Cambios psicológicos..... | 35 |
| 2.4.5.3. Cambios sociales | 35 |
| 2.4.6 Trastornos alimentarios | 37 |
| 2.4.6.1 Conceptos..... | 37 |
| 2.4.6.2 Características | 38 |
| 2.4.7 Factores de riesgo | 38 |

| | |
|---|----|
| 2.4.7.1 Factores Biológicos..... | 38 |
| 2.4.7.2 Factores psicológicos..... | 39 |
| 2.4.8 Trastornos alimenticios más comunes..... | 39 |
| 2.4.8.1 Anorexia nerviosa..... | 39 |
| 2.4.8.2 Bulimia | 40 |
| 2.4.8.3 Vigorexia | 41 |
| 2.4.8.4 Megarexia | 41 |
| 2.4.9 Instrumentos para medir los trastornos alimenticios | 42 |
| 2.4.9.1 EAT-26 | 42 |
| 2.4.9.2 EDI -2 | 43 |
| 2.4.9.3 BULIT-R | 44 |
| 2.4.9.4 BITE | 45 |
| 2.4.9.5 EDE-Q..... | 46 |
| 2.5 Hipótesis..... | 46 |
| 2.6 Variables..... | 46 |
| 2.7 Definición conceptual..... | 47 |
| 2.8 Definición operacional | 47 |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

| | |
|---|----|
| 3.1 Diseño de investigación | 49 |
| 3.2 Población..... | 49 |
| 3.2.1 Criterios de inclusión..... | |
| 3.2.2 Criterios de exclusión..... | |
| 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 50 |
| 3.4 Proceso de recolección datos..... | 51 |
| 3.5 Aspectos éticos..... | 51 |
| 3.6 Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos..... | 52 |

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|---------------------|----|
| 4.1 Resultados..... | 53 |
| 4.2 Discusión | 58 |

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------------|----|
| 5.1 Conclusiones | 64 |
| 5.2 Recomendaciones | 65 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66
ANEXOS..... 69

Índice de tablas

| | | |
|---------|---|-----|
| Tabla 1 | Distribución de la población según grupos etarios | V |
| Tabla 2 | Distribución de las adolescentes que trabajan | V |
| Tabla 3 | Distribución de tipos de familia en las adolescentes | V |
| Tabla 4 | Distribución de la muestra por nivel de riesgo de trastorno Alimentario según tipos de familia..... | VI |
| Tabla 5 | Distribución de la muestra por tipos de familia según dieta | VI |
| Tabla 6 | Distribución de la muestra por tipos de familia según bulimia..... | VII |
| Tabla 7 | Distribución de la muestra por tipos de familia según control oral..... | VII |

Índice de gráficos

| | | |
|------------|---|-----|
| Grafico 1 | Total de adolescentes mujeres con riesgo de trastornos alimenticios | 53 |
| Grafico 4 | Adolescentes mujeres con la dieta..... | VII |
| Grafico 5 | Distribución de la muestra por la edad según dieta | 55 |
| Grafico 7 | Adolescentes mujeres con bulimia..... | 56 |
| Grafico 10 | Adolescentes mujeres con control oral | 57 |

Resumen

El Objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los trastornos alimenticios en las adolescentes mujeres del 4to. Año de secundaria del I.E.T. Villa Los Reyes Ventanilla Callao en el año 2012 la **metodología** del Estudio descriptivo. Se evaluaron 159 mujeres adolescentes entre 14 y 18 años del 4to año de secundaria en el año 2012, seleccionadas mediante muestreo, aplicándoles el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) dividida en tres variables, Dieta, Bulimia y control Oral **los resultados**. El 57.9% de alumnas tuvieron riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): una de ellas, que son la anorexia nerviosa, bulimia, y trastornos de la conducta alimentaria. El 42.1% del total de alumnas presentó estado nutricional normal, dividiendo en edades se encuentra que las adolescentes de 14 a 15 años presentan un 46,7% están en los parámetros normales y un 53,3% están en riesgo de TAC, y las adolescentes de 16 a 18 años están en 33,3% en un parámetro normal y un 66,7% en riesgo de TAC. Al analizar los resultados encontramos que el 75% de las adolescentes mujeres que no trabajan están normales en los Trastornos Alimenticios y que 25% están en riesgo. También muestra que el 28% de las adolescentes que trabajan están en parámetros normales con los Trastornos alimenticios y que el 79% de las adolescentes que trabajan se encuentran en riesgo. La **Conclusión** es el porcentaje de alumnas con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria del 4to año de secundaria del IET "Villa los Reyes" fue de alto.

Palabras clave: Trastornos alimenticios, adolescencia, factores de riesgo

Abstract

The objectives. To determine the prevalence of eating disorders in adolescent girls 4th. Year high of I.E.T. Villa Los Reyes Ventanilla Callao in 2012 **the methodology** descriptive study. 159 adolescent girls between 14 and 18 of the 4th year of high school in 2012, selected by sampling, applying the Eating Attitudes Test (EAT-26) divided into three variables, Diet, Oral control Bulimia and evaluated. **The results** 57.9% of students were at risk of behavior disorders Alimentaria (TCA): one that are anorexia nervosa, bulimia, and eating disorder. 42.1% of students had normal nutritional status, dividing the ages is that adolescents aged 14 to 15 years have a 46.7% are in the normal range and 53.3% are at risk of TAC, and adolescents aged 16 to 18 are 33.3% on a normal parameter and 66.7% at risk of TAC. In analyzing the results found that 75% of adolescent women who do not work are normal in eating disorders and 25% are at risk. It also shows that 28% of adolescents who work are in normal ranges with eating disorders and that 79% of working adolescents are at risk. **The conclusion** is percentage of students at risk of eating disorder 4th year of high EIT "Villa los Reyes" was 59.7%.

Keywords: Eating disorders, adolescence, risk factors

Introducción

Un paseo a lo largo de la historia de la humanidad nos sugiere que la alimentación se ha considerado no solamente una manera de supervivencia, si no que adoptó diversos matices asociados a la cultura cuyo impacto ha afectado principalmente al género femenino a través de los tiempos; los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) fueron prevalentes en países en desarrollo, no tardó mucho para que en países ya desarrollados también se presentaran este tipo de problemas cuyo foco principal son edades que corresponden al final de la infancia, adolescencia y jóvenes.

Los trastornos de la conducta alimentaria, contribuye uno de los principales motivos de consulta psiquiátrica en adolescentes y su prevalencia va en aumento en los países industrializados, este trastorno va y predomina en el sexo femenino de clases socioeconómicas media, alta y con una edad promedio de aparición de los síntomas a los 15 años.

A partir de los 6 años las personas logran interiorizar su imagen corporal, creando en algunas oportunidades, patrones de belleza equivocados, y es a esta edad cuando se forman aspectos fundamentales del desarrollo psíquico, como autoestima, autonomía y habilidades sociales. La preocupación por el aspecto físico se acentúa durante la adolescencia y estar delgado es ser popular, inteligente y por supuesto exitoso.

Más allá de las cifras que representan el porcentaje de personas que padecen y fallecen de trastornos del comportamiento alimentario; más allá de las fórmulas creadas para adelgazar, de qué alimento es sano y qué es dañino, de cuáles dietas funcionan y cuáles fracasan; más allá del lenguaje médico de los textos científicos sobre la anorexia nerviosa (AN) y de la bulimia nerviosa (BN), he querido humanizar, sociabilizar y sensibilizar las estadísticas que hablan de estas enfermedades.

Es tan inquietante la formalización de estándar de un cuerpo normal o saludable dentro de los parámetros medidores del consumo de alimentos y la realización de ejercicio. La sociedad ha mediatizado el alimento como una cantidad, ha

estandarizado cuántos kilos pesar, cuánto gramos comer y cuánto no; aún se desconoce la fórmula perfecta para prolongar la vida del cuerpo joven, para ser delgado o mantenerse en el peso ideal.

Lo cierto es que el mercado está invadido de un gran negocio lucrativo, cientos de fórmulas para adelgazar, pastillas para inhibir el apetito, mantenerse con energía o perder grasa; clínicas estéticas, gimnasios, etc.

Esta es una investigación que corresponde a un acercamiento al trastorno de la conducta alimentaria y una aproximación al problema de la salud mental que repercute en enfermedades como la AN y la BN, las cuales son invisibles ante la sociedad.

Leyendo iba indagando las experiencias de vida de personas y me cuestionaba la belleza desde sus diferentes acepciones y percepciones en las diversas culturas, desde los griegos y hasta nuestra generación, observé que el cuerpo es tan relevante como el alma que lo habita, esa apariencia es tan válida como la misma esencia del ser.

La investigación de los trastornos del comportamiento alimentario, comer no es sólo un mecanismo de defensa de sobre vivencia, sino también una manifestación de los estados emocionales.

Es intolerante esa actitud rebelde y caprichosa que protagonizaba la vanidad sobre aquellos que negaban el alimento a sus cuerpos, no entendía cómo el placer de comer y degustar los sabores fuera un momento tortuoso que encarcelaba el sentimiento de culpa y el miedo a engordar. ¿Por qué inhibir el alimento?, ¿por qué expulsarlo?, ¿por qué rechazarlo?, ¿qué historia antecedía y qué factores habían producido estos trastornos?

Es así como empieza esta investigación del trastorno de la conducta alimentaria.

La autora

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

A inicios del siglo XXI una nueva epidemia se va extendiendo entre la sociedad y afecta sobre todo a los adolescentes. A fines de milenio, en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, el binomio “anorexia nerviosa-bulimia” ha adquirido una expansión alarmante, considerándose una verdadera “epidemia social”. El aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa y bulimia, junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de salud, ha permitido constatar que todavía sabemos muy poco de este género de trastornos.

La aparición de estas enfermedades relacionadas con la alimentación se dan especialmente en adolescentes, entre los 14 y los 20 años, que es una etapa en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que tenemos del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica.

Según las estadísticas de Salud mental en los últimos diez años el incremento del número de afectados por anorexia ha sido galopante. En la actualidad, en los países desarrollados la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a 1 de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años y aunque más afecta, a las mujeres adolescentes.

La Anorexia nerviosa es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 10 a 1. La bulimia se da más frecuencia que la anorexia nerviosa, su incidencia es 4 veces mayor. Los estudios plantean que entre el 3 y el 10% de las chicas la padecen. Entre el 50% y el 60% de los casos se cura y el resto de paciente clasifican la enfermedad. La mortalidad por anorexia nerviosa es de un 10% entre los pacientes que la padecen¹.

En varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos. Indican que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa. La incidencia total es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia. Además, la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad. Además, la prevalencia estimada para trastorno por “atracción”².

En otro estudio realizado en Chile manifiestan que existe relación entre los síntomas psicológicos asociados al desarrollo de un trastorno de la alimentación en estudiantes secundarias de la comuna de Concepción y el tipo de funcionamiento familiar percibido. Teniendo como instrumento el EDI – 2 (El inventario de trastornos alimentarios), diagnosticando, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. Se evaluó a 1,429 participantes en la ciudad de Antofagasta pertenecientes a establecimientos educacionales municipales, encontrándose diferencias entre hombre y mujeres, se encontró que el porcentaje de sujetos en riesgo es mayor en mujeres que en hombre, principalmente en el grupo de (15 a 18 años), es así que los hombres 5,3%. y las Mujeres 8,9%. A nivel general el 7,4% de los evaluados se encuentran en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres³.

No existe datos nacionales en prevalencia sobre Trastornos alimenticios (TAC), sin embargo a nivel local hay estudios realizados en escuelas en el 2008 en Lima Metropolitana encontrando un 20% de los hombres y el 26% de mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria. Este estudio se realizó con el instrumento el EAT-26 (Test de Actitudes Alimentarias), encontrando que en un 22,2% presentan trastornos de la alimentación y un 20,5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente⁴.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos alimenticios en las adolescentes mujeres del 4to. Año de secundaria del I.E.T. Villa Los Reyes Ventanilla Callao en el año 2012?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar el riesgo de los trastornos alimenticios en las adolescentes mujeres del 4to. Año de secundaria del I.E.T. Villa Los Reyes.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el porcentaje de adolescentes mujeres que se relacionen con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada.
- Identificar el porcentaje de adolescentes mujeres que se relacionen el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia.
- Identificar el porcentaje de adolescentes mujeres que se relacionen con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso.

1.4 Justificación

Se quiere realizar la siguiente investigación ya que en nuestro país se han encontrado diferentes investigaciones relacionadas con la problemática planteada. Se observa en estudios anteriores que las mujeres tienen mayor problema en los trastornos alimenticios, por eso es importante generar conocimientos sobre este tema para saber cuál es la magnitud del problema.

La enfermería comunitaria, desarrollada, en colegio, familias, comunidad, y otros; juega un papel importante en la detección primaria de problemas de nutrición y/o trastornos alimenticios, por eso es necesario que sepamos identificar la magnitud del problema en las adolescente para que se logre prevenir oportunamente este problema, trabajando en la prevención y la promoción de la Salud Mental con el equipo multidisciplinario (Doctores, enfermeras, psicológicos, nutricionistas, técnicos) correspondiente, para lograr disminuir la prevalencia de estos casos que cada día van cobrando más fuerza en jóvenes de todas las clases y género.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Contextual histórico social de la realidad

2.1.1 Distrito de Ventanilla

La Historia de Ventanilla no es para nada reciente, por el contrario, data de la época de los primeros pobladores de la costa del país, quienes, en el llamado Periodo Lítico (desarrollo de instrumentos de piedra - 15,000 a 7,000 años antes de Cristo) ya habían escogido las riberas del río Chillón, como fuente de vida y posteriormente, en el Periodo Arcaico (7,000 a 2,000 a. de C.), para el desarrollo de sus actividades agrícolas.

Arturo Gómez Alarcón, licenciado en educación, con especialidad en Historia y Geografía y autor del libro “Historia del Perú Pre-Incaico” (Ediciones Naylamp, 2006), reafirma que: “Los periodos arqueológicos más antiguos del Perú son: el Lítico y el Arcaico. El periodo Lítico es llamado también Pre -Agricultura, pues sus grupos humanos representantes tenían una economía parasitaria o depredadora, desconocían las técnicas de producción agropecuaria y sus fuentes de alimentación provenían de la cacería, la recolección y la pesca. En el Periodo Arcaico se inicia la agricultura incipiente y la domesticación de animales”.

Muchos estudiosos actualmente engloban los periodos Lítico y Arcaico con el nombre de Etapa Pre - Cerámica (15,000 a 2,000 a de C.).

A inicios de los años 60', alentadas por el Gobierno Central, diversas empresas fomentan la creación de Asociaciones de Vivienda con el fin de poblar esta zona del Callao. Así, llegan los trabajadores de la fábrica de calzado Bata, la molinera “Santa Rosa” y Servicios Industriales de la Marina (Sima), entre otros. La historia reseña que el 24 de setiembre de 1960, con la presencia del ministro Pedro

Beltrán y el cardenal Juan Landázuri, se procede al acto simbólico de fundación de la ciudad, la cual aún no recibe el reconocimiento como distrito. Las autoridades firman un pergamino y colocan la primera piedra de la Parroquia San Pedro Nolasco.

Es así como se forman las urbanizaciones “Ciudad Satélite” y “Ciudad Naval”, entre los años 61 y 63. No obstante, el viejo proyecto de hacer de toda Ventanilla una “Ciudad Satélite” al estilo de Brasilia en Brasil, con todos los servicios básicos y organismos descentralizados del Gobierno Central, se queda trunco y la respuesta de más asociaciones de vivienda y urbanizaciones futuras decae para ceder paso a las invasiones posteriores.

Resulta oportuno señalar que desde 1960 hasta diciembre de 1967 la administración de la ciudad estuvo a cargo de la Junta Nacional de Vivienda, pasando luego a la jurisdicción del distrito de Puente Piedra, y posteriormente, el 28 de enero de 1969, la ciudad de Ventanilla es reconocida recién como distrito, mediante Decreto Ley 17392. El señor Atilio Torchiani Nicolini fue designado como Delegado del Concejo, en la Comisión del nuevo distrito.

Al año siguiente, el 2 de enero de 1970, es designado como primer alcalde de Ventanilla, el señor Edmundo Rodríguez Arguedas y le sucede, a los pocos meses, Norberto Reiferath, de 1970 a 1974.

El año 72, muchos habitantes de Ventanilla, que habían tomado posesión de sus arenas, dan origen a lo que se conoce hoy en día como “Ventanilla Alta”, a continuación de Ciudad Satélite, tomando precisamente las zonas altas de este sector. Ventanilla está conformada en la actualidad sólo por media docena de urbanizaciones y más de 300 asentamientos.

De acuerdo a los datos recopilados por la propia página oficial del municipio del Centro Poblado Menor de "Mi Perú", el 6 de octubre de 1985, un grupo de 22 familias desalojadas de una invasión en el ex Fundo Bocanegra, frente al aeropuerto Jorge Chávez, fueron reubicadas por el Gobierno Central de en unos arenas ubicados al pie de Pachacútec.

Dicho arenal ubicado a continuación de la Zona industrial de Ventanilla y a un costado de la carretera Panamericana Norte, era de propiedad de la Empresa

Nacional de Edificaciones (Enace) que comenzó a lotizar y adjudicar a las primeras familias quienes tenían que pagar por la ubicación de sus lotes. Sin embargo, se afirma que no se les dotó de ningún servicio básico a pesar de las promesas del Gobierno Central.

Así, Mi Perú, a partir de 1992 consigue recién la electrificación definitiva, agua y desagüe, a través del financiamiento del Fondo Nacional de Vivienda, Fonavi. Seguidamente se pavimentan sus principales avenidas, lozas deportivas no sin antes haber construido sus colegios, centro de salud y su parroquia. El 6 de octubre de 1994, Mi Perú es elevada a la categoría de Centro Poblado Menor denominada como "Nuestra Señora de la Mercedes, Mi Perú", en homenaje a la santa patrona de la ciudad. En consecuencia de este acontecimiento y de acuerdo a Ley le correspondía la creación de su propia municipalidad, aunque con facultades limitadas por su propio carácter de Centro Poblado.

El 1 de enero de 1995, el señor Carlos Chacaltana Muchaypiña es elegido como el primer Alcalde de "Mi Perú"; sin embargo, debido a los cuestionamientos de su gestión se convoca a consulta popular para elegir nuevas autoridades. Esta consulta se realiza a fines del año 1997, saliendo elegido en segunda vuelta el Sr. Reynaldo Encalada Tovar quien entra en funciones el 19 de enero 1998²⁷.

2.1.2 Ubicación, extensión, población y su caracterización

Su infraestructura inicial contó con 16 secciones, 05 talleres, 01 laboratorio, 01 dirección. Ubicado en Ventanilla-Callao en el AA.HH. Villa Los Reyes. En la actualidad alberga una población estudiantil de 1400 alumnos en los turnos mañana y tarde, con 100 personas que trabajan al servicio de la IE. (Personal, jerárquico, docente, administrativo y de servicio), cuenta con una infraestructura de 45 secciones, 02 laboratorios, 01 dirección, 02 subdirecciones, 04 patios, 03 lozas deportivas, 12 talleres: computación e informática, industria del vestido, industria alimentaria, industria del calzado, contabilidad, electricidad y electrónica, todo esto construido en un área de 6 000 m².

2.1.3 Reseña Histórica del Instituto Educativo

El colegio nacional técnico villa los reyes, creado mediante R.D. N° 193 USE 16-V, el 15 de abril de 1993, su construcción se inicia en el año 1992 en un área

ubicado en el A.A.H.H. " Villa los Reyes" El financiamiento fue aporte de la Embajada Suiza, culminando la obra en mayo de 1993.

En sus inicios el C.E. tuvo el nombre de Colegio Nacional Tecnológico Villa Los Reyes sin embargo por ese entonces ni se contaba con el mobiliario de los talleres , imposibilitando el desarrollo técnico , razón por la cual las autoridades cambiaron el nombre por el de :Colegio Nacional "Villa Los Reyes" con áreas técnica, para nivel de secundaria de menores.

En el año 1993 abre sus puertas a los estudiantes que en mayoría eran procedentes del C.E. 5077 " Jose Faustino Sanchez Carrion". Se inició con un total de 485 alumnos de los cuales 282 en la variante de Humanidades; 81 alumnos en Comercial y 142 en Industrial. El personal con que se contó estuvo dirigido por el profesor Victor Raul Villareal Fiorentini ; 22 profesores: 2 auxiliares y 3 personal de servicio repartidos en dos turnos, acordándose que los varones asistieran por la tarde y la mujeres en turno de la mañana.

En el año 1994 el colegio busca su propio desarrollo e implementación, es así que adquiere la banda de guerra por medio de una comisión dirigido por un docente , en los siguientes años el colegio , logra su implementación , en las diferentes áreas gracias a instrucciones públicas y privadas.

2.2 Antecedentes internacionales

A continuación se presentan estudios realizados a nivel internacional que se encuentran relacionados con el presente estudio, así tenemos que:

Cruzat C, Ramirez P, Melipillán R, Marzolo P. CHILE. 2008 Titulo: Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción, Esta investigación busca establecer relaciones entre síntomas psicológicos asociados a un trastorno alimentario en estudiantes secundarias de la comuna de Concepción y el tipo de funcionamiento familiar percibido. Es un estudio cuantitativo, mediante un diseño no experimental sobre la base de una encuesta transversal. La muestra estuvo conformada por 296 alumnas de enseñanza media de la comuna de Concepción, seleccionadas en

base a una muestra no probabilística por accesibilidad de establecimientos particulares. En cuanto a las edades variaban de 14 a 19 años. Del total de la muestra, un 26,6% se encontraba cursando primero media un 24,2% en segundo medio, un 29,0% en tercero medio y un 20,1% en cuarto medio. Los puntajes obtenidos en las tres sub escalas del EDI-2 que indican presencia de sintomatología asociada a trastornos de la alimentación se observa que en la sub escala de Obsesión por la delgadez la muestra exhibe un promedio de 1,02, en la sub escala de bulimia se observa un promedio de 0,37, mientras que es la sub escala de insatisfacción corporal el promedio correspondiente a 0,89. Uno de los principales hallazgos es la obsesión por la delgadez, es decir, la preocupación excesiva por la dietas, la preocupación por el peso.

Concluyeron

Que solo dos de los cuatro predictores resultan estadísticamente significativos en su contribución a la explicación de los puntajes de variable obsesión por la delgadez⁵.

Aguirre A, Damud M, Rosigues R, realizado en Argentina 2000 con el título: Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes secundarios del Nordeste Argentina Hospital Escuela "J.F. de San Martín". El objetivo de este estudio fue investigar en adolescentes estudiantes secundarios de ambos sexos del Nordeste Argentino (Corrientes-Misiones-Formosa) a) Conductas alimentarias de riesgo (trastornos alimentarios), en relación al sexo, edad y nivel socioeconómico b) investigar la relación entre Índice de Masa Corporal (IMC) y conductas alimentarias de riesgo. El estudio se realizó en las ciudades de Corrientes, Posadas y Formosa, situadas en el Nordeste Argentino, (en total 12 escuelas), siendo 2 de ellas del centro de la ciudad y 2 de ellas de la periferia. Pertenecían a 44 cursos de diferentes tipos de escuelas secundarias públicas (bachillerato, peritomercantil y técnica). El nivel socioeconómico fue definido por el nivel de estudios del padre, y fue clasificada en nivel primario, secundario, terciario y universitario. El cuestionario que se les realizó es el EAT 26. Las autoridades de las escuelas, sus profesores y alumnos recibieron previamente una descripción del estudio. La contestación de la encuesta fue voluntaria y anónima. El "Eating Attitudes Test" (EAT 26). La talla y el peso fueron descriptos por los participantes,

y con estos datos se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Posteriormente se determinó el percentil en el cual se encontraban, clasificándose en 5 grupos, de acuerdo con Must y colaboradores (16): percentiles < 5 (muy bajo peso), percentil 5-15 (bajo peso), percentil 15-85 (peso normal), percentil 85-95 (sobrepeso), percentil > 95 (obesidad). La muestra consistió en 1775 estudiantes (n= 1138 mujeres (64,1 %) y n= 637 varones, (35,9 %), rango de edades entre 12- 18 años. La edad media de los estudiantes fue 15,51 años. En nuestra muestra, el 10,5 % tenía estudios primarios, el 39,9 % tenía estudios secundarios, el 17,3 % tenía, estudios terciarios, y el 32,1 % tenía estudios universitarios. Se realizó el análisis de las conductas alimentarias (EAT 26), luego el análisis del IMC y la relación entre IMC y score de EAT. También fue analizada la relación entre score de EAT y nivel socioeconómico. Este estudio tiene muchos puntos de interés; por una parte por ser la primera investigación acerca de conductas alimentarias de riesgo en nuestra zona. También por incluir a jóvenes de ambos sexos, siendo que la mayoría de los trabajos de este tipo incluían sólo al sexo femenino.

Concluyeron

Que la diferencia significativa de mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes del sexo femenino (31,3% de mujeres con scores mayores a 20 contra 10,6 % de varones con scores mayores a 20). La relación entre IMC y scores de EAT mostró que 29,79 % de las mujeres y 51,81 % de los varones estuvieron dentro del rango normal con respecto al IMC y categorías de EAT. Tres subgrupos de categorías de IMC/EAT tienen particular interés. El primer subgrupo consistió en estudiantes con muy bajo peso y scores de EAT normal. Algunos de ellos pueden tener un retardo constitucional en la maduración. Otros pueden estar sufriendo un trastorno alimentario de tipo anoréxico, pero eligieron negar sus síntomas en el cuestionario, o también pueden tener un reporte de talla y peso que no son los reales⁶.

Urzua A, Castro S, Lillo A, Leal C, realizado Antofagasta, CHILE. Con el título de: Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile Junio 2011 Escuela de Psicología Universidad Católica del Norte. Este estudio tuvo por objetivo describir la prevalencia de riesgo de

trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. Se aplica la Escala EDI-2 a una muestra intencionada estratificada de 1.429 participantes de la ciudad de Antofagasta pertenecientes a establecimientos educacionales municipalizados, subvencionados y particulares. Se encuentran diferencias significativas en las medias de las dimensiones evaluadas entre hombres y mujeres, entre grupos de edad y entre los distintos establecimientos educacionales.

Concluyeron

A nivel general, el 7,4% de los evaluados se encuentra en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres. La prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en las mujeres, en el grupo de 15 a 18 años y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados³.

Castaña J Giraldo D, Gueva J, Losada L, En otro estudio realizado en Colombia con el título de: “Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria 2011 Colombia”. Su objetivo fue, determinar la presencia del factor de riesgo (positivo o negativo) para trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según el cuestionario EDI-2, y factores asociados en población de niñas escolarizadas de la ciudad de Manizales, Colombia. Estudio de corte transversal en el que se aplicó la encuesta Eating Disorder Inventory (EDI-2) a estudiantes de tres colegios privados femeninos de la ciudad de Manizales. Criterios de inclusión: pertenecer a octavo, noveno, décimo y undécimo grado. Firma de consentimiento informado. Tamaño muestra: 481 estudiantes; muestreo de los colegios y los estudiantes: probabilística estratificado por institución y grado. Variables medidas: socio demográficas, Apgar familiar y medidas antropométricas; las sub escalas contenidas en el EDI2 son: impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, in efectividad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social. El resultado se expresa como factor de riesgo positivo o negativo para trastornos de la conducta alimentaria. Es positivo si la sub. escala impulso a la delgadez tiene un valor mayor de 14. Se encontró que el 24,7% de la

población presentó factor de riesgo positivo según el cuestionario EDI-2 para desarrollar TCA, además se encontraron los siguientes factores asociados: consumo de alcohol ($p = 0,002$), antecedentes familiares de TCA ($p = 0,000$), percepción de sobrepeso ($p = 0,000$), funcionalidad familiar ($0,000$), índice de masa corporal ($p = 0,032$), y todas las medidas antropométricas excepto talla⁷.

Concluyeron

La prevalencia de factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria detectada en este estudio muestra que dichos trastornos siguen siendo un grave problema en las adolescentes colombianas

Angeles A, Feliciano M, realizado en México con el título: Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, gro., México 2006 Querétaro, México El objetivo de este estudio fue determinar el estado nutricional (desnutrición: leve, moderada y severa; bajo peso; normal; obesidad: obesidad o sobrepeso, obesidad II y obesidad III), la composición corporal (%grasa, %masa magra y %agua corporal) y el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), en adolescentes de 12 a 19 años de edad en zonas urbanas del Estado de Querétaro. Se hizo un estudio transversal con muestreo estratificado en 1 232 adolescentes de entre 12 y 19 años de edad en escuelas secundarias y preparatorias, públicas y privadas de la Ciudad de Querétaro, México. Las escuelas incluidas en el estudio fueron seleccionadas al azar de cada uno de los dos estratos establecidos, escuela pública o escuela privada, los grupos a muestrear dentro de cada escuela también fueron seleccionados de manera aleatoria, y aunque se intentó hacer una selección de los alumnos dentro de cada grupo, la mayoría de los Directores determinaron que se muestrearan a todos los alumnos en los salones seleccionados. A cada adolescente se le tomó peso, talla, composición corporal por impedancia bio eléctrica Resultados: se les aplicó la encuesta de actitudes alimentarias (EAT). Del total de adolescentes estudiados, 460 fueron hombres y 772 mujeres. La prevalencia de desnutrición fue del 13%, la de bajo peso del 15%, la de sobrepeso 13% y la de obesidad el 5%. La desnutrición severa fue mayor en hombres que en mujeres. Las escuelas privadas presentan mayor desnutrición leve que las públicas, y las públicas mayor

sobrepeso y obesidad que las privadas. La desnutrición y el bajo peso fueron más frecuentes en sujetos de 12 a 14 años, y la obesidad en adolescentes de 18 a 19 años.

Concluyeron

Se presentó mayor desnutrición y bajo peso (27%) que sobrepeso y obesidad 18%. La composición corporal prevalece en grasa (72%). Existe un alto riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en un 0.3% y con un riesgo moderado 4%⁸.

Moreno M, Ortiz G, realizado en México con el título de: "Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes" 2009, MÉXICO. Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos socio demográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años.

Concluyeron

Se encontró riesgo de trastorno alimentario (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Los casos se incrementan con la edad⁹.

Vega Verónica C.; Piccini Marta; Barrionuevo y José A.; Tocci Romina F., realizaron un estudio de investigación titulado "Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres en el año 2008 EN BUENOS AIRES ARGENTINA" el Objetivo fue investigar si existe alguna asociación entre la Depresión y la sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en una muestra no clínica de 700 adolescentes mujeres de 12 a 21 años de edad. Durante 2008, se aplicaron de manera auto-administrada 2 cuestionarios: el Beck Depression Inventory-BDI (Beck, 1972) y el Eating Attitude Test-EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) en escuelas públicas de

un Distrito bonaerense. Los resultados arrojan una asociación entre ambos instrumentos. Se analiza la relación entre las variables Depresión-TCA, en cada fase de la adolescencia, (temprana, media y tardía); confirmándose correlaciones en los 3 segmentos atareos.

Concluyeron

Finalmente, se rastrea qué ítems del test de Beck son los mejores productores de cada escala del EAT-26 y del total de dicho cuestionario. Los resultados hallados confirman asociación entre ambos trastornos. Se sugiere ahondar en el estudio de la morbilidad¹⁰.

2.3. Antecedentes nacionales

En la actualidad no se han hallado investigaciones iguales, sin embargo se han encontrado trabajos relacionados con el problema de investigación, así tenemos que:

Palpan J, Jimenz C, Garay J, Jimenes V, realizado en Lima Metropolitana – Perú en el 2007 con el título: “Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de LIMA METROPOLITANA”. 2007, Se evaluaron los factores psicosociales (ansiedad, depresión, auto concepto y disfunción familiar) que están asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginal de Lima. Fue propósito de esta investigación construir un modelo explicativo de los trastornos de alimentación, así como la identificación de sus factores de riesgo y protección. La muestra comprendió a 180 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, de ambos sexos, con edades entre los 14 y 18 años. Se Utilizaron la escala EAT26 adaptada, escala de ansiedad y depresión de Golberg, el inventario de auto concepto AF5 y el cuestionario de disfunción familiar Los resultados indican un 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20.5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente.

Además, que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria.

Concluyeron

Que los trastornos de alimentación presentan un conjunto de factores para su inicio, desarrollo y mantenimiento que está relacionado más a la cultura y el sexo. De ello se infiere que se realice un mejor abordaje de dichos trastornos como nuestro estudio⁴.

Albornoz P, Matoz I, titulado: “Perfil clínico - epidemiológicos de a anorexia nerviosa, pacientes atendidos en el instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” entre 1982 y 1998” (2001) en LIMA – PERÚ. Su objetivo fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con anorexia nerviosa. Se analizó retrospectivamente historias clínicas de 58 pacientes con anorexia nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (Lima-Perú), entre febrero de 1982 y julio de 1998 La edad promedio fue 18.43 ± 6.64 años, siendo el 87.9% menor de 24 años. El 91.4% fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad (2 años en promedio), con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36.15 ± 8.55 kg e índice de masa corporal promedio de 13.69 ± 4.78 kg/m²). En la evaluación inicial, 29.3% de pacientes estaban hipotensos; 15.5%, bradicárdicos; y 12,1%, hipoglicémicos. El 61.3% de pacientes presentó vómitos auto inducidos; 27.65%, usaron fármacos con el objeto de bajar de peso; 41.4%, requirió hospitalización en algún momento de la enfermedad; 24.1%, presentó alguna complicación médica severa; y 2 murieron. La tuberculosis estaba presente en algunos pacientes y familiares. El 83.3% acudió previamente a algún consultorio médico o establecimiento de salud sin obtener diagnóstico ni tratamiento. El abandono del tratamiento ocurrió en el 35.2% a los 3 meses, en el 55.4% al año y en el 87.1 % a los 3 años.

Concluyeron

Los pacientes anoréxicos estudiados tienen características demográficas similares a las descritas por la literatura exceptuando el estrato

socioeconómico; acuden en avanzado estado de enfermedad con compromiso severo del estado físico, y tienen frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas. Sus familias son disfuncionales y económicamente depravadas; en ellas, el alcoholismo, el maltrato físico, el abuso sexual y la tuberculosis están presentes. Existe un significativo retraso en el diagnóstico y tratamiento así como una alta tasa de abandono de este último¹¹.

Aliaga L, De la cruz A, Vega J, En otro estudio nacional realizado en Lima Perú en el distrito de Independencia en el año 2010 con el título de: “Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, LIMA, PERÚ.” 2010. Su objetivo fue describir la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia. Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory–2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. De los 39 participantes, 24 (62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal.

Concluyeron

Que los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de sub escalas tuvieron valores similares en ambos sexos. Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la sub escala de obsesión por la delgadez¹².

Cordova L, realizado en Lima con el título de: “Trastornos alimenticios relacionados con la percepción corporal entre los escolares del 4to. y 5to. año de secundaria en Lima”, según la encuesta realizada por esta autora en 1999 a 261 alumnas, arrojó que la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal, padecían trastornos alimentarios intermedios que no con su imagen

corporal, padecían trastornos alimenticios intermedios que no eran advertidos por sus padres e invierten excesivas energías psíquicas en el control de la cantidad de comida, el 89% de las que tenía el peso adecuado a su talla se veían “gorditas”, y el 76% de las que tenían bajo peso también decían estar con kilos demás y por increíble que parezca, el 45.2% de las que sufrían de bajo peso dijeron tener sobrepeso, por lo que ansiaban ponerse a dieta.

Concluyeron

En el Perú, tanto a nivel estatal como en el privado existe una desinformación glamorosa a cerca de los desórdenes alimenticios, la anorexia para empezar no ha sido posible encontrar información en el Ministerio de Salud Peruano, sin embargo en la página Web del Instituto Nacional de estadísticas e informáticas. INEI, en la sección correspondiente a “Perú en cifras” hay una estadística dedicada a “salud” que menciona los casos de muerte por enfermedades del aparato digestivo, con 7,8% y , en el octavo lugar el rubro “signos y síntomas y estados morbosos mal definidos, con el indicador de 3.8%, fueron reportados” en el IV Encuentros Nacionales de Servicios Médicos Universitarios del PERU con sede en la Universidad Nacional Agraria de la Molina en noviembre del 2000, afecciones que presentan con frecuencia en universidad San Martín de Porres, Universidad Ricardo Palma, Universidad Pontificia Católica del Perú Universidad Norber Winner y Universidad Alas Peruanas, según la discusión estas afecciones se deben al mundo actual globalizado, la competencia, el pago de pensiones del estudiantes, que en la mayoría de los casos solventa su pensión económica, sobre todo en el sexo femenino influye la moda, las revistas los medios de comunicación, la relación de pareja y entorno social¹.

Caballero L, titulado “Conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador”, el cual tuvo como objetivo determinar los niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa e identificar los niveles de conducta alimentarias,

personales, psicoemocionales, socioculturales y familiares de riesgo hacia la anorexia nerviosa. El método fue descriptivo de corte transversal. La población fue de 140 escolares de sexo femenino de 11 a 14 años de edad. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo escala de Lickert.

Concluyeron

En cuanto a los niveles de conducta de riesgo hacia la anorexia nerviosa, la mayoría de los escolares 54% de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de alto y mediano riesgo, siendo mayor en las edades de 11 a 12 años de edad, relacionados a la adopción de conductas en: la calidad de alimentos consumidos, restricciones de alimentos y el control hacia los alimentos. En cuanto a los niveles de conductas psicoemocionales de riesgo, la mayoría de los escolares el 60% presentaron niveles de alto y mediano riesgo relacionados a la adopción de conductas de riesgo como: temores, imagen corporal, autovaloración, auto aceptación, inseguridad y actitudes irritables¹³.

2.4. Marco Teórico Propiamente dicho

2.4.1 Definición de adolescentes

La adolescencia es ese estado en el que uno puede sentirse en limbo, porque ya o se es niño/niña, pero tampoco se es adulto. La adolescencia implica cambios físicos y emocionales para los propios adolescentes y también cambios en la organización y relaciones familiares. Hay distintas etapas en la adolescencia y cada una trae consigo sus peculiaridades particulares.

La adolescencia se ve de forma muy distinta dependiendo de si eres el propio adolescente o si eres madre o padre del adolescente. Para preparar esta sección, hemos hablado con ambos grupos. Con los adolescentes que experimentan sensaciones aparentemente opuestas de total rabia, o de felicidad desmesurada, de amor o de odio a veces ambas en cuestión de horas.

Adolescentes que no comprenden por qué se les quiere "controlar", que quieren más independencia, que no entienden por qué sus padres se irritan con tanta

felicidad, que a veces se sienten los dueños del mundo, y otras veces les invade la inseguridad. Adolescentes que se sienten orgullosos, u horrorizados, por los cambios físicos de la pubertad. Adolescentes que les cuesta concentrarse, que se burren con facilidad, sea la familia o sea el colegio, con tal de desafiarse¹⁴.

2.4.2 Características generales

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá, que se celebra a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo etc¹⁵.

2.4.3 Descripción crecimiento o (maduración sexual)

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotrofinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos¹⁵.

2.4.4 Hombres

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos. La espermatogénesis (es decir, la producción de espermatozoides) se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación o espermarquía es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas. El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina (es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales), con la aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida¹⁵.

2.4.5 Mujeres

El primero cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce.

Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas. El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos

coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde. Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito.

La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de *menarquía* o menarca). Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm. La menarquía o menarca, que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquía tiende a presentarse a los 11 o 12 años. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana (8-10 años)¹⁵.

2.4.5.1 Cambios Físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. En ocasiones los adolescentes se

preguntan el porqué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los caracteres sexuales entre unos y otros, y la respuesta puede encontrarse en cualquiera de los elementos señalados anteriormente.

No obstante hay características que deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática.

- **Peso**

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

- **Grasa corporal**

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se espera que las mujeres pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco. La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a

expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón.

- Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen.

El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica¹⁶.

2.4.5.2 Cambios psicológicos

Se considera que la adolescencia, es decir, el proceso psicológico vivencial, inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, pues el cuerpo ya tiene el desarrollo biológico y los cambios físicos necesarios para que se verifique.

Una de las tareas que enfrentan los y las adolescentes es la definición de una nueva identidad y esto se logra a través de un largo proceso de cambios psicológicos y emocionales, estos últimos frecuentemente contradictorios.

Cuando se hace referencia a definición de identidad, se habla de la forma en que él y la joven se va definiendo como persona y como hombre o mujer. En la infancia cada individuo conoce muchas cosas de su persona y de quienes le rodean; sin embargo, eso no significa que su pensamiento esté preparado para comprender conceptos abstractos que definen el "yo", es decir, a la persona.

Por ejemplo: las emociones contradictorias; es decir algunas veces sentirse muy contento o contenta y otras muy triste. Entre los y las adolescentes, es común sentir angustia por los intensos y acelerados cambios físicos y biológicos durante la pubertad.

También es normal que experimentar emociones opuestas, como alegría porque al fin se están convirtiendo en adultos y, al mismo tiempo, inquietud al enfrentar importantes cambios. Esta aflicción puede deberse a cambios físicos, emocionales e intelectuales¹⁷.

2.4.5.3 Cambios sociales

Emancipación familiar: En la adolescencia los espacios donde son posibles las interacciones sociales se expanden, mientras que se debilita la referencia familiar. La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación va a depender mucho de las prácticas imperantes en la familia. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos. En nuestra sociedad se está produciendo cada vez más un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición de la propia independencia. Algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes: se habla del síndrome de “perpetua adolescencia”, con sentimientos de inferioridad, irresponsabilidad, ansiedad, egocentrismo. El grupo de compañeros: Paralelamente a la emancipación de la familia el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico: primero es la pandilla de un solo sexo, más tarde se fusionan con las pandillas de distinto sexo, y al final se acaban consolidando las relaciones de pareja. Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañan a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones de presente¹⁷.

▪ **Sociabilidad del adolescente**

Con el desarrollo de la sociabilidad llegamos a un tema que se centra plenamente en la problemática de la psicología social. La sociabilidad se manifiesta en la búsqueda de unos socios, de un compañero; o también por la integración en un grupo. Dos aspectos generalmente enmarcados en el campo de la psicología social son las relaciones individuales por una parte, y el grupo por otra. Pero para poder vivir las relaciones interpersonales, para poder integrarse en un grupo se precisa una condición previa: El deseo de la

persona y su aptitud para vivir con otro. Esta aptitud no es algo innato, sino que varía a lo largo del desarrollo. La sociabilidad es la capacidad, la aptitud que permite al individuo vivir con los otros y en grupo, y es fruto de comprensión hacia el otro, de posibilidad de simpatía y empatía.

A partir de los 8 años es lo “extremo de la personalidad” lo que motiva las simpatías. Desde los 10 años las motivaciones tienen en cuenta preferentemente la conducta del individuo frente al grupo (por ejemplo ser buen compañero). A partir de los 11-13 años la elección de compañeros se basa sobre todo en aspectos individuales del carácter.

El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, que de hecho se hace capaz de vivir la amistad dado que tiene la capacidad de sociabilidad. En la sensibilidad social se distingue entre: sensibilidad ante la persona, y la sensibilidad a las normas del grupo. Son estos dos aspectos los que se manifiestan en las relaciones con los otros, como más característicos en la adolescencia¹⁸.

2.4.6 Trastornos alimentarios

2.4.6.1 Conceptos

Existe cuando las actitudes de una persona hacia la comida y el peso, son tales que los sentimientos hacia el trabajo, escuela, relaciones, actividades diarias y emociones, son determinadas por lo que se ha o no se ha comido o por un número en la báscula (Siegel, Brisman y Weinshal, 1988). Las personas que sufren un desorden en la alimentación se caracterizan por: Extremistas en cuanto a consumo de alimentos, que puede manifestarse por una pérdida severa de peso, rápidos aumentos de peso, o fluctuaciones muy importantes en peso. Está a disgusto con su imagen corporal, a menudo acompañado de una distorsionada percepción de las señales del cuerpo (hambre, enojo, fatiga, etc.). Prácticas poco saludables para mantener el peso, como son: ayuno, inanición, comer compulsivamente, uso indiscriminado de laxantes, medicamentos para bajar de peso, diuréticos y exceso de ejercicio. Un miedo irracional a engordar y un deseo obsesivo de adelgazar. Los dos desórdenes más comunes son la Anorexia Nervosa y la Bulimia Nervosa. Existen otros como el Comedor compulsivo o el

Ejercitado Compulsivo. Algunas personas pueden tener síntomas de más de uno de estos desórdenes.

Se denomina trastornos alimenticios o alimentarios se refiere a aquellos trastornos psicológicos que derivan en anomalías graves en el comportamiento de la ingesta de alimento, es decir que la explicación de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica.

Se entiende, al pensarlo así, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, pérdida de peso...) pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica en insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de auto exigencia, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida etc¹⁹.

2.4.6.2 Características

Características de este trastorno: Graves perturbaciones en la percepción del propio cuerpo: La percepción del paciente sobre su propio cuerpo es delirante y distorsionada, por la cual se siente e incluso se ve obeso, aun cuando su peso es inferior al normal. Preocupación obsesiva y excesiva por el peso corporal y el aspecto físico: Existe un temor patológico a aumentar de peso, a la gordura y la flaccidez. Los intereses de la vida del enfermo van reduciéndose progresivamente a esta preocupación. Aislamiento social: El paciente, ensimismado en la búsqueda de control de su peso, se involucra cada vez menos en otro tipo de actividades que no se relacionan con el control de su peso.

Por otro lado, la vergüenza por la supuesta apariencia física, por ser visto consumiendo comida, y por padecer un trastorno de la conducta, aísla al enfermo de sus contactos sociales. Rechazo por los alimentos: Es constante y progresivo, alcanzando la supresión parcial o total de las ingestas, lo que lleva a un estado de desnutrición, con disminución de la tasa metabólica y debilidad física y mental extremas. Autoinducción de la pérdida de peso: Mediante el uso de purgantes intestinales, inducción del vómito, exceso de ejercicio físico, medicación anorexígena o diurética. Pérdida significativa de peso corporal: El índice de masa corporal puede ser menor a 17,5.

Cuando el paciente se encuentra en el pre pubertad, puede manifestar este trastorno con ausencia de la ganancia de peso propia del período de crecimiento. Ocasionalmente ingestas excesivas por compulsión (atracones), con posterior sentimiento de culpa. Frecuente falta de conciencia de la enfermedad, con una falsa vivencia de bienestar y negativa al tratamiento¹⁹

2.4.7 Factores de riesgo

2.4.7.1 Factores biológicos

Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

2.4.7.2 Factores psicológicos

Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control. Factores familiares: Personas con familias sobre protectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no mostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida. Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso²⁰.

2.4.8 Trastornos alimenticios más comunes

2.4.8.1 Anorexia nerviosa

- a. Rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal considerando la edad y la talla (85%) o pérdida significativa de peso inducida por el propio enfermo.

- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Distorsión de la imagen corporal
- d. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. existen dos tipos de anorexia nerviosa:

Restrictivo: no recurre regularmente a atracones o a purgas

Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)²¹.

2.4.8.2 Bulimia

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Existen dos tipos:

- Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.
- Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. Las consecuencias de las conductas bulímicas son amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes atracones. Para evitar el aumento de peso usan métodos compensatorios inapropiados (inducción al vómito)

Se caracteriza por:

- a. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose atracones recurrentes (ingesta en corto tiempo de grandes cantidades de comida con sensación de pérdida de control sobre la ingesta)
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. (1,2)
- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- d. Preocupación exacerbada por el peso y la silueta corporales
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa
- f. Subtipos de Bulimia Nerviosa:
 - Purgativo: provocación de vómitos o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
 - No Purgativo: empleo de otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso²¹.

2.4.8.3 Vigorexia

La Vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la Vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigorexicos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques.

A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas e carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigoréxico consume esteroides que ocasionan cambios de humor repentinos²².

2.4.8.4 Megarexia

La megarexia es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa. Descubierta y denominada "Megarexia" por el doctor Jaime Brugos (Ph.D.), en su libro "Dieta Isoproteica" editado en 1992 y ampliado en su libro "Isodieta" en 2009. Suelen ser personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta; por eso se atiborran de comida basura (calorías vacías). Ellos se perciben sanos. Son en cierta forma, personas obesas que se ven delgadas a causa de la distorsión de la percepción que caracteriza a los trastornos alimentarios, cuando la desnutrición que padecen (son obesos desnutridos por falta de nutrientes esenciales en su alimentación), llega a afectar a su cerebro, momento en el que, como sucede con la anorexia, su trastorno alimentario se convierte en una grave enfermedad. Ellos consideran que el exceso de peso es sinónimo de fuerza y vitalidad. Comen de todo y en cantidades abismales, pero muy pocos "nutrientes esenciales" y una altísima proporción de azúcares, féculas, almidones, etc. Comida basura, dulces, frituras, alimentos grasos, postres, etc. son algunos de los platos principales en la dieta de los megaréxicos (de los que padecen megarexia, megarexia no es la persona, es su enfermedad)²³.

2.4.9 Instrumentos para medir los trastornos alimenticios

2.4.9.1 Test de Aptitudes Alimentarias (EAT-26)

La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de

1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predicativa del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. (9) El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento²⁴.

2.4.9.2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2)

El inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar,

sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN.

Posteriormente se desarrolló el EDI-2, que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero además introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global.

La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA. Algunos autores argumentan que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente a los individuos con TCA de aquellos que tienen otros trastornos psicológicos.

En un estudio realizado a mujeres, se observó que las subescalas que mejor diferencian la AN de la BN son las de: sintomatología bulímica y la de insatisfacción con la imagen corporal, aunque esta última es alta en ambos trastornos alimentarios. Mientras que subescalas como baja autoestima, miedos interpersonales, miedo a madurar, identificación interoceptiva y la motivación para adelgazar, que aparecen comúnmente altas en ambas patologías, diferencian a pacientes con algún TCA de los sujetos control. Subescalas como insatisfacción con la imagen corporal, motivación para adelgazar y realización de dietas aparecen comúnmente altas tanto en pacientes con algún TCA como en la población general. El EDI-2 fue validado para mujeres mexicanas en el año 2001

por García y colaboradores, concluyendo que éste instrumento tiene una alta validez interna y puede ser usado para medir TCA.

Hay diversas opiniones en cuanto a la utilidad del EDI, varios autores sugieren que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Sin embargo, se sugiere que el EDI es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento²⁵.

2.4.9.3 Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT-R)

Descripción. La prueba de bulimia fue diseñada para detectar en la población general quién o cuáles son los riesgos para presentar bulimia. Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen y colaboradores en el año de 1991, actualmente más utilizada que la versión original. El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, pero tiene validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de Bachillerato.

Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos.

El autor del instrumento informa que tiene una confiabilidad de prueba-postprueba del 95%, con una alta consistencia interna (98%); y una habilidad predictiva de falsos negativos del 80% y de falsos positivos del 40%. La sensibilidad es del 91% y la especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98%.

El BULIT-R puede utilizarse como una medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN, donde los

falsos positivos probablemente presentarán un TANE. Se sugiere que los investigadores que utilicen el BULIT-R como prueba de tamizaje deberían utilizar un punto de corte más bajo (>85 puntos) para reducir el potencial de falsos negativos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse²⁵.

2.4.9.4 Bulimia de Edimburgo (BITE)

La prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman en el año de 1987. Consta de 33 reactivos y está indicada para identificar a personas que presentan síntomas bulímicos.

Se compone de dos escalas: la escala de síntomas, con una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN, siendo la puntuación máxima de 30; y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas, valores entre cinco y diez indican una intensidad significativa, mientras que valores mayores a diez son indicativos de gravedad.

Este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; también se utiliza para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento²⁵.

2.4.9.5 Problemas Alimentarios Examen Cuestionario (EDE-Q)

El examen para trastornos de la alimentación cuestionario autoaplicado, desarrollado por Fairburn y Beglin en el año de 1994. Elaborado a partir del EDE, que es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar de oro para la evaluación de los TCA y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra atracón, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias como es el miedo enfermizo a engordar.

El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. Se califica por una escala de siete

puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno. Luce y Crowther, encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. Sin embargo, el EDE-Q se vuelve menos confiable al aumentar la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario. El EDE-Q es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún TCA²⁵

2.5. Hipótesis

Ho: No existe relación entre trastornos alimenticios y edad

Ho: No existe relación entre trastornos alimenticios y si trabajan o no

Ho: No existe relación entre trastornos alimenticios y tipos de familia.

2.6. Variables

a. Variable independiente

- Edad
- Si trabaja o no trabaja
- Tipos de familia

b. Variable dependiente

- Trastornos alimenticios

2.7. Definición conceptual

a. Trastornos Alimenticios: Un trastorno alimentario es una de las varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

2.8. Definición operacional

- a. Edad: Edad, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Por ejemplo: “Mi hija tiene tres años de edad”,
- b. Si trabajan o no: Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución. Es una parte o etapa de una obra de un proyecto para la formación de un bien de capital. Labor, deber, relación y responsabilidad que debe realizarse para el logro de un fin determinado y por el cual se percibe una remuneración.
- c. Tipos de familia: Según la Sociología la familia es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos (Anexo A).

En tanto la familia puede diferenciarse según el grado de parentesco que presenten sus miembros. Así encontramos la familia nuclear que solo incluye a los padres y los hijos, la extensa que incluye además a los tíos, primos y abuelos, compuesta, que es solo padre o madre y los hijos y que se da cuando hay un vínculo de consanguinidad con alguno de los dos padres, mono parental, en la cual los hijos solo viven con uno de los padres, este es el caso más habitual luego de los divorcios de las parejas. Pero claro que toda esta tipología también dependerá del lugar del mundo o de la sociedad a la cual cada uno pertenezca, no existe una uniformidad para designarla.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Investigación:

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, porque nos permite describir y medir la variable del estudio el cual es el trastorno alimenticio entre las adolescentes mujeres del 4to año de secundaria, de la Institución Educativa Tecnológica “Villa Los Reyes” de Ventanilla - Callao.

3.2. Población:

En la institución educativa Tecnológica “Villa Los Reyes” ubicado en Ventanilla - Callao, que cuenta con 165 adolescentes mujeres en el 4to año de secundaria (4to. A, 4to B, 4to. C, 4to. D, 4to. E) de 15 a 18 años de edad,

No hay muestra. Se tomará a todas las mujeres en edad correspondiente del 4to año de secundaria (4to. A, 4to. B, 4to. C, 4to D y 4to E), teniendo la Siguiente distribución:

| Secciones | Cantidad de adolescentes |
|-----------|--------------------------|
| 4to. A | 40 |
| 4to. B | 29 |
| 4to. C | 34 |
| 4to. D | 34 |
| 4to. E | 28 |
| Total | 165 |

La Institución Educativa Técnica “Villa Los Reyes” se creó por R.D. N°193 del 15 de abril de 1993, con 5 563 m^2 , inicio sus funciones el 01 de abril de 1993, como Colegio Nacional Técnico siendo el director el profesor Víctor Raúl Villarreal Florentini, su infraestructura inicial contó con 16 secciones, 05 talleres, 01

laboratorio, 01 dirección. Ubicado en Ventanilla-Callao en el AA.HH. Villa Los Reyes. En la actualidad alberga una población estudiantil de 1400 alumnos en los turnos mañana y tarde, con 100 personas que trabajan al servicio de la IE. (Personal, jerárquico, docente, administrativo y de servicio), cuenta con una infraestructura de 45 secciones, 02 laboratorios, 01 dirección, 02 subdirecciones, 04 patios, 03 lozas deportivas, 12 talleres: computación e informática, industria del vestido, industria alimentaria, industria del calzado, contabilidad, electricidad y electrónica, todo esto construido en un área de 6 000 m².

3.2.1 Criterios de inclusión

- Se incluyen alumnas de sexo femenino del 4 año de secundaria de todas las secciones. Que varían en las edades de 14 a 17 años de edad.
- Se incluyen a estas alumnas por pertenecer al rango de la adolescencia ya que es la etapa donde varía más el aspecto físico social.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluyen a las otras alumnas y/o secciones porque varían en las edades.
- Se toma en cuenta solo a mujeres ya que este problema del tema que es el TAC, se encuentra mayormente en mujeres y no en hombres.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica un formulario tipo cuestionario de preguntas a diferentes respuestas, así como acciones siendo su objetivo coleccionar información acerca de una variable en una población en estudio y como instrumento estructurado, por considerarse un medio efectivo para obtener información referente al trastorno alimenticio. El instrumento que se le aplicara está compuesto por un cuestionario de 26 preguntas, en el cual consta de tres escalas: Dieta, recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez, Bulimia y preocupación por la comida, conductas bulímicas (vómitos), y pensamientos acerca de la comida, y Control oral que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso. Cada pregunta tiene una posible respuesta entre 6 posibilidades, (nunca, pocas

veces, a veces, a menudo, casi siempre, y siempre) y su forma de puntuación es según la escala de Likert: 000123, valorándose cero las tres primeras posibles respuestas y 1, 2 ó 3 las tres siguientes respectivamente (Anexo B).

Para la recolección de datos, se seleccionará una muestra de alumnas del 4to año de secundaria, pero de diferentes secciones y se les llevará a un aula para el llenado del test. (EAT- 26).

3.4. Proceso de recolección de datos

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos:

Para la recolección de datos se hicieron las coordinaciones respectivas con la Dirección de la Institución Educativa “Villa Los Reyes” del Distrito de Ventanilla - Callao para tener las facilidades para la evaluación de las adolescentes mujeres del 4to año de secundaria siendo un total de 165 estudiantes del 4to año de secundaria siendo un total de 5 secciones (A, B, C, D y E), de los cuales se tomó por conveniencia la evaluación de adolescentes del 4to año de secundaria. Para la aplicación de los instrumentos, se procuró tener un ambiente tranquilo y de privacidad, utilizando aproximadamente 10 a 15 minutos para la evaluación en cada adolescente.

3.5 Aspectos éticos

Si al aplicar la encuesta se encuentra alumnas que no quieren hacer el test, se solicitara referir el motivo correspondiente del cual se tendrá que incentivar y generar empatía primero para que puedan hacer el llenado correspondiente del test. Si se encuentra alumnas con problemas graves de trastornos alimenticios se les comunicara a la plana educativa del centro de estudio, ya que ellos cuentan con psicólogos y personal capacitado para diferentes tipos de problemas, ellos ya serán responsables de la orientación y/o educación. Para ello los padres y/o apoderados de las adolescentes firmaron un consentimiento informado. Anexo (C)

3.6 Técnicas de procedimiento y métodos de análisis de datos

Los datos obtenidos a través del instrumento se vaciaron a una base de datos manualmente a través del programa estadístico descriptivo SPSS (Statistical Package for the Social Science) para Windows en versión 19; y así mismo se presentarán los resultados en tablas y en gráficas de barras simples o gráficas circulares. La medición y análisis de las variables ordinales de los Trastornos Alimenticios, se realizará en dos categorías: riesgo y normal mediante la aplicación de la escala de Likert (riesgo mayor de 20; normal menor de 20). Los resultados fueron interpretados de acuerdo a los valores finales establecidos si hay correlación entre edad, adolescentes que trabajan y tipos de familia en adolescentes mujeres del 4to. Año de secundaria.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

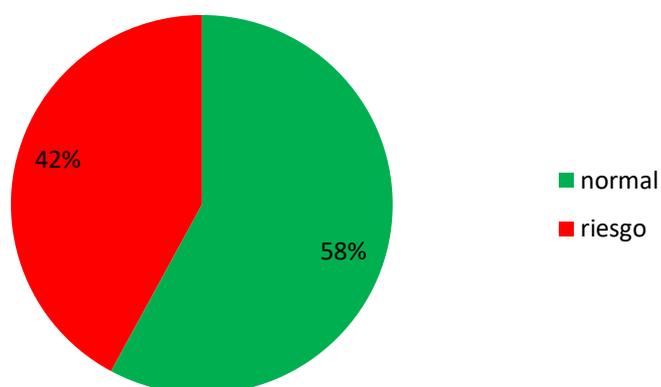
4.1. Resultados

La muestra estuvo conformada por 159 alumnas del 4to. Año de secundaria del I.E.T. Villa Los Reyes. En cuanto a las edades de las participantes, estas varían de un rango de 14 a 18 años, con una media de 15.41. Sobre la distribución poblacional por grupos atareos, se observa que un 62.3% corresponde a 15 años de edad, un 3.8% de 14 años, un 24.5% es de 16 años, un 8.2% es de 17 años y un 1.3% es de 18 años. (Tabla 1)

El 30.8% pertenecen a adolescentes mujeres que no trabajan y El 69.2% pertenece al grupo de adolescentes mujeres que si trabajan. (Tabla 2)

El 23.9% pertenecen a familia nuclear, el 46.5% pertenecen a familia extensa, el 21.4% pertenece a familia mono parental, el 6.9% pertenece a familia ensamblada y el 1.3% pertenece a familia homoparental. (Tabla 3)

Riesgo de los trastornos alimenticios en las adolescentes mujeres del 4to. Año de secundaria del I.E.T. Villa Los Reves.



En el siguiente grafico se puede observar los resultados obtenidos en la aplicación del EAT-26 que consta de 3 subtest, obteniendo así los siguientes

resultados. 92 (57.9%) presentan un riesgo de TAC, el 67 (42.1%) se encuentran en los parámetros normales en adolescentes mujeres.

En cuanto las adolescentes de 14 a 15 años presentan un 49 (46,7%) están en los parámetros normales y un 56 (53,3%) están en riesgo de TAC, y las adolescentes de 16 a 18 años están en 18 (33,3%) en un parámetro normal y un 36 (66,7%) en riesgo de TAC. Indicando con esto que las de 16 a 18 años presentan mayor riesgo en trastorno alimenticios que las adolescentes de 14 a 5 años

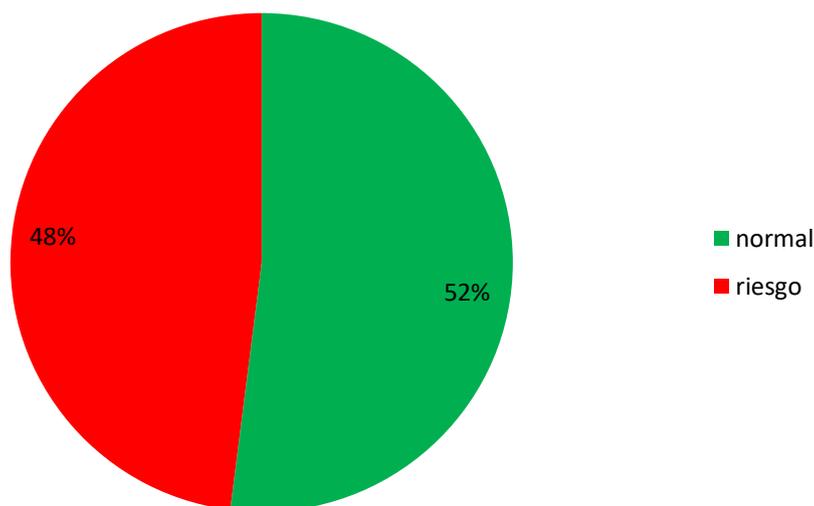
Al analizar el resultado encontramos que existe un porcentaje más alto de adolescentes que trabajan con adolescentes que no trabajan. Este gráfico muestra que del 36 (74%) de las adolescentes mujeres que no trabajan están normales en los Trastornos Alimenticios y que 13 (26%) están en riesgo.

También muestra que el 31 (28%) de las adolescentes que trabajan están en parámetros normales con los Trastornos alimenticios y que el 79 (72%) de las adolescentes que trabajan se encuentran en riesgo.

En este gráfico se puede evidenciar que las adolescentes mujeres que pertenecen al grupo de familias nucleares se encuentran en un 86.8% en parámetros normales en los trastornos alimenticios y que el 13,2% están en riesgo. En caso a las adolescentes mujeres que pertenecen a las familias extensas el 36,5% pertenecen a los parámetros normales y el 63,5% están en riesgo de los trastornos alimenticios. Las adolescentes mujeres que pertenecen al tipo de familia monoparental el 17,6% pertenecen a parámetros normales y el 82,4% están en riesgo de un trastorno alimenticio. En caso de las familias ensamblada el 9,1% pertenece a parámetros normales de los trastornos alimenticios y el 90,9% están en riesgo de trastornos alimenticios y por último el tipo de familia homoparental el 0% están en parámetros normales y el 2% están en riesgo de trastornos alimenticios. (Tabla N° 4)

Adolescentes mujeres con la dieta (relacionado con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada)

Adolescentes mujeres con la dieta (Relacionado con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada) El cuestionario el EAT-26 se encontró, el 82 (51.6%) en riesgo con la dieta y El 77 (48.4%) en parámetros normales con la dieta. (Grafico N° 4)



Al analizar el resultamos por grupos de edad encontramos que las adolescentes mujeres de 16 a 18 años están en el 24 (44%) en parámetros normales y que el 30 (56%) están en riesgo de la dieta (relación con los alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada), así también encontramos que las adolescentes mujeres de 14 a 15 años están en el 53 (51%) de los parámetros normales de y que el 52 (49%) están en riesgo de Dieta. (Grafico N° 5)

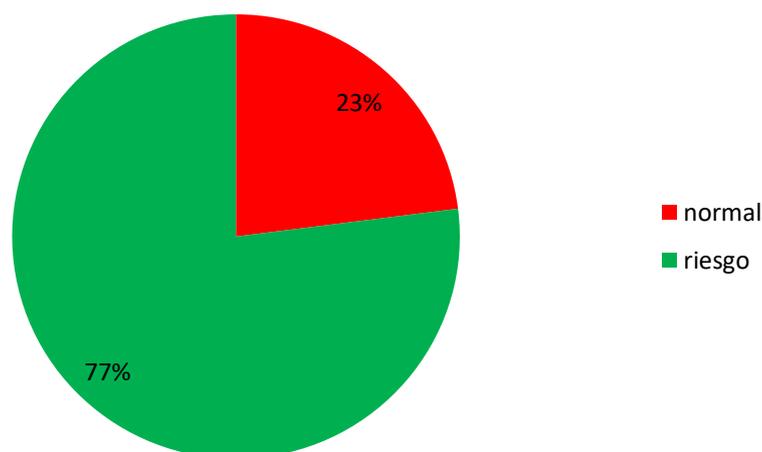
Como se puede apreciar gráficamente, el 36 (74%) de casos del presente estudio, están dentro del rango de normalidad relacionado a la Dieta en adolescentes que no trabajan y el 13 (26%) están en riesgo en la Dieta. y el 41 (37%) de adolescentes que trabajan están en parámetros normales en la Dieta, en cambio el 69 (63%) de las adolescentes que trabajan están en riesgo de la Dieta (Error! Reference source not found.)

En este grafico se puede evidenciar lo siguiente que las adolescentes mujeres que pertenecen al grupo de familias nucleares se encuentran en un 81,6% en

parámetros normales en la Dieta y que el 18,4% están en riesgo sobre la Dieta. En caso a las adolescentes mujeres que pertenecen a las familias extensas el 40,5% pertenecen a los parámetros normales y el 59,5% están en riesgo de la Dieta. Las adolescentes mujeres que pertenecen al tipo de familia monoparental el 35,2% pertenecen a parámetros normales y el 64,7% están en riesgo de la Dieta. En caso de las familias ensamblada el 36,4% pertenece a parámetros normales de la Dieta y el 63,6% están en riesgo de la Dieta y por último el tipo de familia homoparental el 0% están en parámetros normales y el 0% están en riesgo de la Dieta. (Tabla N° 5)

Adolescentes mujeres con bulimia y preocupación por la comida (relaciona el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia)

Adolescentes mujeres con bulimia y preocupación por la comida (relaciona el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia) El 37 (23.3%) en riesgo en Bulimia y El 122 (76.7%) en parámetros normales con Bulimia



Al analizar el resultamos por grupos de edad encontramos que las adolescentes mujeres de 16 a 18 años están en el 70% en parámetros normales y que el 30% están en riesgo de la Bulimia (relaciona el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia), así también encontramos que las adolescentes mujeres de 14 a 15 años están en el 80% de los parámetros normales de y que el 20% están en riesgo de Bulimia.

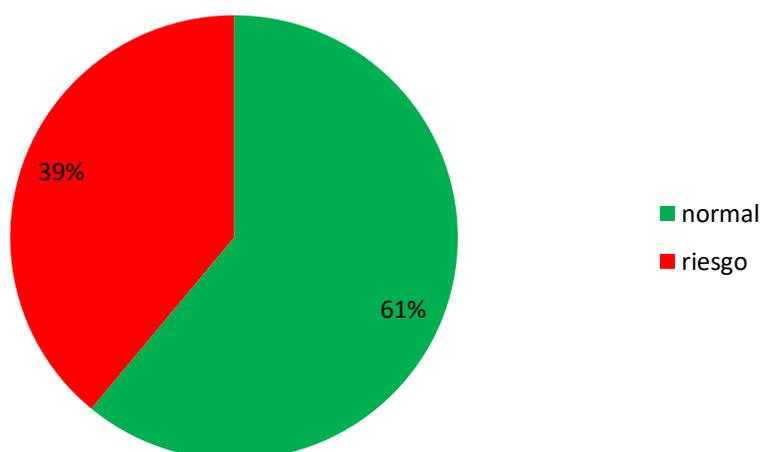
Como se puede apreciar gráficamente, el 69% de casos del presente estudio, están dentro del rango de normalidad relacionado a la Bulimia en adolescentes que trabajan y el 31% están en riesgo en la Dieta. Y el 94% de adolescentes que

no trabajan están en parámetros normales en la Dieta, en cambio el 6% de las adolescentes que no trabajan están en riesgo de la Dieta.

En este grafico se puede evidenciar lo siguiente que las adolescentes mujeres que pertenecen al grupo de familias nucleares se encuentran en un 81,6% en parámetros normales en la Dieta y que el 18,4% están en riesgo sobre la Dieta. En caso a las adolescentes mujeres que pertenecen a las familias extensas el 40,5% pertenecen a los parámetros normales y el 59,5% están en riesgo de la Dieta. Las adolescentes mujeres que pertenecen al tipo de familia monoparental el 35,2% pertenecen a parámetros normales y el 64,7% están en riesgo de la Dieta. En caso de las familias ensamblada el 36,4% pertenece a parámetros normales de la Dieta y el 63,6% están en riesgo de la Dieta y por último el tipo de familia homoparental el 0% están en parámetros normales y el 0% están en riesgo de la Dieta. (Tabla N°6)

Adolescentes mujeres con el control oral (Relacionado con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso)

Adolescentes mujeres con el control oral (Relacionado con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso) El 39% en riesgo con el control oral, el 61% en parámetros normales con el control oral. (Grafico N° 10)



Al analizar el resultamos por grupos de edad encontramos que las adolescentes mujeres de 14 a 15 años están en el 66% en parámetros normales y que el 34% están en riesgo del control ocal (Relacionado con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso), así también encontramos

que las adolescentes mujeres de 16 a 18 años están en el 52% de los parámetros normales y que el 48% están en riesgo del control oral.

Como se puede apreciar gráficamente, el 75% de casos del presente estudio, están dentro del rango de normalidad relacionado al control oral en adolescentes que no trabajan y el 25% están en riesgo en el control oral. Y el 55% de adolescentes que trabajan están en parámetros normales en el control oral, en cambio el 45% de las adolescentes que trabajan están en riesgo del control oral

En este grafico se puede evidenciar lo siguiente que las adolescentes mujeres que pertenecen al grupo de familias nucleares se encuentran en un 84,2% en parámetros normales en el control oral y que el 15,8% están en riesgo sobre el control oral. En caso a las adolescentes mujeres que pertenecen a las familias extensas el 54,1% pertenecen a los parámetros normales y el 45,9% están en riesgo del control oral. Las adolescentes mujeres que pertenecen al tipo de familia monoparental el 61,8% pertenecen a parámetros normales y el 38,2% están en riesgo del Control oral. En caso de las familias ensamblada el 27,3% pertenece a parámetros normales del control oral y el 72,7% están en riesgo del control oral y por último el tipo de familia homoparental el 0% están en parámetros normales y el 0% están en riesgo del control oral. (Tabla N° 6)

4.2. Discusión

El INEI (instituto nacional de estadísticas e informática) Realizo un censo el 2007 el cual fue el último censo realizado en Lima-Perú con el título "Perú: Tipos y ciclo de vida de los hogares 2007" de lo cual se encuentra que Según el Censo Nacional del 2007, el total de hogares en viviendas particulares con ocupantes presentes a nivel nacional ascienden a 6 millones 754 mil 74. Por tipos de hogar, el nuclear es el más numeroso, constituyendo el 53,0% de todos los hogares del país (3 millones 577 mil 316). El segundo tipo más relevante es el hogar extendido con el 25,1% (1 millón 695 mil 898). El hogar unipersonal representa el 11,8%. Finalmente, el hogar sin núcleo, o sea, en el que el jefe o (a) vive acompañado con algún familiar o un no familiar, o ambos; constituye el 6,0%.

Sólo el 4,2% son hogares compuestos (subdivididos en hogares nucleares y extensos).

A nivel de sub-clasificación interna, los hogares con hijos, tanto nucleares como extendidos son los más representativos dentro de su tipo alcanzando el 49,5% (3 millones 344 mil 621) de todos los hogares, (35,0% en los hogares nucleares y 14,5% en los hogares extendidos).²⁶ De esta misma forma se encuentra que en el IET "Villa los Reyes" hay adolescentes mujeres con diferentes tipos de familia por ejemplo, El 23.9% pertenecen a familia nuclear, el 46.5% pertenecen a familia extensa, el 21.4% pertenece a familia monoparental, el 6.9% pertenece a familia ensamblada y el 1.3% pertenece a familia homoparental.

En el país, el 73,9% de los moradores urbanos tiene edad para trabajar en una actividad económica. Por su parte, la PET (Población en edad de trabajar) del área rural alcanzó los 4 millones 266 mil 770 personas, con una tasa que ha crecido con un promedio anual de 0,7%.

Al ver la composición de la PET de acuerdo con el sexo de sus integrantes, se ve que el 50,8% son mujeres, lo que equivale a 9 millones 982 mil 297 personas y el 49,2% son hombres, es decir, 9 millones 664 mil 355 personas.

Son empleados el 29,7%; son obreros, el 18,4% y trabajadores independientes, el 39,5%. En el caso de los empleadores o patronos, el 2,0%. Los trabajadores familiares no remunerados suman el 7,3% y los trabajadores(a) del hogar son el 3,1%. Los tamaños de los establecimientos fueron de 1 a 10 personas en un 76,8%. De 11 a 50 personas, el 9,2% y de 51 a más personas, el 14,0%. En el 2007, la población ocupada urbana dependiente (empleados y obreros), representa el 53,7% del total de ocupados. Una tercera parte de la PEA ocupada urbana son trabajadores independientes. En el área urbana del país, las actividades de manufactura y construcción dan ocupación al 10,9% y 6,3% de los trabajadores respectivamente. El comercio absorbe al 22,5% de los ocupados y otros servicios alrededor del 49,0%. Como consecuencia del aumento de la ocupación, entre los años 1993 y 2007 la tasa de desempleo disminuyó en 2,7 puntos porcentuales, pasando de 7,1% a 4,5%. La mayor tasa de ocupación se dio en los Departamentos de Apurímac, Huancavelica, Madre de Dios y Amazonas, regiones donde predominan las actividades agropecuarias.²⁶

De esta forma también vemos que las adolescentes mujeres del IET “Villa los Reyes” en edad de 14 a 18 años El 30.8% pertenecen a adolescentes mujeres que no trabajan y El 69.2% pertenece al grupo de adolescentes mujeres que sí trabajan.

Al evaluar la relación entre los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres según la edad, se comprobó que las mujeres de 16 a 18 años tienen más riesgo de trastornos alimenticios que las adolescentes de 14 a 15 años.

Al comparar edades, se observa que tanto que las adolescentes mujeres de 16 a 18 años presentan un riesgo de (66,8%) a comparación de las adolescentes mujeres de 14^a 15 años que presentan un riesgo de (53,3%) lo que denota una mayor proporción de casos de riesgo en adolescentes de 16 a 18 años. Dato similar fue encontrado por Alfonso U, Sandy C, Americo L y Carolina (2011) en población chilena, encontró que el porcentaje de sujetos en riesgo es mayor en mujeres que en hombre principalmente en el grupo de (15 a 18 años) es así que los hombres 5,3 %. Y las Mujeres 8,9%. A nivel general el 7,4% de los evaluados se encuentran en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres. De la misma manera se encuentra Palpan Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge & Jiménez Victoria, (2007) lima metropolitana encontrando que en un 22,2% presentan trastornos de la alimentación y un 20,5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente. Utilizando la escala del EAT-26 (Test de Actitudes Alimentarias), Además, que el 20% de los hombres y el 26% de mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria todo esto en un rango de 14 a 18 años. Así también se observó en la investigación de Marilú Parinango Serrano, en el año 2003, en Perú-Lima “Villa el Salvador”, La población fue de 140 escolares de sexo femenino de 11 a 14 años de edad. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo escala de Lickert. Algunas conclusiones a las que llego entre otras fueron: En cuanto a los niveles de conducta de riesgo hacia la anorexia nerviosa, la mayoría de los escolares 54% de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de alto y mediano riesgo, siendo mayor en las edades de 11 a 12 años de edad, relacionados a la adopción de conductas en: la calidad de alimentos consumidos, restricciones de alimentos y el control hacia los alimentos^{3,4,13}.

La adolescencia es una etapa de la vida que se extiende desde la pubertad hasta que se adquiere la edad adulta, con una duración de alrededor de 10 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años, coincidiendo esta con la etapa post-puberal ligada a procesos de interacción social, definición de identidad y la toma de responsabilidades. Por lo que podemos deducir que la mayoría de las estudiantes del 4to año de educación secundaria de la I. E. T "Villa los Reyes" están entre los 16 a 18 años y se encuentran en la adolescencia tardía, coincidiendo en la etapa post-puberal¹⁷.

A pesar que existen diversos estudios sobre los trastornos de alimentación y las variables que se relacionan con ellas. Nuestro estudio demuestra que en nuestra población que es el IET "Villa Los Reyes" que las adolescentes mujeres con la dieta (Relacionado con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada) El cuestionario el EAT-26 se encontró, el 51.6% en riesgo con la dieta y El 48.4% en parámetros normales con la dieta. De esta misma forma hayamos que en el siguiente estudio de Aguirre Ackermann, Marianela - Damus, Roberto - Rodríguez Cuimbra, Silvia - Argentino 2000, Se realizó el análisis de las conductas alimentarias (EAT 26), luego el análisis del IMC y la relación entre IMC y score de EAT. También fue analizada la relación entre score de EAT y nivel socioeconómico. La relación entre IMC y scores de EAT mostró que 29,79 % de las mujeres y 51,81 % .de los varones estuvieron dentro del rango normal con respecto al IMC y categorías de EAT. Tres subgrupos de categorías de IMC/EAT tienen particular interés. El primer subgrupo consistió en estudiantes con muy bajo peso y scores de EAT normal. Algunos de ellos pueden tener un retardo constitucional en la maduración. Otros pueden estar sufriendo un trastorno alimentario de tipo anoréxico, pero eligieron negar sus síntomas en el cuestionario, o también pueden tener un reporte de talla y peso que no son los reales Mientras que entre las mujeres sin riesgo, sólo el 21% hacían dieta. Igualmente se encontró en el trabajo de investigación de Sofia Euso (2004) Lima Perú: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2007 Y los métodos más comunes entre ellas fueron: comer menos cantidad, evitar comer a deshora, consumir más líquidos de lo normal y consumir alimentos. El 100% de las alumnas con riesgo realizaron dietas consistentes en: consumir alimentos light,

consumiendo exclusivamente líquido, omitiendo comidas, o ingiriendo poco o muy pequeñas cantidades de comida, estas adolescentes son incapaces de reconocer las porciones normales de alimentos, sobredimensionando los alimentos siendo un obstáculo para la determinación del valor calórico ingerido, motivo por el cual, todo esto se observa en el presente estudio.^{6,21}

En la presente investigación se encontró un factor de riesgo para TCA según EAT-26 y el parámetro de Bulimia. Las Adolescentes mujeres con bulimia y preocupación por la comida (relaciona el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia) El 23.3% en riesgo en Bulimia y El 76.7% en parámetros normales con Bulimia De lo cual se observa que en otros estudios como de Lorena Aliaga-Deza, Tania A. De La Cruz-Saldaña y Johann M. Vega-Dienstmaier en Lima- Perú en el 2010. Ya que fue con otro instrumento pero que contiene el parámetro de Bulimia. Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. De los 39 participantes, 24 (62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2%.¹²

Esto sucede debido a que las adolescentes mujeres tienen la preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose atracones recurrentes (ingesta en corto tiempo de grandes cantidades de comida con sensación de pérdida de control sobre la ingesta, estas son conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. Preocupación exacerbada por el peso y la silueta corporales La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.²¹

Se analiza la relación entre las variables de TAC en las adolescentes mujeres; confirmándose correlaciones en los 3 segmentos etéreos. Finalmente, se rastrea qué ítems de cada escala del EAT-26 y del total de dicho cuestionario las Adolescentes mujeres con el control oral (Relacionado con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso) El 39% en

riesgo con el control oral, el 61% en parámetros normales con el control oral. de esta misma forma se encontró en la siguiente investigación de Vega Verónica C.; Piccini Marta; Barrionuevo y José A.; Tocci Romina F en Buenos Aires Argentina En el caso de la variable CO, se identificaron como productores los siguientes ítems del test de Beck: 19, 18, 21 y 2; en ese orden de importancia y explican el 15.1% de la varianza. El ítem 18 fue hallado en las dos escalas anteriores del EAT-26 y parece ser aquel que cohesiona a las tres escalas del instrumento. Se trata de la disminución del apetito. En el caso del ítem 19, pérdida de peso, la escala Control lo comparte con la escala Dieta pero, como es de esperar, no aparece como productor de la escala Bulimia. Con esta escala, la variable Control comparte el sentimiento de desesperanza (ítem 2) y finalmente se diferencia de ambas (DI y BU) en el ítem 21, falta de interés sexual.¹⁰

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Por el porcentaje de alumnas con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria del 4to año de secundaria del IET "Villa los Reyes" fue de 59,7%. Una de ellas cumple con conductas alimentarias patológicas ligadas a la Anorexia y la Bulimia; tales como la evitación de alimentos que engordan (escala Dieta), atracones (escala Bulímica); autocontrol y presión para aumentar de peso (escala Control) y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
2. Se encuentra que hay un porcentaje de adolescentes mujeres con la dieta (Relacionado con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada) con un porcentaje de (51.6%) en riesgo con la dieta y (48.4%) en parámetros normales con la dieta.
3. Se encuentra que hay un porcentaje de adolescentes mujeres con bulimia y preocupación por la comida (relaciona el pensamiento sobre la comida e indicadores de bulimia) es de (23.3%) en riesgo en Bulimia y (76.7%) en parámetros normales con Bulimia
4. Se encuentra un porcentaje de adolescentes mujeres con el control oral (Relacionado con el autocontrol en el comer y el percibir presión desde los otros por aumentar de peso) El 39% en riesgo con el control oral, el 61% en parámetros normales con el control oral.

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Realizar estudios referidos al tema en otras Instituciones educativas y en distintos sectores socioeconómicos.
- Realizar estudios similares que incluyan otras edades, años de estudio, y tipos de familia.
- Promover a nivel de las Instituciones Educativas en coordinación con los Centros de Salud para que se desarrollen estrategias, programas, talleres y/o seminarios dirigida a la población de riesgo (adolescente) y comunidad educativa (profesores, estudiantes y padres de familia) con la finalidad de contribuir en la adopción de hábitos de alimentación saludables y en el fortalecimiento de la auto percepción de la imagen corporal favorable.
- Promover a que los centros de salud desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan el tema de trastornos alimenticios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdova, L. Factores Familiares y sociales relacionados con la conducta pre disponente a la anorexia y bulimia en las adolescentes mujeres del C.E.N. Miguel Grau Seminario N^o 0137-SJL, Trabajo de Titulación (Licenciada de Enfermería). Lima-Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud, 2005. 8p.
2. Verna, I. Plan de negocio para la instalación De una clínica privada especializada en el Tratamiento de Trastornos Alimenticios. Trabajo de Titulación (Ingeniería Industrial). Perú-Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias e Ingeniería, 2010. Página 4
3. Úrzua A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. Rev chil.nutr. 2011; Vol. 38, N^o 2, 128-135.
4. Palpan J, Jimenez C, Garay j, Jimenes V. Factores Psicológicos asociados a lps trastornos alimenticios en adolescentes de Lima Metropolitana. Psychology International. 2007; Vol. 18, N^o4,Pág128-135.
5. Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. 2008; Vol N^o 1: Pág 81-90.
6. Aguirre A, Damus M, Rosigues R. conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de secundaria del Noreste Argentino. 2000; 1250-(3400) Pagina 34
7. Castaña J, Giraldo D, Gueva J, Losada L, Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamientos alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, Manizales, Colombia. Revista colombiana de Obstetricia y Geniecologia. 2011; Vol. Página 46-56.
8. Angeles A, Feliciano M, Mapa Nutricional y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Queretaro, Qro., México. Salus cum propositum vitae; 2006; volumen 7 No 1. Página 26

9. Moreno M, Ortiz G, Trastornos alimentario y su Relación con la Imagen corporal y la autoestima en Adolescentes, Terapia Psicológica. 2009; Vol. 27, Nº 2, Pagina 181-190
10. Vega V, Piccini M, Barrionuevo J, Tocci R. Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. Anuario de investigaciones. 2008; volumen XVI, pagina 103-104
11. Albornoz P, Matoz I. Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa. Pacientes atendidos en el instituto nacional de salud mental "Honorio delgado-hideyo noguchi" entre 1982 y 1998. Revista de Neuro-psiquiatría del Perú. 2001; Vol LXIV, Nº 2, Página 4
12. Aliaga L, De la cruz A, Vega J. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2010; 73, página 52-61
13. Caballero, Lisbeth. Relación entre ato percepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to. Año de la institución educativa Gonzales de Fannig, Trabajo de titulación (Licenciada de Enfermería). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de ciencias de la Salud, 2008. Página 21.
14. Euro Resident. Adolescencia. Adolescencia Ityls XXI Euroresidentes. Spain; Vol 4: <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/adolescencia.htm>.
15. Módulo de soporte Estudiantil. Ministerio de Educación. Conversando con los adolescentes de estilos de vida saludables, sexualidad y prevención de ITS/VIH y SIDA. Lima-Perú. Care. 2008, Página 26
16. Adolescencia Cambios físicos. Wikipedia 2011 20(06); Nº 2. <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
17. Fernández. Cambios psicológicos en la adolescencia. Copyright © 2011; 2/06; Nº 1.: <http://www.tareasya.com.mx/index.php/tareas-ya/secundaria/formacion-civica-y-etica/la-adolescencia/1731-Cambios-psicol%C3%B3gicos-en-la-adolescencia.html>

18. Gonzales Cuenca. Adolescencia y sociedad. starMedia 2010 12/04; N° 1: G:\8tavo ciclo\tesis nuevo\marco teórico \ adolescencia y sociedad.htm
19. Olivia Villoria. Trastornos Alimentarios: anorexia y bulimia. E magíster 2008 02/06; N° 2: <http://www.emagister.com/curso-trastornos-alimentarios-anorexia-bulimia/trastornos-alimentarios-definiciones-caracteristicas>
20. Adolescencia Cambios físicos. Wikipedia 2011 20(06); N° 2. <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
21. Sofia Euso. Prevalencia de riesgo de trastornos [i.e. trastornos] de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresan tes a la U.N.M.S.M. en el año 2004 {título de Licencia de Nutrición}. Lima Perú: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2007
22. Gutierrez, Carlos. Vigorexia: estudio sobre la adición al ejercicio un enfoque de la problemática actual, Trabajo de titulación en especialista en educaciín física (actividad física y salud). Medellin-Colombia: Universidad de Antioquia, Instituto universitario de educación física, 2007. Pág. 15-30
23. Guía sobre salud mental (trastornos, enfermedades, síntomas, etc.) Barcelona 2007; Yuki H (02/06/2012). Pág 22.
24. Corada L, Montedónico A. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Univ. Chile. 2007; Vol N° 1: Pág. 12-56
25. Iñarritu M, Cruz V y Morán I. Instrumentos de la Evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria, México ciudad de México. 2004; Vol N°5.
26. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú:Tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007 Lima-Perú; 200 ejemplares Pág.(23-35)
27. <http://www.muniventanilla.gob.pe/historia.php>

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Valores finales | Criterios para asignar valores | Preguntas |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Trastornos alimenticios | Un trastorno alimentario es una de las varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. | <p>El trastorno Alimenticio se medirá a través del Test de actitudes alimentarias (EAT-26) se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de Frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca.</p> <p>Presenta las siguientes dimensiones</p> <p>Dieta: recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez.</p> <p>Bulimia y preocupación por la comida: conductas bulímicas: atracones y vómitos y</p> | <p>El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de Frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total pueden variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.</p> | <p>Se utilizó como valor de corte total: 20 puntos (mínimo: 0 y máximo: 78). (En riesgo ≥ 20) (Caso ≥ 10)</p> <p>Para la escala Dieta el corte será: 13 puntos (máximo: 39)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Le aterra estar con sobrepeso. 6. Es consciente del volumen de calorías que ingiere. 7. Particularmente evita comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.). 10. Se siente muy culpable después de comer. 11. Está preocupado por el deseo de estar más delgado. 12. Su objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios. 14. Está preocupado con el pensamiento de tener grasa en el cuerpo. 16. Evite las comidas con azúcar. 17. Come comidas o productos dietéticos. 22. Se siente culpable después de comer dulces. 23. Se ajusta a comportamientos dietarios. 24. Siente que su estómago está vacío. 25. Tiene el impulso de vomitar después de las comidas. 3. Se encuentra preocupada/o por la comida. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>EDAD</p> <p>Trabajan Tipos de familia</p> | <p>Edad, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Por ejemplo: “Mi hija tiene tres años de edad”,</p> | <p>pensamientos acerca de la comida.</p> <p>Control oral: autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.</p> | | <p>Para la escala BU: 6 puntos (máximo: 18)</p> <p>Para la escala CO: 7 puntos (Máximo: 21).</p> | <p>4. Sigue abusando con la comida, aun sabiendo que no puede parar de comer.</p> <p>9. Vomita después de haber comido.</p> <p>18. Siente que la comida controla su vida.</p> <p>21. Piensa mucho en la comida.</p> <p>26. Disfruta probando nuevas comidas ricas.</p> <p>2. Evita comer cuando tiene hambre.</p> <p>5. Corta su comida en pedazos pequeños.</p> <p>8. Siente que los demás preferirían que comiera más.</p> <p>13. Otras personas piensan que está demasiado delgado.</p> <p>15. Tarda más tiempo que los otros comiendo.</p> <p>19. Tiene autodominio al comer.</p> <p>20. Siente que otros le presionan al comer.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

ANEXO B

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT-26)

Nombre:

Edad:

Aula y Sección:

| Elija una respuesta para cada una de las preguntas: | siempre | Casi siempre | frecuentemente | A veces | Raras veces | nunca |
|--|---------|--------------|----------------|---------|-------------|-------|
| 1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso | | | | | | |
| 2. Evito comer cuando tengo hambre | | | | | | |
| 3. Me preocupo por los alimentos | | | | | | |
| 4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer | | | | | | |
| 5. Corto mis alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| 6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos | | | | | | |
| 7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas) | | | | | | |
| 8. Siento que los demás quieren que yo coma más | | | | | | |
| 9. Vomito después de haber comido | | | | | | |
| 10. Me siento extremadamente culpable después haber comido | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 11.Me preocupo por estar más delgado(a) | | | | | | |
| 12.Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio | | | | | | |
| 13.Los demás piensan que estoy muy delgado(a) | | | | | | |
| 14.Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo | | | | | | |
| 15.Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas | | | | | | |
| 16.Evito los alimentos que contienen azúcar | | | | | | |
| 17.Como alimentos dietéticos (diet o light) | | | | | | |
| 18.Siento que la comida controla mi vida | | | | | | |
| 19.Mantengo un control de mi ingesta | | | | | | |
| 20.Siento que los demás me presionan para comer | | | | | | |
| 21.Pienso demasiado en la comida | | | | | | |
| 22.Me siento culpable después de comer dulces | | | | | | |
| 23.Engancho con conductas de dieta | | | | | | |
| 24.Me gusta sentir el estómago vacío | | | | | | |
| 25.Disfruto probando nuevas comidas apetitosas | | | | | | |
| 26.Tengo el impulso de vomitar luego de comer | | | | | | |

ANEXO C

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con número
de DNI: _____
(Nombre del paciente o familiar o representante legal)

Acepto voluntariamente y autorizo al
_____ Para que realice
(Nombre del / de los estudiantes responsables)
La aplicación de la encuesta
(Procedimiento): _____
_____ el día _____
(Nombre del procedimiento) (dd-mmm-aaaa)

Declaro que he sido informado plenamente sobre los beneficios, riesgos y las posibles complicaciones del procedimiento que se me ha descrito o del instrumento a aplicar y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Firmo este documento por duplicado conservando un original con todas las firmas requeridas

Acepto y autorizo a los/las estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades para que me apliquen los procedimientos o llenado de encuestas que sean necesarias. Con fines educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, pero resguardando mi identidad.

Nombre del paciente Firma Fecha

Personalmente y bajo protesta de decir verdad declaro que proporcioné la información sobre el procedimiento a realizar o sobre las preguntas aplicadas considerando todos y cada uno de los puntos anteriormente mencionados.

Nombre del / de los estudiantes responsables responsable
Firma Fecha

ANEXO D

TABLAS Y GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS

Tabla 1: Distribución de la Población según Grupos Etarios

| edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| 14 | 6 | 3,8 |
| 15 | 99 | 62,3 |
| 16 | 39 | 24,5 |
| 17 | 13 | 8,2 |
| 18 | 2 | 1,3 |
| Total | 159 | 100,0 |

Tabla 2: Distribución de las Adolescentes que Trabajan

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| NO TRABAJAN | 49 | 30,8 |
| TRABAJAN | 110 | 69,2 |
| Total | 159 | 100,0 |

Tabla 3: Distribución de Tipos de familia en las Adolescentes

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| F. NUCLEAR | 38 | 23,9 |
| F. EXTENSA | 74 | 46,5 |
| F. MONOPARENTAL | 34 | 21,4 |
| F. ENSAMBLADA | 11 | 6,9 |
| F. HOMOPARENTAL | 2 | 1,3 |
| Total | 159 | 100,0 |

Tabla 4: Distribución de la muestra por nivel de riesgo de trastorno alimentario según tipos de familia

| TAC | TIPOS DE FAMILIA | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------|--------|-------------------|--------|------------------------|--------|---------------------|--------|------------------------|--------|
| | F. NUCLEAR | | F. EXTENSA | | F. MONOPARENTAL | | F. ESAMBLADA | | F. HOMOPARENTAL | |
| | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % |
| NORMAL | 33 | 86,8% | 27 | 36,5% | 8 | 17,6% | 1 | 9,1% | 0 | .0% |
| RIESGO | 5 | 13,2% | 47 | 63,5% | 28 | 82,4% | 10 | 90,9% | 2 | 100,0% |
| Total | 38 | 100,0% | 74 | 100,0% | 34 | 100,0% | 11 | 100,0% | 2 | 100,0% |

Tabla 5: Distribución de la muestra por tipos de familia según dieta

| TAC | TIPOS DE FAMILIA | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------|--------|-------------------|--------|------------------------|--------|---------------------|--------|------------------------|--------|
| | F. NUCLEAR | | F. EXTENSA | | F. MONOPARENTAL | | F. ESAMBLADA | | F. HOMOPARENTAL | |
| | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % |
| NORMAL | 31 | 81,6% | 30 | 40,5% | 12 | 35,3% | 4 | 36,4% | 0 | .0% |
| RIESGO | 7 | 18,4% | 44 | 59,5% | 22 | 64,7% | 7 | 63,6% | 2 | 100,0% |
| Total | 38 | 100,0% | 74 | 100,0% | 34 | 100,0% | 11 | 100,0% | 2 | 100,0% |

Tabla 6: Distribución de la muestra por tipos de familia según bulimia

| BULIMIA | TIPOS DE FAMILIA | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|--------|------------|--------|-----------------|--------|--------------|--------|-----------------|--------|
| | F. NUCLEAR | | F. EXTENSA | | F. MONOPARENTAL | | F. ESAMBLADA | | F. HOMOPARENTAL | |
| | fr | % | fr | % | Fr | % | fr | % | fr | % |
| NORMAL | 36 | 94,7% | 57 | 77,0% | 21 | 61,8% | 7 | 63,6% | 1 | 50,0% |
| RIESGO | 2 | 5,3% | 17 | 23,0% | 13 | 38,2% | 4 | 36,4% | 1 | 50,0% |
| Total | 38 | 100,0% | 74 | 100,0% | 34 | 100,0% | 11 | 100,0% | 2 | 100,0% |

Tabla 7: Distribución de la muestra por tipos de familia según control oral

| TAC | TIPOS DE FAMILIA | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|--------|------------|--------|-----------------|--------|--------------|--------|-----------------|--------|
| | F. NUCLEAR | | F. EXTENSA | | F. MONOPARENTAL | | F. ESAMBLADA | | F. HOMOPARENTAL | |
| | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % | fr | % |
| NORMAL | 32 | 84,2% | 40 | 54,1% | 21 | 61,8% | 3 | 27,3% | 1 | 0% |
| RIESGO | 6 | 15,8% | 34 | 45,9% | 13 | 38,2% | 8 | 72,7% | 1 | 0% |
| Total | 38 | 100,0% | 74 | 100,0% | 34 | 100,0% | 11 | 100,0% | 2 | 100,0% |