



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS:

“CONDUCTAS DE RIESGO A TRANSTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) EN LAS ALUMNAS DEL 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PARROQUIAL PADRE ABAD - TINGO MARIA, 2014”

Tesis de Investigación para optar el Título Profesional de
Licenciado en Enfermería

TESISTA : JENNY BRIGIDA PONCE VILLAORDUÑA

ASESOR : LIC. ROBERT REÁTEGUI RUIZ

FECHA DE INICIO : ABRIL 2014

HUANUCO – PERU

DEDICATORIA

A mis padres por todo su amor y esfuerzo para sacarme adelante, a mi esposo Luvick Zegarra e hijo por el cariño y paciencia que me brindaron todos estos años de estudios universitarios.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios, a la universidad de Huánuco Sede Tingo María, a todos los docentes que aportaron sus conocimientos para mi formación profesional, al Hospital del Ministerio de Salud de Tingo María y al Hospital Nacional Cayetano Heredia de la ciudad de Lima.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, 2014. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, de corte transversal. Se utilizó el test de actitudes alimentarias EAT-26 elaborada por Garner y Garman a fin de identificar riesgo de desórdenes alimentarios. Para determinar imagen corporal se elaboró un cuestionario la cual nos permitió medir la autopercepción corporal de la población en estudio. La muestra estuvo conformada por 100 alumnas mujeres. **RESULTADOS:** la edad media de las alumnas es de 15,5 años. El 85,0% vive en la zona urbana. El 23,0% presenta riesgo a trastorno en la alimentación (anorexia y/o bulimia nerviosa). El 57,0% se considera obesa. El 37,0% y 30,0% se encuentra insatisfecha de su cuerpo y de su apariencia física respectivamente. El 37,0% realizó dieta en algún momento y al 52,0% le gustaría ser más delgada. **CONCLUSIONES:** Menos del 50,0% de las alumnas presenta riesgo de trastorno en la alimentación; el vivir en la zona urbana está asociado significativamente a tener riesgos a trastornos en la alimentación así como la insatisfacción corporal, física, el realizar dieta y el desear ser más delgada. **PALABRAS CLAVES:** Conducta de riesgo, trastorno en la alimentación.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine behaviors of risk to dysfunctions in the feeding in the students of 4° 5° of secondary of the IE Parochial Father Abbot, 2014.

MATERIALS AND METHODS: I study with quantitative focus, descriptive observational type, of traverse court. The test of alimentary attitudes EAT-26 was used it elaborates for Garmer and Garkinfel in order to identify risk of alimentary disorders. To determine corporal image a questionnaire the one it was elaborated which allowed us to measure the population's corporal autopercepción in study. The sample was conformed by 100 students women.

RESULTS: the half age of the students is of 15,5 years. 85,0% lives in the urban area. 23,0% presents risk to dysfunction in the feeding (anorexy and/or nervous bulimia). The 57,0% are considered obese. 37,0% and 30,0% are unsatisfied of their body and of their physical appearance respectively. 37,0% carried out diet in some moment and 52,0% would like to be thinner.

CONCLUSIONS: Less than 50,0% of the students it presents dysfunction risk in the feeding; living in the urban area is associate significantly to have risks to dysfunctions in the feeding as well as the corporal dissatisfaction, physics, the to carry out diet and wanting to be thinner.

KEY WORDS: Behavior of risk, dysfunction in the feeding.

INTRODUCCION

En la actualidad, la presencia de conductas de riesgo asociadas a trastornos en la alimentación a pesar de haber sido descritas desde tiempos atrás, parece ser un fenómeno reciente y propio de nuestros días, esta afirmación se justifica por el notable aumento que durante los últimos años y de forma muy acelerada se ha producido el incremento de casos con problemas en la conducta alimentaria, principalmente entre la población joven, siendo motivo de gran preocupación específicamente en nuestro país, en la que se ha podido observar que las mujeres presentan mayores porcentajes en todas las conductas alimentarias en comparación con los varones.

La presencia de los TCA es más frecuente en los adolescentes, aunque algunos autores indican que pueden iniciarse en edades más tardías, así mismo otros estudios han demostrado que la presencia de problemas alimentarios en la niñez temprana o trastornos alimentarios en la adolescencia, aumentan el riesgo de presentar un trastorno alimentario en el adulto joven.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) abarcan un espectro importante de implicaciones para los individuos que los padecen, no solo en cuanto a las consecuencias desde el punto de vista físico, sino también en el aspecto psicológico.

Una situación asociada a este problema es la creación de modelos de identificación con patrones de belleza y la creciente presión de los medios de comunicación que ha impactado en las adolescentes y en parte en los adultos jóvenes, haciendo en muchos de ellos que desequilibren una adecuada conducta alimentaria llegando a presentar ciertas patologías en relación a este problema como puede ser anorexia o bulimia.

De acuerdo a lo anterior, este trabajo plantea realizar un diagnóstico inicial sobre el riesgo de presentar un trastorno en la conducta alimentaria en las estudiantes de una institución educativa, de tal manera que se tenga un panorama que fortalezca y priorice los esfuerzos en las áreas específicas en que se encuentre principalmente este trastorno.

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	4
Abstrat	5
Introducción	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Descripción del problema.....	10
1.2. Formulación del Problema	12
1.2.1. Problema General	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivo Especifico	13
1.4. Hipótesis	13
1.4.1. Hipótesis General	13
1.4.2. Hipótesis Específica.....	13
1.5. Identificación de Variables	14
1.6. Operacionalización de las Variables	15
1.7. Justificación de la investigación	16
1.7.1. A nivel teórico	16
1.7.2. A nivel práctico.....	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedente de Investigación	19
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Bases conceptuales	44
CAPITULO III: METODOLOGIA	47
3.1. Tipo de Estudio	47
3.2. Diseño del estudio	47
3.3. Población	47

3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	48
3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo	48
3.4. Muestra y muestreo	49
3.4.1. Unidad de Análisis	49
3.4.2. Unidad de muestreo.....	49
3.4.3. Marco Muestral	49
3.4.3. Tamaño de la muestra	49
3.4.4. Tipo de muestreo	49
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.6. Validez de los instrumentos	50
3.7. Procedimiento de recolección de datos	50
3.8. Elaboración de los datos.....	51
3.9. Análisis e interpretación de los datos.....	51
3.10. Consideraciones éticos de la investigación.....	51
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	52
4.1. Análisis descriptivos.....	52
4.2. Análisis inferencial	61
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	64
5.1. Discusión	64
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS.....	74
Anexo 01: Instrumentos de recolección de datos	75
Anexo 02: Consentimiento informado	78
Anexo 03: Tabla de validación de los instrumentos	80
Anexo 04: Matriz de consistencia	81

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En todo el mundo investigaciones publicadas sobre anorexia coinciden que ha aumentado considerablemente este tipo de trastornos sobre todo en países de mayor auge económico y que año y año viene creciendo la población adolescente con este problema.

Tal es así que está a la par con muchas otras enfermedades causando muchas veces la muerte del paciente. Por otro lado se evidencia una alta letalidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) entre las detectadas por trastornos psiquiátricos.

Los diferentes países europeos señalan el avance de esta patología entre sus jóvenes.

Así mismo los países latinoamericanos ven con mucha preocupación que los diferentes trastornos de alimentación cada vez más va en aumento según las diferentes encuestas realizadas todos estos años.

La magnitud del problema a estudiarse es evidente, pues está afectando a nivel mundial sin discriminación entre todos los jóvenes, ya que al menos una de cada diez chicas adolescentes sufren de este problema y vemos que son las chicas las que sufren en un mayor porcentaje, sin dejar de lado a los varones pero en número mucho mas bajo

Las edades que comienzan a presentar este tipo de trastorno como es la anorexia nerviosa es entre las pre púber de 10 a los 19 años.

En América Latina Cada vez hay más casos de anorexia, solamente en Chile 70,000 mujeres de entre 14 y 30 años sufren de anorexia nerviosa y 350,000 chilenas sufren de bulimia nerviosa. A pesar de estos

números alarmantes, por el momento, no existe ningún centro de tratamiento especializado en dicho país.

El mayor porcentaje de pacientes con anorexia se encuentra en México con casi un millón de personas que lo padecen seguido de Colombia con 800 mil casos ya que diversas investigaciones vienen comunicando alarmantes cifras de pacientes con estos trastornos en todo el mundo

Actualmente Argentina ha sobrepasado a los estados unidos en lo que a estos trastornos se refiere ya que muchos de estos jóvenes están siendo influenciados por las grandes cadenas de la moda y sobre todo resaltan la belleza corporal como señal de adelanto.

Lo que sí está confirmado es que los trastornos alimenticios tienen la tasa más alta de mortalidad que cualquier otro trastorno mental.

Las muertes en la anorexia nerviosa, en su mayor parte resultan de complicaciones de la inanición o del suicidio según la National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders [ANAD].

La situación de esta problemática es similar en el Perú como en los países latino americanos ya que conforme pasan los años se evidencia un incremento de niñas adolescentes y jóvenes con problemas de conducta alimenticia entre ellas la anorexia y la bulimia, esto debido a que hoy en la actualidad prima lo que la televisión vende en función a la belleza femenina en la que se muestra una idea errónea de que ser delgada es ser bella llevándolos al extremo de no medir las consecuencias y sin importarles como la adquieren y que con el tiempo esto acarrea problemas de salud ya que empiezan a perder peso por la restricción de ingesta de alimentos sobre todo los de alto valor calórico asociada o no al consumo de laxantes o diuréticos.

La población adolescente de Tingo María no es ajeno a este problema, guiados por los medios de comunicación y la moda en la que las adolescentes por querer lucir un cuerpo delgado optan por empezar a

tener trastornos en la conducta alimentaria llegando muchas de ellas a la anorexia y bulimia.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Tendrán conductas de riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad. Año 2014?

1.2.2 PROBLEMA ESPECIFICOS

1. ¿Qué características sociodemográficas presentaran las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de Tingo María?
2. ¿Tendrán las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad riesgos a trastornos de la conducta alimentaria?
3. ¿Cuál será la autopercepción en relación a imagen corporal que se tienen las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar conductas de riesgos asociados a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4 ° y 5 ° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad. Año 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas que presentan las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de Tingo María.
2. Establecer el riesgo que presentan las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad en relación a trastornos de la conducta alimentaria.
3. Describir la autopercepción en relación a imagen corporal en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad.
4. Relacionar el TCA con las variables sociodemográficas
5. Relacionar el EAT26 y la autoevaluación corporal.

1.4 HIPOTESIS

1.4.1 Hipótesis general

Existen conductas de riesgo predisponentes a trastornos de la conducta en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, 2014.

1.4.2 Hipótesis específicas

1. Las alumnas procedentes de la zona urbana presentan riesgo mayor a trastornos en la alimentación en relación a las que proceden de las zonas rurales.
2. Más del 50% de las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad presentan riesgo en relación a trastornos de la conducta alimentaria.
3. Las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad tienen una autopercepción de disconformidad de su imagen corporal.

4. Existe relación significativa entre el TCA y las variables involucradas en el estudio
5. Existe relación significativa entre el EAT26 y la autopercepción corporal en las alumnas.

1.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1. Variable Independiente

Conductas de riesgo

2. Variable Dependiente

Trastornos en la alimentación

1.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
✓ Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la actualidad	años cumplidos	Razón
✓ Lugar de residencia	Lugar de donde procede la alumna	Urbana Rural	Nominal
✓ Grado de estudio	Nivel académico en el que se encuentra la adolescente.	4° secundaria 5° secundaria	ordinal
✓ Eating Attitudes Test-EAT-26	Cuestionario de tamizaje para determinar riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria	>= 20 riesgo de trastorno de conducta alimentaria < 20 No riesgo a trastornos de conducta alimentaria	ordinal
✓ Conductas de riesgo	Actitudes repetidas Y fuera de determinados límites, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura.	SI presenta conductas de riesgo. NO presenta conductas de riesgo.	Nominal
✓ Autoevaluación corporal	Manera o forma como se percibe la adolescente en relación a su imagen corporal		Nominal

1.7. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

1.7.1. A nivel teórico:

El estudio de este problema Anorexia y bulimia, es de relevante importancia no solo porque es de actualidad para los adolescentes sino que está afectando a miles de jovencitas a nivel mundial siendo un tema de gran preocupación tanto de los padres de familia cuyas hijas están padeciendo actualmente éste problema, como también a aquellos padres que observan en sus hijas algunos indicios de que podrían estar propensos a presentar éste trastorno alimenticios como es la anorexia , también es de gran preocupación de todos los docentes que trabajan con alumnas en la etapa de adolescencia y juventud, actualmente se observa con gran preocupación dentro del personal que se dedica a tratar los problemas de la salud mental, ya sea psicólogos / psiquiatras que día a día aumentan más jovencitas con alteraciones de trastorno alimenticio (anorexia y bulimia) , poner énfasis a la detección temprana de algunas conductas de riesgo de anorexia y trabajar bastante en cuanto a la prevención y promoción de la salud mental un trabajo integral que debe ser llevado a cabo conjuntamente con los padres, maestros de todas las instituciones profesionales de la salud tanto del ministerio de salud, Essalud, y entidades privadas, donde todas las instituciones apoyen a que los jóvenes a que practiquen deportes, y también elevar su autoestima ya que también porque los medios de comunicación lo manejan de una manera superficial, como si se tratara de una etapa más

de los adolescentes sin profundizar en lo que en realidad implica la anorexia.

Además de que este tema es de vital importancia nos es de mucho interés los síntomas que llevan a la anorexia no solamente físicos, sino también psicológicos en sus diferentes etapas.

Todo esto con la finalidad de establecer cuáles son las conductas de riesgo frente a la anorexia en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria en la institución educativa parroquial Padre Abad de la ciudad de Tingo María de abril a julio del año 2014.

1.7.2. A nivel práctico:

Es muy importante la detección adecuada de éstos conductas de riesgo pues éste trastorno alimentario puede llevar a la muerte del estudiante establecer la importancia de una adecuada alimentación, previniendo la aparición de nuevos casos y logrando estilos de vida saludables, aportando de este modo al conocimiento de los estudiantes, docentes y padres de familia de la unidad educativa e incluso reconocer a una persona con este tipo de desorden alimenticio y poder ayudarla de una manera adecuada sea, inculcándole hábitos de alimentación sana, actividad física adecuada de acuerdo a sus facultades físicas o tratamiento médico.

Este estudio va a beneficiar a los alumnos en la detección de éstas conductas de riesgo, docentes y padres de familia, logrando comprensión y confianza en su realidad biológica y

psíquica, sus capacidades y limitaciones, infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son. Así mismo fomentar la autonomía y criterios para que los estudiantes sean capaces de no dejarse influenciar de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Sandoval Mestanza G.” Prevalencia de trastornos alimenticios, básicamente Anorexia en alumnos de la UE Olga Bayones de Rodríguez”. Estado Carabobo.2009. **Objetivo:** conocer si en la población estudiantil de la U.E. “Olga Bayone de Rodríguez” se presentan casos de alumnos con trastornos alimenticios, específicamente anorexia. **Metodología:** Investigación descriptiva, documental de campo, la población estuvo conformada por estudiantes de 13 y 17 años de la UE constituyendo el universo de 120 alumnos y la muestra de 36 alumnos. Se aplicó un cuestionario de 36 items de tipo cerrado dicotómicas. **Resultados:** los estudiantes de la U.E Olga Bayone de Rodríguez no padecen de problemas alimenticios ni de ningún desorden que tome la comida como problema, Se encontró en un nivel mínimo encuestadas con baja autoestima. **Conclusiones:** Las alumnas no demostraron gran preocupación por problemas de trastorno en la conducta alimentaria. (1)
- Leonardo Merizalde D. “Aplicación del Modelo Precede-Procede en la Prevención de Desórdenes Alimentarios en Adolescentes de 15 a 18 Años del Instituto Técnico Superior Riobamba.2011. **Objetivo:** es la prevención de desórdenes alimentarios en 110 adolescentes de 15 a 18 años. **Metodología:** estudio con diseño no experimental transversal, descriptivo, longitudinal.
- MORAL DE LA RUBIA J. “Un modelo estructural de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados”. Nuevo León. 2009. **Objetivo:** estimar un modelo de clasificación de los sujetos para distinguir aquellos con o sin conducta alimentaria de riesgo. **Metodología:** Estudio correlacional explicativo, no

experimental de tipo transversal. Se utilizó un muestreo no probabilística de dos instituciones educativas secundarias y dos de educación media superior. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, análisis correlacional y conglomerados de K medias, análisis de diferencias. Resultados: Los resultados obtenidos muestran que el modelo especificado obtuvo un 69.70 % de varianza explicada además de contar con niveles adecuados de bondad de ajuste tanto en los tres índices de bondad de ajuste absoluto (RMSEA=.056; GFI=.91; AGFI=.89) como en los cuatro índices de ajuste comparativo (NFI=.90; NNFI=.91; CFI=.92; IFI [Δ] =.92). Conclusiones: De esta manera podemos decir que dichos resultados en cuanto a estos tipos de trastornos de alimentación no presenta una relación directa y con gran significado en cuanto a la familia y el colegio.

2.2. BASES TEÓRICAS QUE SUSTENTAN EL ESTUDIO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Muchos de los profesionales de la salud física y mental que trabajan directamente con pacientes que sufren de los diferentes trastornos de la alimentación, así como anorexia nerviosa bulimia nerviosa entre otros sustentan que tras el fondo de esta enfermedad se encuentran estas personas con muchos miedos, temores, desconfianza, búsqueda de independencia, problemas con su imagen corporal ya que su visión hacia ellos mismo esta distorsionada y se ven que son diferentes y que no podrán enfocar dentro de su círculo de amigos si su cuerpo no cambia, para ellos su físico viene a ser lo más importante y cree que para los demás que lo ven también, que lo juzgaran debido a su belleza que según ellos cuanto más delgados mejor.

Todas estas ideas y prejuicios pondrán su salud en riesgo si estas ideas de ser más delgadas comienza a obsesionarles.

Estas conductas y trastornos de la alimentación puede afectar a cualquier edad, sin embargo son los chicas que se encuentran en la pubertad y la adolescencia quienes atraviesan diferentes cambios tanto en lo físico, biológico y psicológico y están en un proceso de maduración, buscando su independencia son los que se encuentran en riesgo.

ORIGEN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Actualmente se conoce que la causa es multifactorial, donde se puede ver inmerso el factor biológico, físico, psicológico, social, familiar y sexual de la persona.

En cuanto a lo biológico algunos estudios realizados hacen mención de que hay familias que tienen predisposición sus integrantes de presentar este tipo de trastorno de alimentación, también se sabe que algunos hijos de padres obsesivos por las dietas desarrollaron anorexia o bulimia en algún momento de su vida, de la misma manera el factor genético dice jugar un papel importante para el desarrollo de este trastorno pues algunos estudios refieren que gemelos idénticos el otro hermano tiene una alta tasa de probabilidad de sufrir de este trastorno alimentario, al igual que de familias en donde las hermanas o hermanos mayores presentan anorexia o bulimia, también se dice que podrían desarrollar este trastorno más adelante.

También encontramos que el factor bioquímico podría ser considerado como causante de este trastorno alimentario pues se ha podido observar en algunos paciente una elevada cantidad de un neurotransmisor llamada serotonina ya que se considera a la serotonina que actúa como mecanismo de saciedad, es decir que si

este neurotransmisor está muy aumentado en la persona, la misma se consideraría siempre satisfecha con poco o nula alimentación.

En cuanto al factor psicológico se ha observado que en la gran mayoría de pacientes poseedores de este trastorno desde muy pequeños han desarrollado un tipo de personalidad obsesivas, perfeccionistas con una dura visión hacia ellos mismo, juzgándose negativamente en cuanto a sus logros, a su figura aun cuando su peso está por debajo de lo normal ellos dicen verse gordos, allí se puede sumar que muchos de los adolescentes traen consigo una baja autoestima.

En cuanto a lo social el adolescente siente la presión por encajar dentro de una sociedad donde el paradigma de las personas exitosas según su punto de vista es estar delgada ya que es lo que a diario nos vende los medios de comunicación ensalzando la belleza femenina completamente delgada en donde todo lo que se pone le queda excelente y la fortaleza masculina con torsos totalmente trabajados en un gimnasio con horas y horas de ejercicios físicos hace que los jóvenes tanto chicas y chicos deseen imitar poniendo de esta manera en riesgo la salud pues muchas veces se someten a dietas estrictas con bajísimas calorías, proteínas y carbohidratos llegando a casos de inanición.

En cuanto al factor familiar juega un papel preponderante para la aparición de este trastorno, pues muchas veces la familia es disfuncional, el padre o la madre no tienen la suficiente autoridad dentro de la casa y si la tienen muchas veces son autoritarias y los jóvenes son abusados dentro del hogar tanto física como psicológicamente haciendo personas introvertidas, reprimidas, con miedos temores y dejan de alimentarse que es el modo que encuentran para llamar la atención y pedir ayuda.

En cuanto al factor sexual, el periodo de la adolescencia es la etapa en donde los caracteres sexuales logran su desarrollo, pero este cambio muchas veces puede afectar al joven pues comenzara a

sentirse distinto y sentirá que no puede encajar con los demás creándole traumas que más adelante puede manifestarse con algún tipo de alteración en su conducta alimentaria.

HISTORIA DE LA ANOREXIA

Se sabe que este tipo de trastornos alimentarios han existido desde los siglos XI de nuestra historia, pero no era conocido como anorexia, era conocida como ayuno pues se felicitaba a las personas que practicaban estos ayunos prolongados pues era una manera de limpiar el organismo de los placeres de la comida y para entrar en gracia de Dios, las personas se sometían a esta práctica, poniendo en riesgo la salud y llegando muchas veces a la inanición. Las personas de las monarquías, reyes entre otros luego de banquetes y atracones que tenían procedían a vomitar para así luego seguir comiendo.

Muchos médicos a lo largo de nuestra historia señalaron en las historias clínicas familiares episodios de trastornos alimentarios que los pacientes padecían pero siempre trataban de relacionarlo al síntoma de una determinada patología.

Un médico llamado Gull es el que nombra a este trastorno alimentario como anorexia nerviosa porque observa en casi todos su pacientes un componente psicológico, en la que todas ellas se niegan a comer negándose obsesivamente y que en mayor porcentaje se daba en adolescentes mujeres.

Desde los años 50 se han venido llevando a cabo diferentes estudios sobre la anorexia con una visión mucho más amplia tratando de encontrar las causas que provocan estos tipos de trastorno.

Los estudios que actualmente se vienen realizando indican que el tratamiento para esta patología deberá ser pluridisciplinar con la participación de un psiquiatra, psicólogo, endocrinólogo, ginecólogo,

nutricionista donde cada uno abordara en forma individual el problema del trastorno alimentario.

LA ANOREXIA

El nombre de anorexia deriva un vocablo griego (an: que significa negación o falta. Y orexis: que significa apetito o hambre). Es decir falta de hambre o apetito.

Consiste en un trastorno de la conducta en la alimentación en donde el ser humano pierde de peso en demasía es decir muy por debajo de lo normal o lo que se señala para su talla, edad o sexo, sobre todo es causado por la misma persona llevándolo muchas veces a un estado de inanición.

El paciente siente un gran temor por engordar y se mira así mismo como una persona obesa a pesar de estar en un peso bajo, y se somete a dietas y ejercicios extremas con tal de lograr de lograr su cometido.

CLASIFICACIÓN

Encontramos 2 tipos de anorexia:

1. **Anorexia Restrictiva:** Este tipo de anorexia se caracteriza porque la persona o paciente desea bajar de peso obsesivamente y para ello se somete a diferentes dietas, lee revistas sobre el tema, busca información en el internet sobre las mil y una dietas, busca temas de conversación con sus amigas relacionado a las dietas y también se someten para bajar de peso a la práctica de ejercicios excesivos con la sola idea de poder quemar grasa y calorías.
2. **Anorexia Purgativa:** Este tipo de anorexia se caracteriza porque la paciente va a comer en forma excesiva sin control y luego al sentirse culpable y el miedo a engordar procederá a

vomitarse a inducirse al vomito de todas las formas ya sea utilizando los dedos de la mano e inclusive tomando medicamentos que inducen al vomito como el jarabe de ipecacuana entre otros preparados tanto caseros como aquellos de venta en las farmacias.

También en este tipo de anorexia se utilizan laxantes porque piensan que a más retención más peso, también utilizan los diuréticos, porque a menos líquidos en sus cuerpos menos peso Pierden todo tipo de control alimenticio.

Muchas veces se inicia con una anorexia restrictiva para posteriormente convertirse en anorexia purgativa.

Diferencias entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Inicio temprano	Inicio más tardío
Dieta restrictiva	Dieta variable
Bajo peso	Peso con pocas variaciones
Baja Impulsividad	Impulsivas
Pocos antecedentes de obesidad previa	Mayores antecedentes de obesidad previa
Control de peso estable: restricción alimentaria	Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
Hiperactividad	Hipo actividad
Amenorrea	Amenorrea 50%
Dieta restrictiva	Dieta restrictiva y atracones
Poca psicopatología asociada	Mucha psicopatología Asociada
Pocas conductas autolíticas directas	Más frecuentes conductas Autolíticas
Conductas bulímicas en menos del 50%	Conductas bulímicas en el 100%
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas Agudas

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Factores genéticos: según estudios realizados, parece ser que los factores genéticos tienen importancia para desencadenar este tipo de trastornos alimenticios, pues se ha observado que de gemelos idénticos existe 70% de probabilidades de que el otro hermano desarrolle este tipo de trastorno, también se llegó a establecer que si se trata de gemelos no idénticos, el porcentaje llega a un 20% de que el otro hermano desarrolle dicho trastorno alimenticio, también

se estableció que de hermanas mayores sufrían anorexia las hermanas menores muchas de ellas desarrollaron también este trastorno

Factores bioquímicos: según estudios realizados se podría llegar a la conclusión que también estos factores podrían desencadenar el trastorno alimentario, pues se pudo observar que en muchos pacientes, se encontraba un excesivo aumento de un neurotransmisor llamada serotonina, la cual denominan que este podría ser causante de la saciedad.

Factores psicológicos: estos factores pueden estar asociados a los traumas y miedos ocurridos ya sean dentro del hogar como el abuso de los padres o de algún familiar, o el abuso de sus compañeros dentro del colegio, o los temores propios que ocurren dentro de la adolescencia, que es un periodo vital de cambio.

Problemática familiar. La falta de autoridad dentro de la familia o el exceso de la misma puede ocasionar traumas y temores de los jóvenes, también cabe señalar que existen padres de familias que presionan demasiado a sus hijos en el logro de las metas tanto académicas, deportivas o religiosas, o de familias disfuncionales, donde el hijo observa conflictos entre sus padres y hermanos, lo que puede desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

Factor social. La sociedad juega un papel muy importante en el desarrollo de este trastorno sobre todo en el impacto sobre el adolescente, ya que los medios de comunicación incluida la tv el internet y las revistas utilizan la belleza femenina y masculina en tus portadas para vender sus productos.

El adolescente necesita encajar dentro de la sociedad para ello escoge modelos talvez equivocados y se inclina en buscar una

imagen corporal que se vea mejor frente a su entorno ya que según él cree que todos están pendiente de él.

Normalmente los adolescentes no tiende a escuchar consejos de los padres y o docentes y se obsesiona y confían en su intuición. No existe un solo gen que pueda ocasionar este tipo de trastornos alimenticios sin embargo la personalidad aunada a los diferentes problemas familiares escolares puede desencadenarlo.

La adolescencia: según la OMS la adolescencia viene a ser el periodo de transición de la infancia hacia la adultez es decir es un periodo donde el joven va a desarrollar distintos ámbitos incluidos físicos psicológicos y social, este periodo comprende de los 10 a los 19 años de edad, el joven comenzara a buscar su propia independencia siendo una etapa de ajuste difícil que muchas veces podría confundir al joven.

El Egocentrismo: el egocentrismo en el adolescente se encuentra aumentado pues ellos creen que las personas están pendiente de cómo se desarrollan y como se desenvuelven ellos son incapaces de reconocer los acontecimientos que le sucede a otras personas su mundo se centra en ellos mismos.

El ideal yo físico: como lo señalado anteriormente el joven se preocupara por los cambios físicos que su cuerpo está llevando a cabo, y tendrá una preocupación aumentada si no lograra tener las capacidades que otros jóvenes los tienen para ser socialmente aceptado.

La imagen corporal: la imagen del adolescente durante este periodo logra alcanzar su máximo nivel de influencia debido a que la sociedad antepone la estética haciendo que se trastoque lo ideal, un cuerpo perfecto es el sueño deseado de todo joven impactando en

su mente y en sus actitudes, el adolescente va experimentar cambios psicológicos ya que muchas veces se encontrara confundido entre un mundo perdido como es su pasada infancia y el mundo futuro que es la adultez y desconocido para él/ella.

El adolescente en este periodo es idealista, perfeccionista, el adolescente será más vulnerable ante cualquier cuestionamiento que encuentre en su entorno, haciendo muchas veces que se desarrolle este trastorno alimentario disminuyendo su ingesta de alimentos.

La Moda: lo primero que se tiene que aclarar y distinguir que el deseo de bajar de peso controlado, voluntario y supervisado no es lo mismo que la anorexia, donde el joven se obsesionada por adelgazar no solo algunos kilos sino busca una delgadez extrema, dejando de lado a la salud con una actitud riesgosa.

Por eso decimos que el deseo de bajar de peso y la anorexia no son iguales, aunque las personas y sobre todo los adolescentes se confundan entre estos.

El estar bajo de peso se va haciendo una moda en nuestra cultura sobre todo en el sexo femenino, ya que muchas adolescentes de nuestra sociedad reniegan de su físico, y desean disminuirlo a como dé lugar, con dietas extremas que no siempre son sanas y esto acrecentar con la publicidad televisiva donde nos venden productos publicitando la imagen de la delgadez femenina, y la apariencia fuerte del varón.

En estos tiempos los porcentajes de trastornos de la alimentación está cada vez más en aumento (90 a 95% en mujeres, y de 5 a 10% en varones). Muchas veces los padres de familia se dan cuenta que sus hijas sufren de este trastorno cuando la enfermedad está ya avanzada, es por eso la importancia que tienen en los colegios las escuelas de padres, conjuntamente con los docentes para resolver y aclarar algunos mitos.

En el fondo las personas que sufren de anorexia no solo tienen el deseo de dejar de comer, como mera rebeldía, sino va más allá, existe un real miedo a la vida, a desarrollarse, a las responsabilidades sobre todo en este periodo inestable, cuando el cuerpo sufre un gran cambio. En estos tiempos la gran mayoría de adolescentes están recurriendo a diferentes dietas para bajar de peso, se obsesionan y están pendientes de las calorías que tienen los alimentos.

En el periodo de la adolescencia existe una real presión de la sociedad aunados a una baja autoestima, hace que la anorexia se desarrolle mucho más rápido, mucha de ellas en las consultas, refieren que solo querían bajar de peso un poco de algunas zonas de su cuerpo, que veían que habían engordado, sentían vergüenza vivir de esa manera y pensaban que si bajaban de peso y se volvían flacas iban a ser aceptadas mejor, la vulnerabilidad, la creencia equivocada, muchas veces las confundía.

Conductas de riesgo: se denomina conductas de riesgo a las acciones que llevan a cabo las personas poniendo en riesgo la salud, sobre todo estas acciones peligrosas se desarrollan en el periodo de la infancia y la adolescencia, ya que muchas veces están en busca de su independencia y su autonomía, ellos necesitan explorar los límites, las dudas que los adultos les impongan, siempre están desafiando las normas; cuando estos riesgos se conviertan en repetitivos y sucesivos estaremos hablando de conductas de riesgo.

El joven suele conocer a la que está sometiendo, pero piensa que es vulnerable y quiere demostrarse a sí mismo y a los otros que todo lo puede, estas actuaciones de riesgo son aquellas circunstancias que pueden afectar a la sociedad o al grupo familiar.

Los adolescentes tienen un excesivo culto a la imagen de su persona.

Cambios Conductuales: las personas que sufren de anorexia normalmente cambian de actitud, trastocándose sus distintos comportamientos.

Comportamiento Ingestivo: el paciente comienza a cambiar iniciando una dieta de tipo restrictivo. Comienza disminuyendo o suprimiendo los carbohidratos, reduciendo en su dieta primeramente las grasas y posteriormente limitara la alimentación proteica. Para eliminar todo lo ingerido la paciente muchas veces recurrirá al vomito usara laxantes, diuréticos, eliminando líquidos de su cuerpo y por ende de peso.

Estas actitudes que realiza la paciente son extrañas, raras y obsesivas, por lo que estará pendiente de su peso y todo su entorno girara en torno a ellos tanto la lectura como las conversaciones con sus amistades, llegara a preocuparse en extremo de la alimentación en su casa, comenzará a hacer rituales con los alimentos despedazándolas en el plato escupiendo los alimentos después de las comidas.

Hiperactividad: la paciente comenzara aumentando sus actividades físicas excesivamente, comenzará caminando, estudiara paseando, asistirá a gimnasios y pasara gran parte de su tiempo ejercitándose, todo ello con la idea de poder quemar grasas.

En el paciente con anorexia se alterara el sueño, deseara dormir menos, haciendo que su cuerpo permanezca en actividad.

Comportamiento familiar: la casa es donde las personas sufren de anorexia, porque es ahí donde se llevan a cabo la ingesta de la comidas, ya que muchas veces son las madres de familia que exigen a sus hijos a alimentarse y el no alimentarse para ellos denota enfermedad, debido muchas veces a este trastorno de la alimentación se va a desencadenar en la familia u gran grado de ansiedad.

Muchas veces la familia hará que estos trastornos de la alimentación se desencadene, existiendo comportamientos desadaptados por parte de los miembros de la familia

Conducta social y sexual: el adolescente desea ser diferente, refiere no ser comprendido por los demás, muchas veces oculta sus problemas lo que lleva a que se elimine las comidas que lo ve como una obligación.

Se observa en el adolescente con anorexia disminución del interés y placer sexual, aunque esto se observa diferente en una paciente con anorexia que tenga 13 años y que recién este empezando a relacionarse sexualmente con una mujer de 30 años que ya tiene una vida sexual activa.

En loa pacientes que sufren de anorexia el interés de la sexualidad esta disminuido, ellas saben que si tuvieran menos peso se verían más hermosas y no se sienten atractivas hacia los demás.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Síntomas principales:

- El paciente desea bajar de peso obsesivamente
- El paciente tiene una imagen equivocada de su físico (se ve gorda)
- En estadios más avanzados de la anorexia perderá el apetito.
- El paciente evitara todo tipo de comidas
- El paciente comenzara hacer dieta y ejercicios en forma obsesiva
- En periodos avanzados existirá amenorrea
- El paciente estará pendiente del tipo de alimentos que ingiere
- Se observará baja de peso en exceso o su crecimiento se mantendrá muy por debajo de su talla, edad, o sexo.
- Se emocionara ante la idea de verse más delgada

Síntomas del comportamiento.

- El paciente se negara voluntariamente a ingerir muchas calorías
- El paciente cocinara los alimentos por cocción o a la plancha
- El paciente va a disminuir el ingreso de líquidos a su cuerpo
- Adoptará conductas extrañas en cuanto a la alimentación, cortar los alimentos lavarlos esconderlos, etc.
- El paciente provocara los vómitos
- El paciente preferirá estar solo
- El paciente usara excesivamente la balanza

Síntomas emocionales y mentales.

- Se observara en el paciente una notable pérdida de peso
- La persona con anorexia presentara fatiga
- La piel estará seca y deshidratada
- El paciente presentara el pelo quebradizo, débil.
- El paciente presentara cefalea y vértigos
- Se observara signos de deshidratación
- El paciente presentara hipotermia
- El paciente con anorexia sufrirá de bradicardia, arritmias, y problemas de osteoporosis
- El paciente presentara alteraciones en el esmalte de los dientes, presentara infertilidad e insomnios.

EPIDEMIOLOGIA

La anorexia tiene el índice más alto de mortalidad. Así, 15 de cada 100 personas mueren por esta causa.

Aunque en Ecuador no existen cifras sobre la incidencia de esta enfermedad, consultorios y centros médicos mantienen un sub registro de acuerdo a los casos que tratan.

En el Perú según estudios epidemiológicos realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi “ Del Ministerio de Salud, los trastornos alimentarios como la Bulimia y Anorexia son los problemas que más sufren entre el 7.3% y 11.4 % de más de 9 mil estudiantes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país. El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado, Bagua, Tacna, Arequipa, Chimbote, Trujillo, Piura e Ica, el año 2011.

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de esta enfermedad se basa en: Una entrevista con el paciente y su entorno familiar más cercano, y revisión de su historia clínica y antecedentes familiares.
- Una exploración física y evaluación del ritmo cardiaco, presión sanguínea y frecuencia respiratoria.
- Pruebas clínicas complementarias: hemograma, bioquímica, etc.
- Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Sociedad Americana de Psiquiatría, los cuatro criterios diagnósticos principales de la anorexia nerviosa son:
 - Rechazo tajante a lograr y mantener un peso corporal igual o superior al valor mínimo normal considerado en función de la edad y la talla. Por lo general, el peso es inferior al 85% del mínimo correspondiente a la edad y talla.
 - Terror patológico a la ganancia de peso y a la conversión en una persona obesa.

- Alteración de la autopercepción del peso y silueta corporal, con exageración de su importancia en la capacidad de autoevaluación, y negación de los riesgos que supone un bajo peso corporal mantenido.
- Amenorrea en mujeres post puberales (desaparición de al menos tres ciclos menstruales).

EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

Una vez evaluados los parámetros diagnósticos descritos previamente, y descartadas otras patologías psiquiátricas y orgánicas, se procede al tratamiento y seguimiento del paciente. El proceso de tratamiento de la anorexia nerviosa es multidisciplinar, precisando una acción coordinada del médico de familia, psiquiatra, psicólogo, endocrinólogo y ginecólogo.

Debido a que la anorexia nerviosa afecta varios ejes hormonales y las manifestaciones clínicas que tiene dependen, fundamentalmente, de la edad en que se presenta, es por eso que el endocrinólogo desempeña una función importante en el tratamiento de la anorexia ya que en la adolescencia puede alterarse:

El eje hipotálamo-hipófisis-gónada: En la anorexia nerviosa, se encuentra un hipogonadismo hipogonadotrófico. Esto significa que desde la hipófisis no se están enviando las órdenes adecuadas para el funcionamiento de los ovarios y el ciclo menstrual.

ALTERACIONES EN EL EJE DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO

Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides: En los cuadros de anorexia, para reducir el metabolismo basal, se forma mayor cantidad de T3 reversa que en condiciones normales, lo que se traduce en un nivel más bajo de T3 en los exámenes. En condiciones habituales, cuando se encuentra T3 bajo, la TSH debería incrementarse, porque quiere decir que existe poca hormona tiroidea funcional.

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: La glándula suprarrenal reacciona frente a esta situación de anorexia nerviosa, enfrentándola como una situación de estrés.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- . En general, los tres objetivos principales de la terapia son:
 - a) lograr disminuir en el paciente los síntomas que denoten peligro para su salud física y represente un peligro para su vida
 - b) se debe estimular al paciente a que vuelva a comer con normalidad y pueda disfrutar de una relación adecuada con los alimentos
 - c) se debe averiguar que pensamientos destructivos le ocasiona al alimentarse

Para que una terapia tenga éxito va a depender de varios factores:

- Que el paciente tenga una personalidad definida, y tenga un deseo de cambiar
- Va a depender de cuánto tiempo presenta este trastorno alimentario

- Va a depender a que edad se iniciaron con este trastorno
- Juega un papel muy importante su historia familiar
- En importante el nivel de habilidades
- Innatas del paciente en el social
- Va a depender si el paciente presenta además depresión

EL PROCESO DEL TRATAMIENTO

Antes de empezar cualquier tratamiento hay que examinar físicamente al paciente:

- Evaluar en qué condiciones físicas y psicológicas se encuentran
- Evaluar que tan grave en su problema
- Evaluar la existencia previa de otros trastornos mentales
- Evaluar como esta su voluntad para los diferentes cambios

Para que un tratamiento tenga resultado los médicos y personal que participa de ello debe estar informada exhaustivamente del paciente a quien intentan ayudar. La gran mayoría de pacientes tienen una imagen distorsionada de su físico.

Psicoterapia tradicional: esta terapia es muy importante porque va ayudar al paciente con anorexia acerca de su infancia de las tristezas, pensamientos, sentimientos, no expresados, de este modo pueda sacar a relucir problemas desde su infancia, lo que le motivo a actuar equivocadamente. Al conocer el paciente todo ello podrá adquirir nueva actitud hacia su vida y las intentara cambiar

Terapia de grupos: esta terapia es muy importante la que al principio podría resultar aterradora para el paciente pues pensará que como enfrentara su problema delante de terceros.

Sin embargo el fin de esta terapia de grupo es lo contrario ya que va ayudar a la persona o paciente que esta sufriendo compartiéndola con otras personas con el mismo problema

Terapia de familia: esta terapia es muy importante porque el terapeuta podrá observar a la familia más cerca o íntima del paciente y como se comunican entre ellos de esta manera podrá reconocer los puntos negativos de la familia, y podrá ayudarlos a que cada miembro colabore adecuadamente con el tratamiento del paciente.

Prevención de la anorexia: Es muy importante prevenir la aparición de este tipo de trastornos, con la difusión de programas de promoción y prevención de la salud familiar, la cual permitirá reducir el número de pacientes cuyas consecuencias podría afectar seriamente su salud.

Prevenir la anorexia desde pequeños:

- incentivar a nuestros hijos pequeños tanto en la casa como en las instituciones educativas que tal importante es los correctos hábitos alimentarios
- procurar comer en casa con la familia cuando se pueda, haciendo que la comida en la mesa sea agradable, compartiendo con los hijos
- los alimentos deben ser variados y con una correcta distribución, se debe enseñar a los niños a comer de todo, salvo que se padezca de alguna patología
- siempre es importante poner a nuestros niños un horario establecido para las comidas
- elevar el autoestima de nuestros niños, que ellos sepan de que son capaces y que cosas les costara mucho más

trabajos lograrlos, que ellos se sientan a gustos con ellos mismos, ello evitara que no tengan complejos más adelante

- elevar y crear la autonomía del niño y que tenga sus propias opiniones y no se deje influenciar por los demás, ni por los medios de comunicación y la publicidad sobre tener un cuerpo perfecto, es señal de éxito muchas veces la persona pierde los valores.
- Hay que conversar siempre con nuestros hijos sobre la estética y los alimentos sobre todo de lo que se difunden en la televisión; razonando lo que es bueno y lo que no lo es, enseñándoles la importancia que es la salud por encima de la belleza
- No presionar a nuestros hijos con metas que puedan superar sus capacidades y con el tiempo los puedan frustrar
- Estimular a nuestro hijo la práctica de ejercicios regularmente que le será bueno para su salud y podrá desarrollarse mentalmente
- Ayudarle a que se relacione con los amigos y que participe en actividades escolares paseos etc., si se siente integrado con su entorno socialmente será difícil que se sienta rechazado, por no tener una belleza marcada
- Hacer que nuestro niño tenga la confianza de comunicarse con su familia cuando presente algún problema o situación que le cause estrés

Prevención de la anorexia en la adolescencia

Como se sabe la anorexia se ve más en el sexo femenino comprendido entre jóvenes de 11 a 19 años, jóvenes confundido con un falso mensaje en donde la persona delgada representa éxito. Muchas veces el adolescente quiere cambiar su aspecto físico, esa actitud no va significar que tenga una enfermedad mental, pero si puede elevar la posibilidad de que se incremente el riesgo a

desarrollar una conducta anómala de alimentación, sobre todo cuando se transforma en obsesión

En el periodo de la adolescencia se encuentra vulnerable ya que su personalidad no está definida, por eso la importancia de realizar programas de prevención y promoción que eviten que estos jóvenes cambien su conducta de alimentación.

- Los docentes juegan un papel muy importante en la prevención sobre todo aquellos docentes que tienen contactos con adolescentes, realizando una detección precoz comunicando a sus progenitores o familiares si observaran algún cambio de comportamiento
- Muchas veces algunos jóvenes deben bajar de peso por motivos de salud, este proceso deberán realizarlos bajo la supervisión de profesionales de la salud, y con la autorización de los padres.
Muy por el contrario se observara como una alerta si el joven desea bajar de peso sin justificación alguna
- Muchas veces la familia puede ayudar a desencadenar estos trastornos dentro del hogar ya que realizan comentarios hacia otras personas en relación a su físico llegando inclusive a burlarse de las personas obesas o con algún defecto físico, lo cual el joven tiende a imitar
- Procurar que los jóvenes puedan interactuar con diferentes grupos sociales, es decir personas de diferente nivel cultural, esto va ayudar a que el joven entienda que no por tener mucho dinero, o tener poco, implica ser diferente ni para mejor ni para peor
- Estimular a todo joven una buen autoestima para que valore su diferente capacidad, y sepa conocer sus debilidades y fortalezas

- Lograr tener una familia con un ambiente sano, y no caer en proteger demasiado a su hijo ni tampoco abandonarlos a su suerte

BULIMIA: Esta es una enfermedad en la cual la paciente consume demasiados alimentos conocidos como atracones, perdiendo totalmente el control de lo que significa verdaderamente una buena alimentación. Posteriormente la paciente se sentirá culpable de todo lo ingerido y usará diversos métodos para expulsar los alimentos, como son vomitar, uso de laxantes, diuréticos, etc.

CAUSAS: Como se sabe debido a diferentes estudios realizados, existen más mujeres que varones con esta enfermedad, la paciente está consciente que sufre esta patología y que su conducta alimentaria no es normal, pero siente que ha perdido el control. Actualmente no se sabe una causa exacta de los orígenes de la bulimia, pero existen factores que pueden desencadenarlos, como son los factores culturales, sociales, psicológicos, familiares, etc.

SÍNTOMAS: La persona presentará cuadros de alimentación excesiva varias veces al día, y esto se repetirá durante meses y años, normalmente esta ingesta contiene alto valor calórico, y esta ingestión lo realiza muchas veces en forma oculta.

Esta difícil sensación hace que la persona sienta un auto rechazo lo cual va a obligar a que vomite con mayor frecuencia para que no suba de peso, esta expulsión de alimentos puede ser a través de vómitos, laxantes, enemas, diuréticos, etc.

Muchas veces luego de las diferentes purgas, la paciente siente una sensación de alivio, la gran mayoría de ellas, presentan un peso normal, lo que hace que su familia no se dé por enterada

PRUEBAS Y EXÁMENES

- Al examen del paciente se observara en los ojos rojizos, con pequeñas cantidades de sangre, esto debido al gran esfuerzo que realiza al vomitar
- Se observara en el paciente presencia de caries dental y gingivitis esto ocasionado por el excesiva exposición al vomito que contiene acido
- Paciente presentara los labios y la boca seca
- Se observara en el cuerpo del paciente granos y sarpullidos
- Paciente presentara ojeras debido al esfuerzo y a la deshidratación
- Al examinar al paciente as articulaciones, especialmente de los dedos de la mano se observara callosidades y pequeñas cortaduras, ocasionado por los vómitos auto inducido
- En cuanto al examen sanguíneo, muchas veces se presentara desequilibrio hidra electrolítico

TRATAMIENTO

Las pacientes pueden algunas veces ser hospitalizadas y otras no; se hospitalizaran en caso de:

- Que aparte de la bulimia presenten anorexia
 - Tengan problemas de depresión grave
 - Pacientes que necesitan la administración de medicamentos para evitar los vómitos
-
- ✓ También se puede utilizar en el tratamiento, los diferentes grupos de apoyo, esto solamente para pacientes que tengan problemas leves, y que su salud no esté en riesgo.
 - ✓ Existen terapias conductuales y terapias nutricionales que son los primeros en aplicarse para el paciente bulímico, que no está respondiendo a otros grupos de apoyo.

- ✓ También se puede utilizar durante el tratamiento medicamentos antidepressivos. Se puede usar una combinación de la terapia conductual y la farmacológica
- ✓ A veces una sola terapia tiende a no funcionar
- ✓ A veces es común que el paciente con bulimia tenga una recaída pero no es causa para desesperarse

Grupos de apoyo: Este tipo de terapia se utilizara en pacientes ambulatorios con una actitud positiva de cambio. Existen en la actualidad a nivel mundial, diversas entidades que brindan a poyo a personas con bulimia

Expectativas: Como se sabe la bulimia es una patología crónica y la gran mayoría de veces las personas a pesar de un tratamiento exitoso, continúan presentando algún síntoma posteriormente.

Los pacientes que hayan tenido menos complicaciones debido a estas patologías, y aquellas que tienen voluntad de cambio y participan en algún tipo de terapia tienen mejor pronóstico de recuperación

Posibles complicaciones: Los pacientes con bulimia pueden presentar graves complicaciones, por ejemplo:

- Debido a que su esófago estuvo sometido a largos periodos al acido del estómago durante los vómitos, puede causar diferentes lesiones como sangrados, e inclusive llegar a un tipo de cáncer
- Los pacientes pueden desarrollar un cuadro de pancreatitis
- El paciente puede presentar cuadros crónicos de estreñimiento
- El paciente puede presentar síntomas de deshidratación

2.3. Bases Conceptuales

Conductas de riesgo:

Se refiere a que el paciente va a buscar el peligro y se pondrá expondrá a ellos continuamente, se sentirá atraído hacia el riesgo, le emocionara las sensaciones de peligro.

Anorexia Nerviosa:

La anorexia proviene de un vocablo griego **AN:** falta, negación y **OREXIS:** apetito, hambre.

Lo que significaría pérdida del hambre o del apetito.

La anorexia nerviosa viene a ser una enfermedad que afecta a la alimentación en la cual el paciente pierde peso excesivamente lo cual es ocasionado por él o ella mismo. Se denomina anorexia nerviosa porque tiene un componente psicológico, donde el paciente tiene un temor excesivo al aumento de peso, y su objetivo es tener un peso muy por debajo de lo normal.

Bulimia nerviosa:

Es un trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados “atracones” (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos.

Adolescencia:

Edad comprendida entre los 12 o 13 años de edad y que termina hasta antes de los 20; donde se generan cambios físicos y psíquicos que se inician con la maduración de las glándulas.

Auto concepto:

La palabra auto concepto deriva del concepto que tiene la persona de uno mismo frente a los demás, así como de las demás personas opinan de nosotros. Los fracasos y los triunfos personales van a influir en la forma de darnos un valor a nosotros mismos.

Identidad:

Es la definición de uno mismo

Idealización:

El paciente tiene muchas emociones y estas emociones con amenazados por factores internos o externos y a veces le damos un valor exagerado a la opinión de los demás

Tipo restrictivo:

Es un tipo de clasificación de la anorexia que se caracteriza por la pérdida de peso de la paciente y lo logra a través de dietas, dejando de comer, con las prácticas de actividades físicas excesivas, en este tipo de clasificación el paciente no hace uso de vómitos ni laxantes.

Tipo compulsivo:

Se refiere a la clasificación de la anorexia que se caracteriza por que el paciente come compulsivamente y en exceso y luego realiza purgas a través de vómitos, laxantes o diuréticos, para así disminuir de peso.

Ortorexia: obsesionados por su dieta, al extremo de controlar exhaustivamente todo lo que van a consumir.

Potomanía:

Consumo excesivo de grandes cantidades de agua para provocarse llenura y así evitar comer.

CAPITULO III

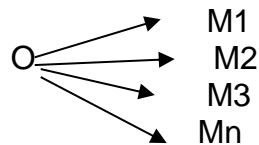
MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al problema y a los objetivos planteados, el estudio tubo un enfoque cuantitativo observacional de corte transversal en la que se describe las características sociodemográficas, el riesgo a trastornos de la conducta alimentaria y autopercepción; y se analiza que variables están relacionadas con el TCA y la autoevaluación corporal.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño a utilizarse fue el No experimental, de corte trasversal, la cual requerirá el siguiente esquema:



En dónde:

M1 a Mn representan las muestras de cada uno de los grados del 4° al 5°

O, es la observación que se hace en cada grado, en el mismo tiempo.

3.3. POBLACION

La población para el siguiente estudio de investigación lo conformaron 100 alumnas quienes cursan el 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de la ciudad Tingo María, año 2014

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de Inclusión

- Todas las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad matriculadas en el año académico 2014
- Alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, año 2014 que acepten ser parte del estudio.

Criterios de Exclusión

- Alumnas de otros grados de estudios diferentes al 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad.
- Alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad que no acepten formar parte de éste estudio.

3.3.2 UBICACION DE LA POBLACION EN ESPACIO Y TIEMPO

El estudio se llevará a cabo en la Institución Educativa Parroquial Padre Abad. La IE se encuentra ubicada en el departamento de Huánuco, Provincia de Leoncio Prado, distrito de Rupa Rupa, Av. Ucayali # 404 ciudad de Tingo María.

Según el tiempo, la población está ubicada durante el año escolar 2014, es decir alumnas matriculadas en el 4° y 5° de secundaria del presente año.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad de la Ciudad de Tingo María, año 2014.

3.4.2. Unidad de Muestreo

La unidad de muestreo lo conforma la misma población de la unidad de análisis a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos, para determinar las conductas de riesgo.

3.4.3. Marco Muestral

El marco muestral lo conforma el registro de matrícula en la que se encuentran registradas todas las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad de la Ciudad de Tingo María, año 2014.

3.4.4. Tamaño de la Muestra

Por ser la población pequeña y de fácil acceso, la muestra estuvo conformada por las 100 alumnas que conforman el 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad de la Ciudad de Tingo María, año 2014.

3.4.5. Tipo de Muestreo

Por la metodología de la investigación se utilizó el Muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.5. Técnicas e Instrumentos Utilizados en la Investigación

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario resumido, según el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) elaborada por Garner y Garkinfel.

El EAT-26 es una prueba de tamizaje, que consta de 26 items, que tiene por objetivo identificar riesgos de desórdenes alimentarios en una muestra no clínica, las cuales son respondidas mediante la escala de Likert con 6 categorías de frecuencia; siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca.

Para establecer autoevaluación corporal se utilizó un cuestionario con 5 preguntas con variables de respuestas dicotómicas y politómicas.

3.6. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Recolección de Datos.

Para la validación del instrumento de recolección de datos en relación a determinar la autoevaluación corporal (imagen corporal) se utilizó el juicio de expertos, en la que especialistas en la materia dieron su opinión en relación al instrumento, su opinión permitió mejorar el instrumento antes de ser aplicado. Así mismo se aplicó el coeficiente de AIKEN en la que se alcanzó un valor de 0.84 lo cual nos permitió definir como válido el instrumento.

Para determinar conductas de riesgo a padecer un trastorno alimenticio se utilizó el cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test EAT) estructurada y validada por Garner y Garkinfel, con la que se aplicó una prueba piloto para determinar las posibles limitaciones.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- autorización del Director de la IE Parroquial Padre Abad de la ciudad de Tingo María para llevar a cabo éste mencionado proyecto.
- Aplicación del consentimiento informado.

- Aplicación del cuestionario EAT-26 y de determinación de satisfacción corporal a las alumnas previa instrucción para su llenado.
- Elaboración de base de datos con la información recolectada.

3.8. ELABORACIÓN DE LOS DATOS

Una vez obtenido la información se confeccionó una base de datos en SPSS y Excel y para dar cumplimiento al objetivo estas fueron representadas a través de tablas y gráficos.

3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó con el software SPSS V. 21. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva por variables a través de frecuencia y porcentajes y para su mejor comprensión se representara la información a través de gráficos y tablas.

Para determinar conducta de riesgo a trastornos en la alimentación se aplicó el Test EAT-26 tipo escala de Likert en la que el puntaje final de la prueba correspondió a la suma de todos los ítemes, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. Al obtener un puntaje igual o superior a 20 se asoció a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue conducido de acuerdo con la Declaración de Helsinki II y sus respectivas modificatorias incluido Edimburgo del año 2000. Los participantes fueron informados en forma adecuada y de acuerdo con el nivel sociocultural de cada uno de ellos del propósito del estudio, solicitando a todos un consentimiento previo al estudio.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 ANALISIS DESCRIPTIVOS

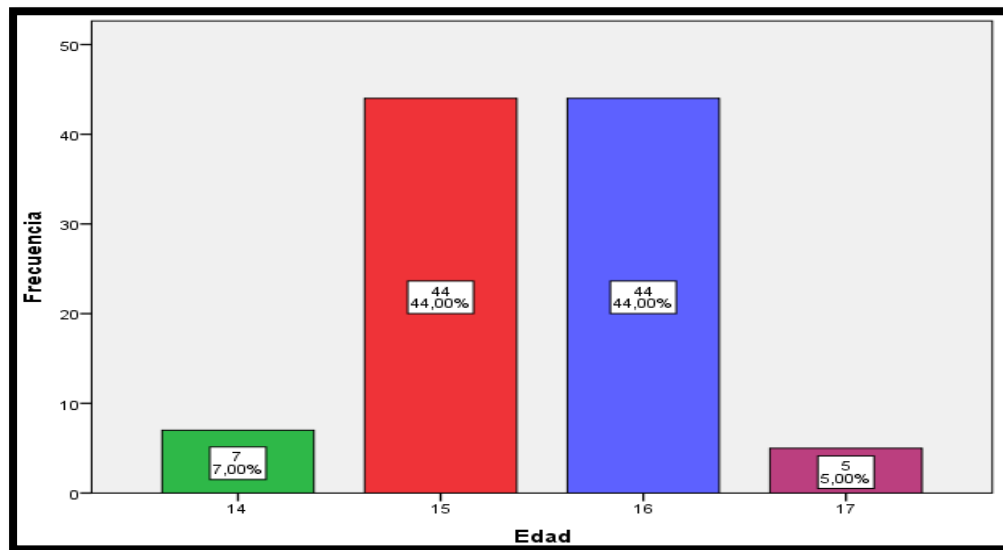
I. Información general:

**Tabla N° 01: Distribución de las estudiantes según edad
IE Parroquial Padre Abad, 2014**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	7	7.0
15	44	44.0
16	44	44.0
17	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

**Grafico N° 01: Porcentaje de las estudiantes según edad
IE Parroquial Padre Abad, 2014**



FUENTE: Encuesta Elaborada

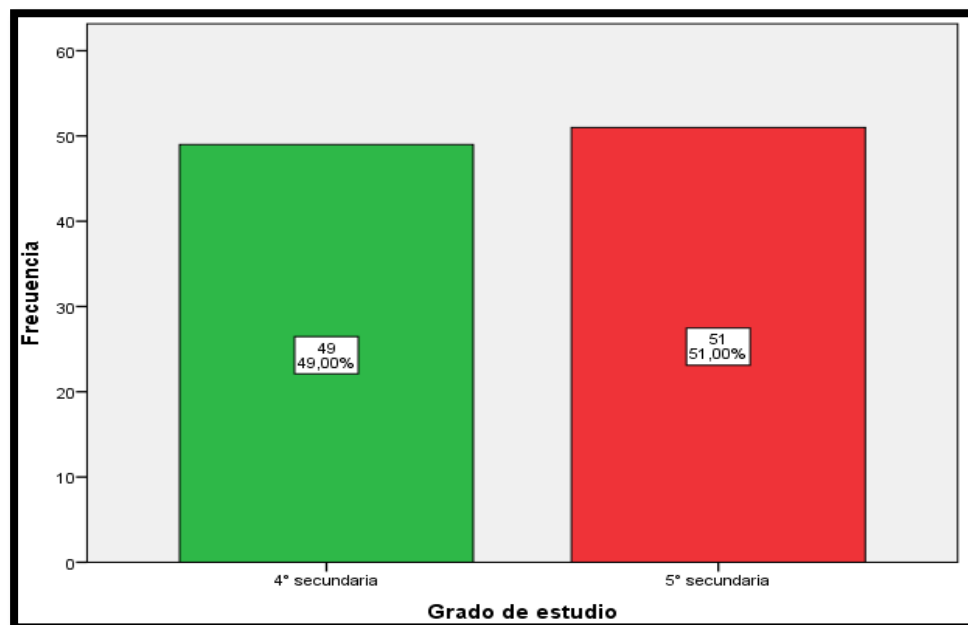
En relación a la edad de las estudiantes a quienes se aplicó el estudio, se evidencia que en su gran mayoría corresponden a la edad de 15 y 16 años con 44,0% cada grupo de edad respectivamente. La edad media de las alumnas fue de 15,47 años, con una desviación de 0,7; siendo la edad mínima de 14 y la máxima de e17 años

**Tabla N° 02: Distribución de las estudiantes según grado de estudio
IE Parroquial Padre Abad, 2014**

Grado de estudio	Frecuencia	Porcentaje
4° secundaria	49	49.0
5° secundaria	51	51.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

**Grafico N° 02: Porcentaje de las estudiantes según grado de estudio
IE Parroquial Padre Abad, 2014**



FUENTE: Encuesta Elaborada

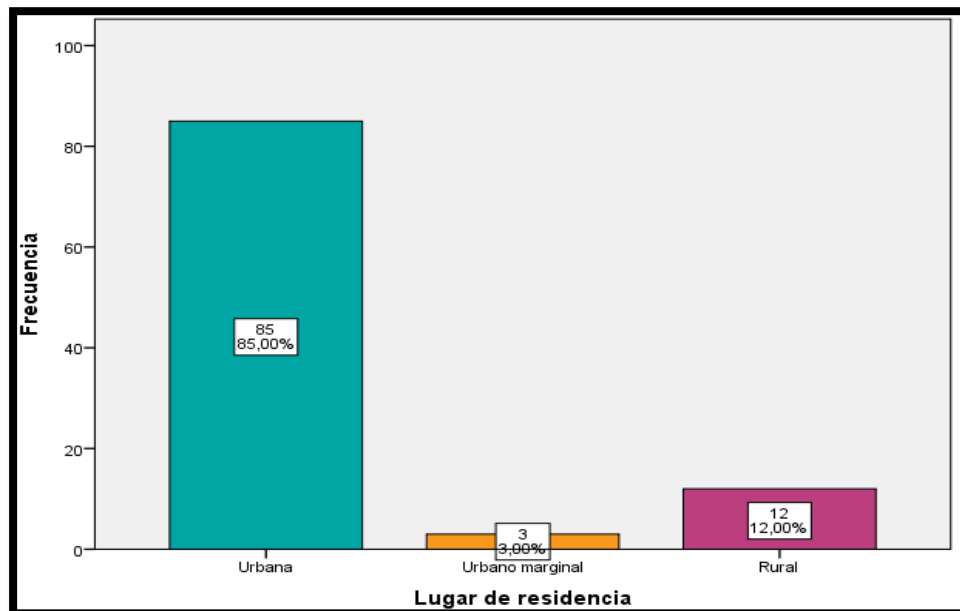
En relación al porcentaje de las alumnas en estudio según grado, se evidencia que ligeramente es mayor el porcentaje en las alumnas que cursan el quinto año de secundaria con un 51,0%, seguida por un 49,0% que corresponden a las alumnas del cuarto año de secundaria

Tabla N° 03: Distribución de las estudiantes según lugar de residencia - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	85	85.0
Urbano marginal	3	3.0
Rural	12	12.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Grafico N° 03: Porcentaje de las estudiantes según lugar de residencia - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

En relación a la zona de residencia a la que pertenecen las alumnas en estudio se evidencian que en su gran mayoría residen en la zona urbana de Tingo María con un 85,0% del total de la población, así mismo se evidencia que un 12,0% de ellas proceden de las zonas rurales cercanas a Tingo María quienes vienen a realizar sus estudios en la IE Padre Abad.

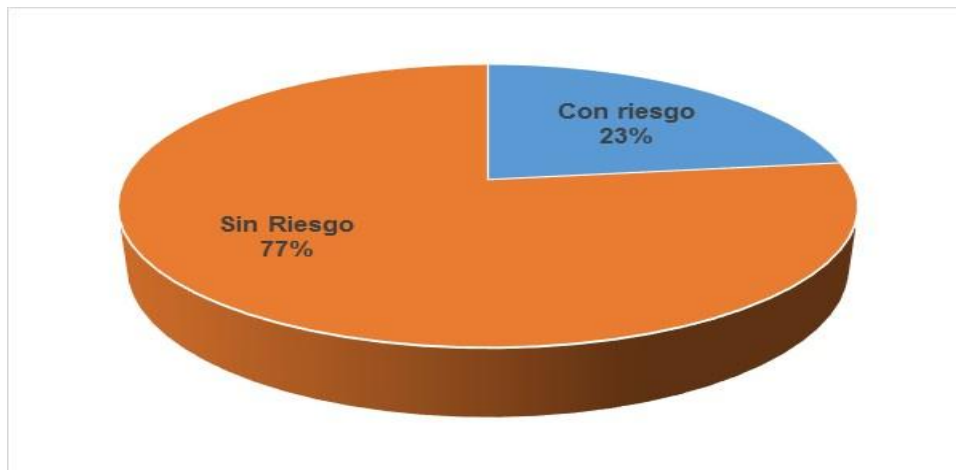
II. En relación a conductas de riesgo:

**Tabla N° 04: Distribución de las estudiantes según riesgo a TCA
IE Parroquial Padre Abad, 2014**

Riesgo a trastornos en la conducta alimentaria (TCA)	Frecuencia	Porcentaje
Con riesgo	23	23.0
Sin Riesgo	77	77.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

**Grafico N° 04: Porcentaje de las estudiantes según riesgo a TCA
IE Parroquial Padre Abad, 2014**



FUENTE: Encuesta Elaborada

En relación a determinar si la población en estudio tiene algún riesgo relacionado con actitudes y conductas asociadas a un desorden alimentario, se ha evidenciado que las alumnas del 4° y 5° año de secundaria tienen en un 23,0% riesgos a un desorden en la alimentación que puede estar asociada a anorexia y/o bulimia nerviosa; el 77,0% de las alumnas mostraron no tener ningún riesgo asociado a desordenes en la alimentación.

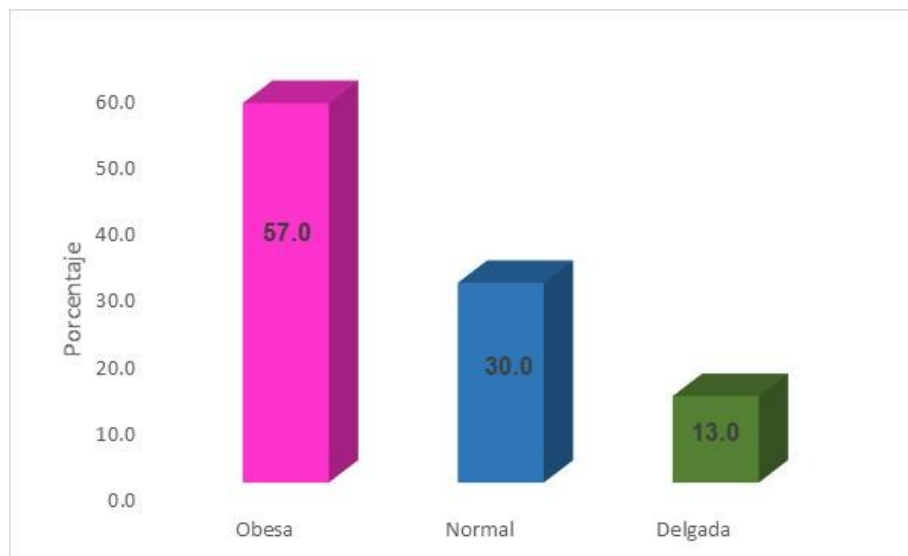
III. En relación a imagen corporal:

Tabla N° 05: Distribución de los estudiantes según autopercepción corporal IE Parroquial Padre Abad, 2014

Auto percepción corporal	Frecuencia	Porcentaje
Obesa	57	57.0
Normal	30	30.0
Delgada	13	13.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Grafico N° 05: Porcentaje de las estudiantes según autopercepción corporal - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

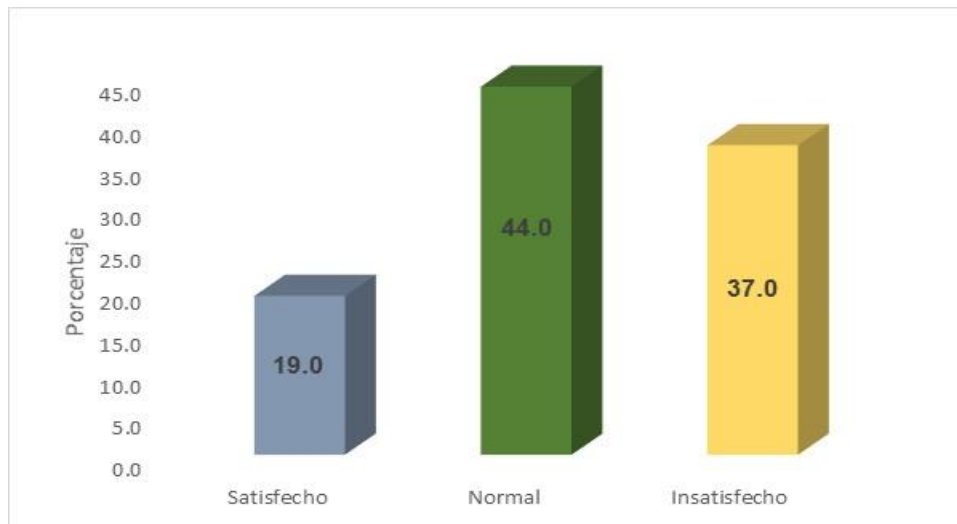
En función a la autopercepción corporal, es decir cómo se percibe corporalmente la alumna, en nuestro estudio se encontró que el 57,0% de ellas se ve o considera obesa lo cual puede traer problemas de trastornos en la conducta alimentaria; un 13,0% se considera delgada y, solamente el 30,0% de ellas se percibe con un cuerpo normal apropiado para su talla y edad.

Tabla N° 06: Distribución de los estudiantes según satisfacción corporal - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Satisfacción corporal	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	19	19.0
Normal	44	44.0
Insatisfecho	37	37.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Gráfico N° 06: Distribución de las estudiantes según satisfacción corporal - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

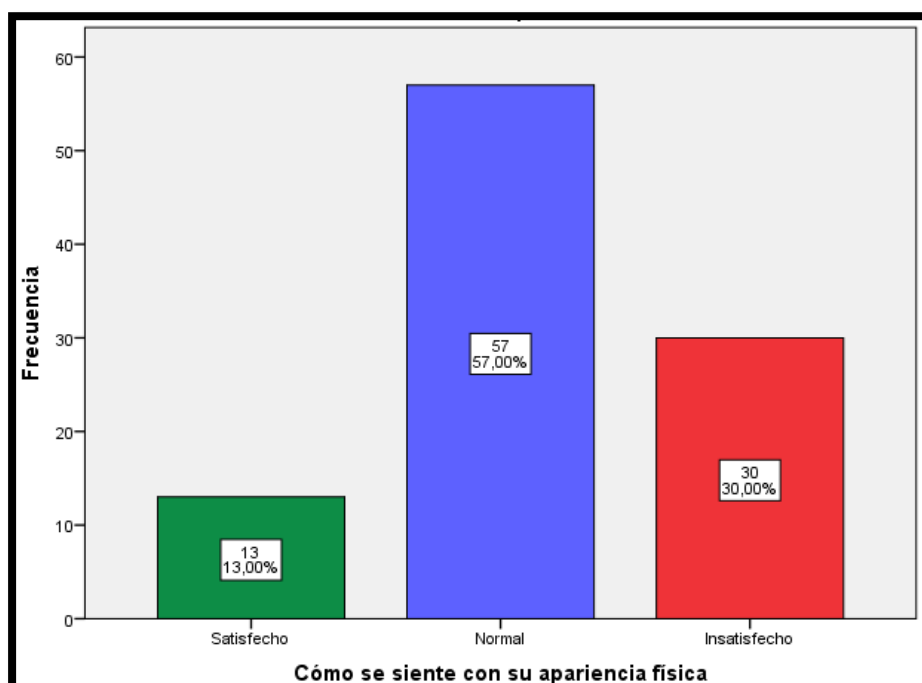
En función a satisfacción corporal, en nuestro estudio se encontró que las alumnas que se sienten satisfechas con su cuerpo alcanzan el 19,0%, un 44,0% refirió sentirse normal con su cuerpo, y el 37,0% de las alumnas manifestó no sentirse satisfecha con su cuerpo.

Tabla N° 07: Distribución de los estudiantes según satisfacción apariencia física - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Satisfacción apariencia física	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	13	13.0
Normal	57	57.0
Insatisfecho	30	30.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Grafico N° 07: Porcentaje de las estudiantes según satisfacción apariencia física - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

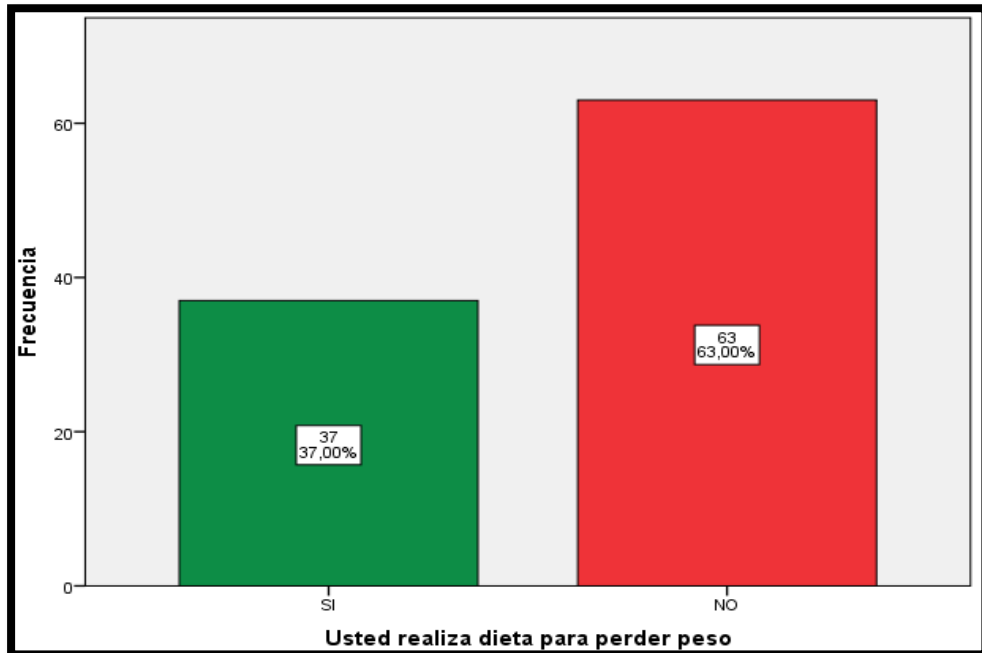
En relación a como se percibe la alumna en función a su apariencia física, en nuestro estudio se encontró que las alumnas que se sienten satisfechas con su apariencia física en un 13,0%; un 57,0% considera a su apariencia física dentro de lo normal; pero un 30,0% de las alumnas se encuentran insatisfechas con su apariencia física.

Tabla N° 08: Distribución de las estudiantes según dieta restrictiva - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Dieta restrictiva	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	37.0
No	63	63.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Grafico N° 08: porcentaje de las estudiantes según dieta restrictiva - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

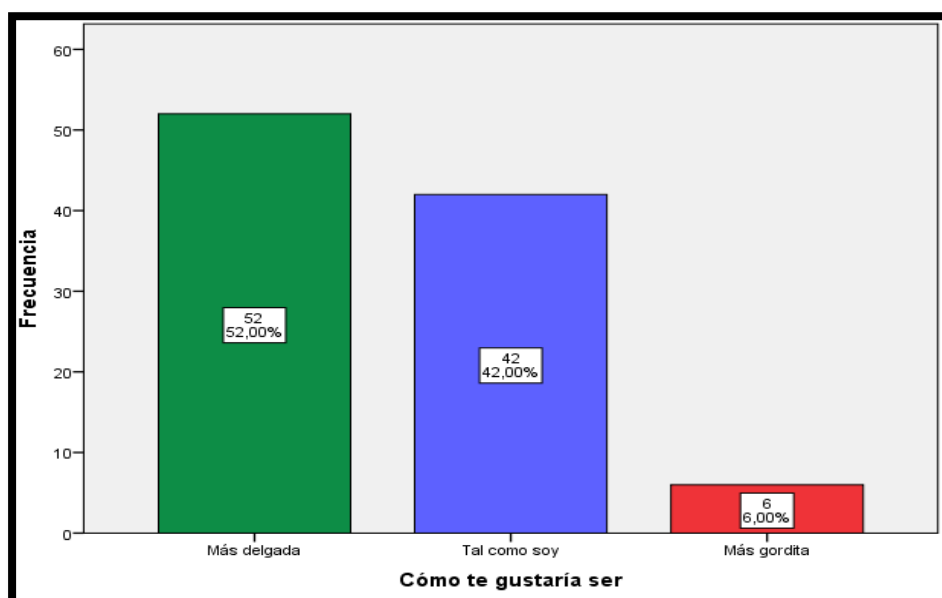
En relación a la realización de dieta restrictiva con la finalidad de adelgazar, se ha encontrado, que el 37,0% de las alumnas en estudio ha realizado dietas, restringiéndose de algún tipo de alimento afín de adelgazar; el 63,0% de las alumnas manifestó que nunca restringieron su alimentación para adelgazar.

Tabla N° 09: Distribución de las estudiantes según como le gustaría ser - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Como le gustaría ser	Frecuencia	Porcentaje
Más delgada	52	52.0
Tal como soy	42	42.0
Más gordita	6	6.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta Elaborada

Grafico N° 09: Distribución de las estudiantes según como le gustaría ser - IE Parroquial Padre Abad, 2014



FUENTE: Encuesta Elaborada

En función a como le gustaria ser actualmente, la población en estudio, en un 52,0% manifestó que le gustaría ser más delgada y el 6,0% refirió que le gustaría ser mas gordita lo cual muestra que un porcentaje muy alto no está de acuerdo o satisfecha con su cuerpo, pudiendo este hecho crear problemas en la conducta alimenticia en las alumnas si estas no son muy bien aconsejadas.

II. Análisis inferencial

Tabla N° 10: Distribución de las estudiantes en función a asociación con TCA con variables sociodemográficas - IE Parroquial Padre Abad, 2014

	Con riesgo EAT >20	Sin riesgo EAT <20	Chi cuadrado	Valor p
Edad:				
14 a 15 años	11 (11%)	40 (40%)	0,120	0,729
16 a 17 años	12 (12%)	37 (37%)		
G° de estudio:				
4° grado	14 (14%)	32 (32%)	1,684	0,194
5° grado	9 (9%)	42 (%)		
Residencia:				
Urbana	17 (17%)	71 (71%)	5,613	0,018
Rural	6 (6%)	6 (6%)		

FUENTE: Encuesta Elaborada

En relación a la asociación a trastornos de la conducta alimentaria con algunas variables sociodemográficas, en nuestro estudio se evidencia en relación a la edad que el 12,0% de las alumnas con riesgo a TCA corresponden al grupo de 16 a 17 años, así mismo observamos que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,729$) de la edad con un TCA.

De igual manera el grado de instrucción no está asociado a TCA ya que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,194$).

Así mismo en nuestro estudio se encontró que el 17,0% de las alumnas con riesgo a TCA corresponden a la zona urbana, y que, el lugar de residencia con TCA se relacionan con un $p < 0,018$.

Tabla N° 11: Valores según EAT 26 en función de las variables de autoevaluación corporal - IE Parroquial Padre Abad, 2014

Autoevaluación corporal	Con riesgo EAT >20	Sin riesgo EAT < 20	p
	%	%	
Auto percepción corporal:			0,262
Obesa	10.0	20.0	
Normal	10.0	47.0	
Delgada	3.0	10.0	
Satisfacción corporal:			0,013
Satisfecho	3.0	16.0	
Normal	7.0	43.0	
Insatisfecho	13.0	18.0	
Satisfacción apariencia física:			0,002
Satisfecho	4.0	9.0	
Normal	6.0	51.0	
Insatisfecho	13.0	17.0	
Dieta restrictiva:			0,000
Si	18.0	19.0	
No	5.0	58.0	
Como le gustaría ser:			0,02
Más delgada	19.0	33.0	
Tal como soy	3.0	39.0	
Mas gordita	1.0	5.0	

FUENTE: Encuesta Elaborada

Para percepción corporal propia, las alumnas que piensan o se perciben así mismas como obesas (10,0%) y delgadas (3,0%) obtienen puntuaciones en el EAT26 con riesgo a TCA, alcanzando así mismo un valor $p=0,262$ no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Para satisfacción corporal el 13,0% de las alumnas con riesgo a TCA se encuentra insatisfecho con su cuerpo, en relación a un 18,0% de los que mostraron no tener riesgo a TCA según EAT26. Esto nos muestra así mismo de que existe diferencia estadísticamente significativa según Chi cuadrado con valor $p=0,013$.

En relación a satisfacción apariencia física, al igual que en lo relacionado a satisfacción corporal, se evidencia que el 13,0% de las alumnas con riesgo de TCA se encuentran insatisfechas de su apariencia física, siendo este valor mayor en aquellos que no presentaron riesgo a TCA, alcanzando un valor $p= 0,002$.

Las alumnas que refirieron haberse sometido a una dieta restrictiva para adelgazar y que presentaron un riesgo de TCA alcanzaron un 18,0%, mostrándose un ligero aumento para el mismo caso en las alumnas que no presentaron riesgo a TCA (19,0%), obteniéndose un valor $p=0.00$ lo que indica que el realizar algún tipo de restricción en la alimentación está relacionado a la presencia de algún TCA pudiendo ser esta anorexia o bulimia nerviosa.

Las alumnas que desearían ser más delgadas y que presentaron riesgo a TCA según EAT26 alcanzaron un 19,0%, el porcentaje es mayor en aquellas que no presentaron riesgo de TCA ya que alcanzaron un 33,0%, obteniéndose un valor $p=0,02$, indicando que el deseo de cambiar de peso se relaciona a riesgo de algún trastorno en la alimentación.

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La adolescencia ha sido definida como un período de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que abarca las edades entre los 10 a 19 años de edad y que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” de allí es que se podría hablarse en esta etapa de vida “de un descontento “normativo” con el cuerpo, lo que resulta alarmante, pues este descontento puede dar lugar, en muchos casos, a consecuencias tan graves como pueden ser los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y en todos los casos a la insatisfacción con uno/a mismo/a y a las dificultades en la relación con los/as demás” (Lameiras *et al.*, 2005, p. 50). En la sociedad occidental actual está instalada una modalidad particular de inclinación a la autosuperación, en la cual el mayor logro se identifica con la obtención de una configuración corporal ideal que resalta la delgadez; de allí que los Trastornos de la Conducta Alimentaria que afectan principalmente a los(as) jóvenes, los dos más importantes son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

En nuestro estudio de investigación realizada está incluida la población adolescente con una edad media de 15,5 años de edad en la que el mayor porcentaje ocupan las alumnas entre los 15 y 16 años, en base a ello podemos decir que, la tarea principal de la adolescencia es lograr la identidad personal, entendiendo ésta como un proceso de constante construcción (Márquez, 2004). “Según este proceso, el individuo se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros los juzgan a él comparándolo con ellos” (Erikson, 1968, p. 19, en Márquez, 2004, p. 97). En este contexto, el cuerpo y su valoración tienen un gran peso en la formación de la identidad personal, ya que se sobrevalora el cuerpo y se establecen cánones estrictos de belleza que son reforzados por la sociedad y los medios de comunicación (Lameiras, Rodríguez y

Carrera, 2005). Los jóvenes que se encuentran fuera de estos cánones comienzan a vivir una situación de discriminación generalizada. “Con la edad, el rechazo por parte de sus pares y la incapacidad de rendir físicamente repercute en la autoestima, la que suele estar disminuida en los niños mayores y en los adolescentes” (Burrows, 2000, en Albala *et al.*, 2000, p. 151). De allí la necesidad de brindar consejería a los adolescentes afín de prevenir algún trastorno alimentario lo cual podría poner en riesgo su salud.

Las alumnas que presentaron riesgo a TCA en un 17,0% proceden de la zona urbana, en base a ello la sociedad urbanizada en la que los medios de comunicación influyen significativamente en la que demuestran que el tener un cuerpo delgado es lo ideal hacen de que las adolescentes quieran obtener este ideal estético lo que implican exigencias cada vez mayores con respecto, principalmente, a la imagen corporal en relación al peso (Behar, 1996). Con relación a esto, se postula que “dondequiera que exista disponibilidad de alimento, unido a ciertas influencias socioculturales, surgirán sujetos vulnerables, tanto mujeres como hombres, cuya persecución de lo superior e insuperable se confirma en y se traslada a una patología tan autodestructiva como es un Trastorno del Hábito del Comer”.

Así mismo en el presente estudio de investigación se ha encontrado que un porcentaje mínimo de 23,0% de las alumnas mostró cierto riesgo de TCA. En relación a estudios similares realizados como el de Sandoval Mestanza (1) también concluyen que las alumnas en su estudio de investigación no demostraron problemas de trastornos en la conducta alimentaria.

En base a los Trastornos en la conducta Alimentaria (TCA) la teoría indica que comprende un grupo de patologías multidimensionales que afectan a variables fisiológicas, psicosociales y familiares de los individuos. En las últimas décadas ha sido evidente como ha surgido

la presión social sobre el aspecto físico de las adolescentes, en especial en la población femenina, proponiendo modelos de identificación en los que la forma corporal adquiere un valor preponderante y esto hace que fácilmente se desarrolle trastornos en la alimentación en las adolescentes.

En relación a imagen corporal en el estudio realizado se ha encontrado que el 30,0% de las alumnas entre las que presentaron riesgo a TCA y las que no presentaron riesgo refirieron verse o sentirse obesas, en base a ello La presión social hacia la delgadez a la que las adolescentes, se ven sometidas hace que este grupo de riesgo sobrevalore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decida someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de reducir su peso y volumen corporal (Mora, et al. 1994; Slade et al.1985).

De igual manera el 31,0% del total de las alumnas en estudio siente insatisfacción corporal y de su aspecto físico. La insatisfacción corporal es un rasgo común dentro de una sociedad que como la nuestra glorifica la belleza, entendida ésta como delgadez.

El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto, favorece la toma de decisión y la puesta en práctica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte deseo de adelgazar, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido de allí también que en nuestro estudio se encontró que el 37,0% del total de las alumnas en estudio refirieron realizar dieta, pudiendo esta acción llevarlas a un desorden en su alimentación y por consiguiente patologías como anorexia o bulimia. Estudios como las de Toro en España, Wardel en Inglaterra y Laguatra en américa encontraron porcentajes de 9%, 16% y 32% en la que del total de sus

muestras se sometieron a dietas restrictivas con el objetivo de estar más delgadas.

El 52,0% del total de las alumnas desean ser más delgadas, imagen propia que venden los medios de comunicación. El fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar adecuadamente las dimensiones corporales propias, suponen graves amenazas a la nutrición y por lo tanto al desarrollo físico y psicológico de una persona, amenazas que, por otra parte, precipitarán el desarrollo de un trastorno alimentario.

CONCLUSIONES

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Las alumnas en su gran mayoría proceden de la zona urbana en un 85,0%
- Menos del 50,0% de las alumnas en estudio presentan riesgos en relación a trastornos en la conducta alimentaria, alcanzando solo el 23,0% de ellas riesgo a trastornos alimenticios como anorexia y bulimia nerviosa.
- Las alumnas procedentes de la zona urbana tienen más probabilidad de tener un riesgo en relación a trastornos en la alimentación que las de la zona rural.
- Las alumnas que no están conformes con su apariencia corporal y física tienen mayor probabilidad de tener riesgo a trastornos en la alimentación.
- Las alumnas que realizan dieta restrictiva influye para la presencia de algún riesgo en relación a TCA (anorexia y/o bulimia) con valor $p= 0,000$.
- En las alumnas que desean cambiar de peso (ser más delgadas) tienen mayor influencia para tener riesgos en la conducta alimentaria con un valor $p= 0,02$

RECOMENDACIONES

- Brindar orientación nutricional a las adolescentes de tal forma que tengan conocimiento sobre los problemas que trae consigo los trastornos en la conducta alimentaria.
- Crear programas educativos ligados a anorexia y bulimia dirigidos por profesionales de enfermería y psicología a fin de ser expuestas a adolescentes de ambos sexos.
- En los programas de etapa de vida adolescente (EVA) incentivar a realizar diagnósticos tempranos de trastornos de conducta alimentaria a los adolescentes que acuden a una consulta o consejería.
- Brindar consejería en las instituciones educativas y universidades por parte de profesionales de enfermería a adolescentes y adultos jóvenes a fin de disminuir el incremento de casos de trastornos en la alimentación.
- Realizar estudios de investigación en relación a trastornos de la conducta alimentaria en otros grupos de población a fin de profundizar y comparar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ÁLVAREZ R., G., FRANCO, P.K., MANCILLA D., J.M. Y VÁZQUEZ A., R. (2005). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. Disponible en: http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_31.htm
2. AVILÉS, D. (2007). Actitud negativa hacia la alimentación (anorexia nerviosa) entre padres e hijos. Tesis de licenciatura. Toluca (México): UAEM. Disponible en: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>
3. CARROBLES, J.A.I. (2005): Prólogo al libro de V.E. Caballo: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, Promolibro. Disponible en: <http://guiajuvenil.com/anorexia/las-causas-de-la-anorexia-en-la-adolescencia.html>
4. CORNELLÀ I CANALS, Josep (2007): Anorexia nerviosa - Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y de protección. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosGrles.htm>
5. CORREA V, María Loreto; ZUBAREW G, Tamara; SILVA M, Patricia y ROMERO S, María Inés. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev. chil. pediatr. [online]. 2006, vol.77, n.2 [citado 2011-07-07], pp. 153-160. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370-4106.

6. CORREA-DONOSO, EDUARDO. Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. Editores: Rosa Behar A. y Gustavo Figueroa C. Editorial: Mediterráneo, 2004, 257 págs. Rev. chil. neuro- psiquiatr. [online]. 2005, vol.43, n.1 [citado 2011-07-07], pp. 61-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9227.
7. ESPINOZA CÁRDENAS, A. 2010 “Campaña para prevenir el incremento de casos de Anorexia y Bulimia entre la juventud estudiantil de la ciudad de Guayaquil - Ecuador” Director de Tesis. Disponible en: <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10224/1/Campa%C3%B1a%20para%20prevenir%20el%20incremento%20de%20casos%20de%20Anorexia%20y%20Bulimia.pdf>
8. FERNÁNDEZ, F., y OTROS (2006): «Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéutica», en: *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 23, pp. 30-35. Disponible en: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
9. MARQUEZ, S.. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. Nutr. Hosp. [online]. 2008, vol.23, n.3 [citado 2011-07-07], pp. 183-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0212-1611.
10. MIGUELEZ, Luis Vicente. (2004). Introducción al psicoanálisis. Clínica con adolescentes, un llamado al padre. Recuperado el 28 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5170>.

11. TANNENTAUS, NORA: " Anorexia y bulimia". Ed. Plaza & Janés, Barcelona 2005. Disponible en: <http://www.blogmujeres.com/2009/04/28/sintomas-de-anorexia/>
12. Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico, y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clinica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latín Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 2004. Pg. 50-51.
13. ZAGALAZ SÁNCHEZ, M^a Luisa Universidad de Jaén, España2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>
14. ZAMORA, RAQUEL; MARTINEZ, AIRAM; GAZZO, CLAUDIA y CORDERO, SOLEDAD. Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. Arch. Pediatr. Urug. [online]. 2002, vol.73, n.3 [citado 2011-07-07], pp. 129-136. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000300004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0584.
15. <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
16. http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/pacientes/03_tipologia_origen.html
17. <http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
18. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000341.htm>
19. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia>

20. <http://es.wikipedia.org/wiki/Bulimia>
21. Vademécum Clínico del Diagnóstico al tratamiento, V.Fattorusso, O. Ritter Dr. Miguel Angel Julio Hospital Naval "Pedro Mallo " Buenos Aires
Nociones de dietética. Novena edición, editorial el Ateneo.

ANEXOS

ANEXO 01
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Estimada alumna, a continuación se le presenta el siguiente cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos sobre conductas de riesgo a trastornos en la alimentación; lo cual será exclusivamente con fines de investigación; es de carácter anónimo por el cual se le solicita la veracidad en sus respuestas

Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con (X) En una sola alternativa o completando con palabras donde corresponda.

I.- Información general:

1. Edad:
2. Grado de estudio:
 - 4° secundaria ()
 - 5° secundaria ()
3. Lugar de residencia:
 - Urbana ()
 - Urbano marginal ()
 - Rural ()

II.- En relación a conductas de riesgos:

Pregunta	Nunca	Rara vez	A veces	frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1.Me siento muy culpable después de comer						
2.Me siento incómoda después de comer dulces						
3.Estoy haciendo régimen (dieta)						
4.Me obsesiona el deseo de estar más delgada						
5.me angustia la idea de estar demasiado gorda						
6.Me gusta sentir el estómago vacío						
7.Procuro no comer aunque tenga hambre						

8.Siento que los alimentos controlan mi vida						
9.La comida es para mí una preocupación habitual						
10.Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis						
11.Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono						
12.A veces me he «atracado» de comida, en la que tenía la sensación de no poder parar de comer						
13.Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
14.Preparo comidas para otros pero yo no me las como						
15.Tomo y como alimentos dietéticos						
16.Procuro no comer alimentos que tengan azúcar						
17.Tardo más tiempo que las otras personas en comer						
18.Tengo en cuenta la cantidad de calorías de los alimentos que como						
19.Noto que los demás me presionan para que coma más						
20.tengo la impresión de que a los demás les						

gustaría verme comer más						
21. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
22.Me controlo en las comidas						
23. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías						
24.Tengo estreñimiento						
25. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar						
26.Corto mis alimentos en trozos pequeños						

III.- En relación a autoevaluación corporal

1. Como califica usted su cuerpo

- Obesa ()
- Normal ()
- Delgada ()

2. Usted cómo se siente con su cuerpo

- Satisfecho ()
- Normal ()
- Insatisfecho ()

3. Como se siente con su apariencia física

- Satisfecho ()
- Normal ()
- Insatisfecho ()

4. Usted realiza dieta para perder peso

- Si ()
- No ()

5. Como te gustaría ser

- Más delgada ()
- Tal como soy ()
- Más gordita ()

ANEXO 02

UNIVERSIDAD DE HUANUCO CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO “Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en alumnas del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad - Tingo María, 2014”

INTRODUCCIÓN:

La Anorexia nerviosa y Bulimia suponen la tercera enfermedad crónica mas frecuentes entre mujeres adolescentes, después de la obesidad y el asma. Por otro lado se evidencia una alta letalidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) entre las detectadas por trastornos psiquiátricos.

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: Determinar conductas de riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) en alumnas del 4° y 5° de secundaria de la institución educativa parroquial padre abad - tingo maría, 2014.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

A nivel mundial investigaciones publicadas sobre Anorexia y Bulimia coinciden en el aparente aumento del número de casos de estos trastornos en los países desarrollados en los últimos 50 años. La magnitud del problema a estudiarse es evidente, pues está afectando a nivel mundial en mayor o menor medida, ya que al menos una de cada diez chicas adolescentes sufren de este problema y por lo general, los trastornos de conducta alimentaria están vinculados de forma rotunda al sexo femenino y a la adolescencia, Solo entre el 5 – 10 % de los afectados son hombres y en éstos se da con más frecuencia la bulimia o el síndrome por atracón que la anorexia nerviosa.

BENEFICIO:

El estudio de este problema es de relevante importancia no solo porque es de actualidad para los adolescentes, sino también porque los medios de comunicación lo manejan de una manera superficial, como si se tratara de una etapa más de los adolescentes sin profundizar en lo que en realidad implica los TCA. Además de que este tema es de vital importancia nos es de mucho interés los síntomas que llevan estos trastornos como son la anorexia no solamente físicos, sino también psicológicos en sus diferentes etapas.

PARTICIPACIÓN/ INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA:

Su decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de elegir cualquiera de las dos opciones: ingresar o no ingresar en el estudio de investigación. Si decide no participar no recibirá ninguna sanción alguna. Aun después de haber aceptado formar parte del estudio de investigación podrá retirarse en cualquier momento.

PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE:

La persona que está a cargo de esta investigación es:

Jenny Ponce Villaorduña, Celular 993365467 jr. José Abelardo Quiñones
151 los Laureles.

Firma del Participante:

ANEXO 03

**TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
MATRIZ DE ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE EXPERTOS
SEGÚN COEFICIENTE DE AIKEN**

Items	JUECES							TOTAL		V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	Desacuerdo	
1	1	1	1	1	1	0	1	6	1	0.86
2	1	1	1	1	1	0	1	6	1	0.86
3	0	1	0	0	1	1	1	4	3	0.57
4	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
5	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
6	1	1	1	1	0	0	1	5	2	0.71
7	1	1	0	1	1	1	1	6	1	0.86
Total	0.86	1.00	0.71	0.86	0.86	0.57	1.00	5.86	1.14	0.84

Se considera válido el instrumento a un coeficiente de AIKEN mayor a 0.60.

En el Ítems 03 en relación a que si la estructura del instrumento es adecuado tres jueces refirieron que era necesario mejorarlo ya que alcanzó en este ítems un coeficiente de AIKEN menor a 0.60 motivo por lo que se tomó en cuenta las sugerencias de los jueces expertos y se modificó.

Según el valor promedio alcanzado en conjunto el instrumento de recolección de datos obtiene un coeficiente de 0.84 por lo que es considerado como válido.

Para establecer posibles limitaciones al aplicar el cuestionario EAT-26 se aplicó una prueba piloto a una muestra pequeña de 10 personas y en base a los resultados se modificó la forma de realizar las preguntas haciéndola estas más entendibles a la cultura del adolescente.

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE TESIS

TITULO: “Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en alumnas del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad - Tingo María, 2014”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema general:</p> <p>¿Tendrán conductas de riesgo a trastornos en la alimentación las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad. Año 2014?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Qué características sociodemográficas presentaran las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de Tingo María?</p> <p>¿Tendrán las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad riesgos en a trastornos de la</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar de conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad. Año 2014</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir las características sociodemográficas que presentan las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de Tingo María.</p> <p>Establecer el riesgo que presentan las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad en</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existen conductas de riesgo predisponentes a trastornos de la conducta en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, 2014.</p> <p>Hipótesis específicos:</p> <p>Las alumnas procedentes de la zona urbana presentan riesgo mayor a trastornos en la alimentación en relación a las que proceden de las zonas rurales.</p> <p>Más del 50% de las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad presentan riesgo en relación a trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>Las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad</p>	<p>✓ Edad</p> <p>✓ Grado de estudio</p> <p>✓ Lugar de residencia</p> <p>✓ EatingAttitudes Test-EAT-26</p> <p>✓ Conducta de riesgo</p> <p>✓ Autoevaluación corporal</p>	<p>años cumplidos</p> <p>4° secundaria 5° secundaria</p> <p>Urbana Rural</p> <p>>= 20 riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.</p> <p>< 20 No riesgo a trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Si presenta riesgo No presenta riesgo</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>estudio con enfoque cuantitativo observacional de tipo descriptivo y de corte transversal.</p> <p>Diseño de investigación :</p> <p>No experimental, de tipo descriptivo, con el siguiente esquema:</p> <p>M.....O</p> <p>Donde:</p> <p>M = Muestra O = observación o medición de la variable en estudio</p> <p>Población:</p> <p>100 alumnas quienes cursan el 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad de la ciudad Tingo María, 2014</p> <p>Muestra:</p>

<p>conducta alimentaria?</p> <p>¿Cuál será la autopercepción en relación a imagen corporal que se tienen las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad?</p>	<p>relación a trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>Describir la autopercepción en relación a imagen corporal en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad.</p>	<p>tienen una autopercepción de disconformidad de su imagen corporal.</p>			<p>La muestra estará conformada por las 100 alumnas que conforman el 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad de la Ciudad de Tingo María, 2014.</p>
--	--	---	--	--	---