

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA



**RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA
Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES
DEL COLEGIO CARLOS RUBINA BURGOS DE LA CIUDAD
DE PUNO,2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

MILENA ROMANELA SOTO RODRIGUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICION HUMANA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA

RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE
LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO CARLOS RUBINA BURGOS DE LA
CIUDAD DE PUNO, 2018

TESIS

PRESENTADA POR:

MILENA ROMANELA SOTO RODRIGUEZ

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICION

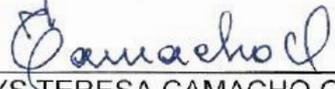


APROBADA POR:

PRESIDENTE:


Dra. LIDIA SOFÍA CABALLERO GUTIERREZ

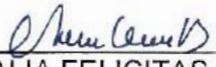
PRIMER MIEMBRO:


Lic. GLADYS TERESA CAMACHO OSINAGA

SEGUNDO MIEMBRO:


M.Sc. MARTA ZOILA MEDINA PINEDA

DIRECTOR / ASESOR:


M.Sc. AMALIA FELICITAS QUISPE ROMERO

ÁREA : CIENCIAS MÉDICAS Y DE SALUD

TEMA : PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN, SALUD Y ESTILOS DE
VIDA SALUDABLES

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 27 DE DICIEMBRE DEL 2018

DEDICATORIA

*A Jehová Dios por darme la fortaleza,
el ánimo, su infinito amor y haberme rodeado de personas que
han llenado de alegría mi vida.*

*A mis queridos padres por su esfuerzo para brindarme la mejor
educación, por su paciencia, su confianza y apoyo incondicional
que siempre me motivaron a luchar por mis metas.*

*A mi hermana por su complicidad y el gran cariño que siempre
me brindo.*

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar, creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

Gracias a mi Universidad, por haberme permitido formarme en ella y a todas las personas que fueron partícipes de este proceso en especial a mis jurados y asesora que me permitieron realizar este pequeño aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de este paso tan importante.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
1.2.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION.....	14
1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2. REVISIÓN DE LITERATURA	16
2.1.- ANTECEDENTES:.....	16
2.1.1. A nivel internacional:	16
2.1.2. A nivel nacional:	18
2.1.3. A nivel local:	19
2.2. MARCO TEORICO:	21
2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A):.....	21
2.2.2. Anorexia nerviosa:.....	26
2.2.3. Bulimia	29
2.2.4. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria	32
2.2.5. Reflexiones finales: de la anorexia a la obesidad	33
2.2.6. La Adolescencia	33
2.2.7. Estilos de vida:	35
2.2.8. Estado Nutricional:	45
2.2.9. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional	49
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	50
3. MATERIALES Y MÉTODOS	51
3.1 Metodología de investigación.....	51
3.1.1. Tipo y diseño de la investigación	51
3.1.2. Lugar de estudio.....	51
3.1.3. Población y muestra	51
3.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	52
3.1.5. Operacionalización de variables	53
3.1.6 Descripción de los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos para la recolección de datos	54
3.1.7. Descripción del procesamiento de los datos.....	57
3.1.8. Consideraciones éticas	57
3.1.9. Tratamiento estadístico	57
3.1.10. Recursos humanos y materiales.....	58

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
4.1. NIVEL DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES.....	59
4.2. ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES.....	65
4.3. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES.....	71
4.4. RELACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES.	72
4.5. RELACION DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL.....	73
5. CONCLUSIONES	77
6. RECOMENDACIONES.....	78
7. REFERENCIAS	79
8. ANEXOS.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1 Pirámide de alimentación saludable en adolescentes	42
FIGURA N° 2 Formula de IMC (Índice de Masa Corporal).....	49

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Recomendaciones nutricionales diarias para adolescentes	35
TABLA N°2: Adecuacion de nutrientes	42
TABLA N°3: Beneficios de la actividad fisica	44
TABLA N°4: Muestreo aleatorio	52
TABLA N°5: Encuesta sobre actitudes ante la alimentacion de los adolescentes (EAT-26) - Dieta	59
TABLA N°6: Encuesta sobre actitudes ante la alimentacion de los adolescentes (EAT-26) - Preocupacion por la comida	60
TABLA N°7: Encuesta sobre actitudes ante la alimentacion de los adolescentes (EAT-26) - Control oral	61
TABLA N°8: Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes	62
TABLA N°9: Indice de insatisfaccion corporal en base al test de siluetas	63
TABLA N°10: Indice de distorsion corporal en base al test de siluetas	64
TABLA N°11: Escala de estilo de vida según dimension de alimentacion de los adolescentes	65
TABLA N°12: Escala de estilo de vida según dimension de actividad y ejercicio que realizan los adolescentes	67
TABLA N°13: Escala de estilo de vida según dimension manejo de estres de los adolescentes	68
TABLA N°14: Escala de estilo de vida según dimension apoyo interpersonal de los adolescentes	69
TABLA N°15: Estilos de vida de los adolescentes de 14 a 16 años	70
TABLA N°16: Estado nutricional de los adolescentes de 14 a 16 años	71
TABLA N°17: Relación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el estilo de vida de los adolescentes	72
TABLA N°18: Relación del indice de insatisfaccion corporal y el estado nutricional de los adolescentes	74
TABLA N°19: Relacion del indice de distorsion corporal y el estado nutricional del los adolescentes	75

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- ✓ OMS: Organización Mundial de la Salud
- ✓ EV: Estilos de vida
- ✓ ECNT: Enfermedades Crónico no Trasmisibles
- ✓ ACV: Accidentes Cerebro Vasculares
- ✓ AF: Actividad Física
- ✓ HTA: Hipertensión Arterial
- ✓ IMC: Índice de Masa Corporal
- ✓ TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria
- ✓ ID: Índice de Distorsión
- ✓ II: Índice de Insatisfacción
- ✓ IMC: Índice de Masa Corporal

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar el nivel de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes tomando como base los estilos de vida y el estado nutricional realizado en el colegio “Carlos Rubina Burgos”, el estudio fue de tipo descriptivo relacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 90 adolescentes de sexo femenino de 14 a 16 años de edad, la que fue hallada por muestreo aleatorio estratificado según grado y sección de estudios. Para determinar los trastornos de la conducta alimentaria se utilizó la encuesta EAT-26 y el test de siluetas de Collins; para identificar los estilos de vida se utilizó la escala de Walker, Sechrist, Pender, que analiza cuatro dimensiones dentro de ellas alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés y apoyo interpersonal usando la escala de Likert para su calificación, para evaluar el estado nutricional de los adolescentes según edad cronológica se halló el Índice de Masa Corporal. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson para determinar la relación de variables cualitativas. En los resultados el 20% de los adolescentes no presento riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, el 71.1% presento un riesgo bajo y un 8.9% presento un riesgo alto; en cuanto a los estilos de vida el 71% presento un estilo de vida saludable y el 9% un estilo de vida poco saludable. Determinando que hay relación entre ambas variables donde el valor p resulto ser menor o inferior al valor de significancia (0.05) con un nivel de confianza del 95%.

Palabras claves (Keywords)

Trastornos de la conducta alimentaria, estilos de vida, estado nutricional

ABSTRACT

The objective of the research was to identify the level of risk of eating disorders of adolescents based on the lifestyles and nutritional status carried out at the school "Carlos Rubina Burgos", the study was descriptive type relational cut cross section, the sample consisted of 90 female adolescents from 14 to 16 years of age, which was found by stratified random sampling according to grade and study section. The EAT-26 survey and the Collins silhouettes test were used to determine the eating behavior disorders; The Walker, Sechrist, Pender scale was used to identify lifestyles, which analyzes four dimensions within them: diet, activity and exercise, stress management and interpersonal support using the Likert scale to assess their nutritional status of adolescents according to chronological age, the Body Mass Index was found. Pearson's Chi square statistical test was used to determine the relationship of qualitative variables. In the results, 20% of adolescents did not present a risk of eating disorders, 71.1% presented a low risk and 8.9% presented a high risk; In terms of lifestyles 71% presented a healthy lifestyle and 9% an unhealthy lifestyle. Determining that there is a relationship between both variables where the p-value turned out to be lower or lower than the significance value (0.05) with a confidence level of 95%.

Keywords:

Disorders of the alimentary behavior, lifestyles, nutritional status

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda los trastornos de la conducta alimentaria que constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, como la adolescencia, la cual es un periodo de transición crucial, es una etapa de intenso crecimiento y desarrollo, que comprende entre los 10 a 19 años ⁽¹⁾ Dichos trastornos se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado, así como por una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. (Radilla, Vega, Gutiérrez, Barquera, Barriguete y Coronel, 2015).⁽²⁾

Los trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades que pueden tener muchas consecuencias negativas para quien la padece, como desnutrición, afecciones cardiacas e incluso, en algunos casos más complicados la muerte; son condiciones difíciles de tratar y permanecen ocultos hasta para las amistades y familiares más próximos de quien lo sufre (López, 2013).⁽³⁾ Asimismo, los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son las patologías que más se han incrementado en los últimos años. Uno de los factores que determina la elevada prevalencia de TCA en nuestra sociedad es el gran desconocimiento sobre la alimentación (González, Blanco y Biscaia, 2015).⁽⁴⁾

El Ministerio de Salud (Minsa), Indicó que para el 2017 la tendencia a problemas alimentarios, tienen una alta prevalencia en las áreas urbanas del país, llegando al 6.0% en Lima y Callao, Donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas llegan a 1.6% entre las mujeres y 0.3% entre los hombres, y la bulimia nervosa y la anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres.⁽⁵⁾ Además, existe un 80% de probabilidades que estos problemas vuelvan a aparecer. En las zonas rurales el 10% de los adolescentes del nivel secundario sufre de anorexia y bulimia, estos trastornos tienen una tasa de mortalidad del 15%. Además, para los estudiantes menores de 16 años de edad dejar de alimentarse forma parte del camino para obtener un “cuerpo delgado”.^(4,5)

Y estas cifras se ven reflejadas en el estado de salud de los adolescentes, en la Encuesta Global de Salud Escolar 2016, sobre la base de auto reporte de talla y peso corporal, se calculó el índice de masa corporal (IMC); se consideró a los escolares con “bajo peso” si su IMC estuvo 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana, con “sobrepeso” a los escolares cuyo IMC estuvo 1 desviación estándar por encima de la mediana y “obesos” a los escolares cuyo IMC estuvo 2 desviaciones estándar por encima de la mediana.⁽⁶⁾ Para lo que va del 2017 los casos de sobrepeso se dio en un total de 19.8% del cual un 18.6% son mujeres y un 20.9% son varones; además el estado nutricional

según grado de estudio hay mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 26.5%.⁽⁶⁾

Además, para poder determinar cuándo un adolescente se encuentra en riesgo de sufrir de algún trastorno alimentaria es necesario tener en cuenta el medio en el que se desenvuelve y todo el factor que afectan su desenvolvimiento conocido como estilos de vida y estado nutricional que pueden resultar ser malos o buenos.

Es por ello que se realiza este proyecto de investigación con la finalidad de identificar a nuestra población en riesgo y prestar ayuda en tiempo oportuno, así lograr que este problema de salud pública en esta etapa de la vida, la adolescencia, puede disminuir paulatinamente

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad se han creado centros de ayuda para adolescentes y jóvenes con la finalidad de poder mejorar su salud física y emocional debido al incremento de trastornos de la conducta alimentaria tales como anorexia y bulimia, pues la salud de los adolescentes a menudo se descuida se sabe que alrededor del 35% de las causas de morbilidad mundial se inicia en la adolescencia y tratarlas a esas edades tendría un impacto significativo en la posterior salud de los adultos. Según los datos estadísticos a nivel mundial el 5% de los jóvenes en España entre 12 y 18 años de edad sufren algún tipo de trastorno alimentario.⁽⁷⁾

Nasser (2013), señala que en Argentina las enfermedades vinculadas a la alimentación entre las adolescentes han registrado un incremento del 50 %, cifra que representa poco más de 100.000 casos, en el que un 26 % de la población encuestada tiene desórdenes alimentarios, en tanto que en el estudio alcanza el 37 %. Además, el 11%, en la misma franja de edad, se encuentra en riesgo de padecer alguno de los trastornos, en relación a los a los datos estadísticos nacionales 1,062 adolescentes que padecen de algún tipo de trastornos de la conducta alimentaria además se ha comprobado que de cada diez pacientes nueve son mujeres y que se atienden de diez a doce casos de anorexia y bulimia ; existe la probabilidad de que estos problemas vuelvan a aparecer en un 80% .Y es entre las edades de 12 a 17 años que se presenta mayor incidencia de este tipo de trastornos. Los trastornos alimenticios son un gran reto para la salud pública pues más del 90% de estas personas son mujeres, el 30 o 40% pone en riesgo su vida y el 20% muere. ⁽⁸⁾

Estas cifras nos indican que es indispensable tratar a tiempo estas enfermedades que prevalecen en los adolescentes para que así no afecte su integridad física y emocional en su vida adulta. Al respecto, hoy en día diversas sociedades (ubicadas en países con distintos niveles de desarrollo) priorizan valores orientados hacia una figura esbelta y delgada, principalmente en el caso de las mujeres sostiene que dada la gran presión social existente sobre ellas para que sean atractivas y delgadas, uno no debe sorprenderse de que

muchas mujeres hagan de la apariencia física y el peso sus más altas prioridades. ⁽⁹⁾

Se analizaron los efectos de diversos factores respecto a los desórdenes alimenticios, encontrando que las correlaciones simples confirman la expectativa que los niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria están asociados con los niveles de ingesta alimenticia anormal y bajo peso, sintomatología bulímica, depresión, baja autoestima y estrés. ^(7,9)

Muchos autores han incluido cuestionarios que pueden ayudarnos a determinar estos problemas pero que no se utilizan con frecuencia, pues solo se ha estado utilizando parámetros antropométricos como el peso y la talla para indicar algún riesgo nutricional, pero no se ha llevado a cabo una evaluación integral que involucre todos los aspectos del desarrollo de un adolescente, de esta forma se pueda garantizar la salud de los mismos.

En las últimas décadas se pudo determinar la complejidad de los estilos de vida y su relación con la salud, y como interactúa con los diferentes factores que afectan la salud. Pues el modo en que se vive depende de diversas influencias tanto personales como socioeducativas; los factores externos son también diversos y se refieren al medio físico y social todos estos factores interactúan entre sí y sus relaciones no son lineales, sino que encierran una gran complejidad. ⁽¹⁰⁾

Espinosa (2004) estudio los cambios del estilo de vida y su influencia en el proceso salud enfermedad, los cambios del modo y la calidad d vida de las personas y modifican el proceso de salud- enfermedad; siendo este un tema de gran envergadura en la salud de las personas.

Por ello con el presente estudio se pretende determinar los estilos de vida, realizar la evaluación nutricional y poder identificar el nivel de riesgo que un adolescente tiene de padecer de un trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes de 14 a 16 años de edad, utilizando como base las diferentes encuestas ya establecidas.

Frente a la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante.

¿Existe relación entre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y los estilos de vida de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos?

1.2.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

Ha: Los adolescentes si presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en relación a sus estilos de vida y el estado nutricional.

Ho: Los adolescentes no presentan riesgos de trastornos de la conducta alimentaria en relación a sus estilos de vida y el estado nutricional.

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

- a. Determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en relación a los estilos de vida y el estado nutricional en los adolescentes de entre 14 – 16 años de sexo femenino del colegio “Carlos Rubina Burgos”

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Determinar el nivel de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de 14 a 16 años del colegio Carlos Rubina Burgos.
- b. Identificar los estilos de vida de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos.
- c. Identificar el estado nutricional de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos.
- d. Evaluar la relación de los estilos de vida de los adolescentes y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
- e. Evaluar la relación del estado nutricional de los adolescentes y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.- ANTECEDENTES:

2.1.1. A nivel internacional:

Rodriguez. A; Goñi A.; Ruiz de Azua. S “Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia” El estudio se realizó con el objetivo de identificar las relaciones que puedan producirse entre las respuestas al CAF (Cuestionario de Autoconcepto Físico) y a la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), y distintas variables (salud subjetiva, consumo de alcohol y de tabaco, actividad física...) que permiten definir un determinado estilo de vida de nuestros adolescentes. Los hábitos de vida saludables guardan relación con el autoconcepto físico y también con el bienestar psicológico, al menos durante los años de la adolescencia. Esto es lo que confirman los datos que se presentan en este estudio, cuya muestra la componen 539 estudiantes de entre 12 y 23 años. Los participantes llenaron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), un cuestionario sobre conductas saludables de los escolares y el Cuestionario de Bienestar Psicológico (EBP). En todos los casos los índices de correlación son altamente significativos ($p < 0,001$) entre todas y cada una de las subescalas del CAF y de las subescalas del EBP. El grupo de salud subjetiva “muy buena” (N=115; 21%) ofrece índices superiores a los del grupo de salud “bastante buena” (N=309; 57%) y éste a su vez índices más altos en autoconcepto físico que el grupo de salud “nada buena” (N=116; 22%), categoría que incluye tanto a quienes se creen “algo sanos” como a los que se ven “nada sanos”. Los resultados sugieren diversos flancos por donde orientar una intervención psicosocial que ayude a promover el desarrollo personal y la convivencia social, desde una triple conexión: el estilo de vida, el bienestar psicológico y el autoconcepto físico. ⁽¹¹⁾

Calvo J., Aroca M., Armero J., Díaz M., Rico H., “Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria”: El estudio se realizó con el objetivo de conocer las prácticas alimentarias y hábitos de vida en los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que acudieron por primera vez a la consulta externa del hospital universitario La Paz. Se elaboró un cuestionario donde los pacientes respondían libremente y una valoración de datos antropométricos, la muestra la constituían 94 pacientes que posteriormente fueron divididos en dos grupos: un primer grupo compuesto por 43 hijos de madres que trabajan fuera del hogar (HMTF) y 46 hijos de madres que no trabajan fuera (HMNTF) en los 5 pacientes restantes sus madres habían fallecido. Del grupo total obtenemos que en los hábitos de vida en días laborables: un 34,4% comen sin ninguna distracción, un 72% ven la televisión (TV) mientras comen y un 68,1% utilizan conductas restrictivas en su alimentación, al valorar la existencia de algún amigo/a con TCA, resultó significativamente mayor entre las más jóvenes ≤ 20 años (53,7%) frente a las más mayores > 20 años (26,9%) ($p < 0,005$) no encontramos diferencias en los hábitos y estado nutricional de las HMTF e HMNTF: dado que en el primer grupo un 8,2% tienen

malnutrición calórica severa frente al 2,3% del segundo grupo. mientras que un 12,2% de HMTF comen fuera de casa en los días laborables y un 44,9% lo hacen en soledad, un 20,5% del grupo HMNTF comen fuera de sus casas y 22,7% comen solas, la edad de inicio del TCA fue significativamente más precoz entre HMTF (16,6 años) frente a HMNTF (19,0 años) ($p < 0,05$). Por lo tanto, un elevado número de pacientes tiene en su entorno a alguien con TCA y quienes se enfrentan a esta situación son las más jóvenes, el desarrollo del TCA se debe algunas actitudes erróneas frente a la comida, como el comer viendo la televisión y que posea una estructura familiar determinada; como cuando la madre trabaje fuera de casa. ⁽¹²⁾

Páez M., Castaño J., "Estilos de vida y salud en la salud de los estudiantes de la facultad de Psicología": El estudio se realizó con el objetivo de explorar algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, Colombia. El estudio es de corte transversal, efectuado durante el segundo semestre del 2008; el total de la muestra es 172 alumnos hallado por un muestreo probabilístico estratificado por género. Donde se identificó que un 65,1% son no fumadores; 26,9% no consumen alcohol; 34,6% presenta problemas con el alcohol y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. si bien el 65% manifiestan protegerse contra ETS y el 87,2% se protege contra embarazo, esta protección no se da siempre. En su mayoría la relación con la familia resulta ser muy estrecha, es buena con amigos, compañeros de universidad, docentes y formación humana; distante con las restantes redes de apoyo que ofrece la universidad, resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. sólo el 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada; se identificó un 28,7% con factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria; 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera y 24,7% presentan factor de riesgo positivo para impulsividad. 40% de la población presenta problemas de ansiedad y 7,7% problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8%. Por lo tanto, los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en la población estudiada confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios. ⁽¹³⁾

Constain G, Ricardo C, Rodriguez M, et. "Validez y utilidad diagnostica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín". El estudio se realizó con el objetivo de evaluar la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26, para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en población femenina. El estudio fue observacional de validación de pruebas, la muestra estuvo compuesta de 25 mujeres con edades entre 15 y 25 años que cumplieran criterios DSMIV-TR para anorexia y bulimia nerviosa, la muestra de casos fue por conveniencia y en controles. Se comparó el «criterio de oro» (entrevista estructurada para determinar el cumplimiento o no de criterios de inclusión de caso de TCA) con el EAT-26, el instrumento tuvo validación cultural, semántica, factorial y evaluación

de confiabilidad. El EAT-26 subyacen 4 dominios: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral, en cuanto al tipo de trastorno el 52% presento anorexia y un 48% presento bulimia, la edad mediana en que se produjo diagnóstico de TCA fue de 16 años para anorexia y de 17 años en bulimia. Por lo tanto, el EAT-26 resulto ser un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad, sensibilidad y con un adecuado valor de especificidad, apropiado para el cribado de posible TCA en población de riesgo y útil en atención primaria para su detección temprana en mujeres jóvenes. ⁽⁵⁵⁾

2.1.2. A nivel nacional:

Ramírez M., Torres P.; “Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes mujeres del I.E. Antonio José de Sucre”: El estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo con la insatisfacción de la imagen corporal, la investigación fue de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal. En la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos: primero un cuestionario para recoger datos generales, segundo un cuestionario para medir las conductas alimentarias de riesgo (EAT-26) y tercero un cuestionario para medir la insatisfacción de la imagen corporal (BSQ), la población de estudio está conformada por 193 estudiantes adolescentes de sexo femenino. Con relación a la variable conductas alimentarias de riesgo un 53.4% presentó riesgo y un 46.6% no presentan riesgo, en relación a la variable insatisfacción con la imagen corporal, un 37.8% manifestó insatisfacción corporal, un 41.4% un miedo a engordar, un 45% presento baja autoestima y un 45.5% manifestó un deseo de perder peso y con la aplicación del estadístico no paramétrico Chi cuadrado, se encontró alta significancia estadística (0.001) donde se aceptó la hipótesis, existe relación ente las conductas alimentarias de riesgo con la insatisfacción de la imagen corporal.⁽¹⁴⁾

Nakandakari M., De la Rosa D., Jaramillo J., “Rasgos de trastornos conducta alimentarios y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de medicina humana”. El estudio se realizó con el objetivo de identificar la incidencia de rasgos de trastornos de conducta alimentaria y de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Medicina Humana de primero a quinto ciclo de una Universidad Privada de Lima. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y de diseño epidemiológico, la muestra fue de 109 estudiantes la cual se extrajo de manera probabilística aleatoria simple se analizaron los datos mediante los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS 19. Donde uno de los rasgos de trastornos de conducta alimentaria que tuvo una mayor frecuencia fue la baja autoestima con un 48,6%, así mismo las sustancias psicoactivas más consumidas fueron el alcohol con 82,5%, seguido del tabaco con un 23,9%. Se identifico que la incidencia para rasgos de trastornos de conducta

alimentaria fue de 48,6% y para el consumo de sustancias psicoactivas fue de 82,5%. ⁽¹⁵⁾

Grosso C., Reyes S., Vásquez B., Frecuencia de trastornos alimentarios en alumnos de Lambayeque”. El estudio se realizó con el objetivo de estimar la frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en el año 2012, cuyo estudio fue descriptivo transversal. Se empleó el test de actitudes alimentarias (EAT-26) a 292 alumnos, seleccionados por un muestreo aleatorio por conglomerados y estratificado. Donde el 21,5% son varones y el 78,5% son mujeres, la edad promedio de los participantes fue $19,7 \pm 1,2$ años, en donde las alumnas encuestadas obtuvieron un resultado positivo. Llegando a la conclusión de que la frecuencia de trastornos alimentarios en el entorno de estudio confirma los hallazgos previos en poblaciones similares. ⁽¹⁶⁾

2.1.3. A nivel local:

Turpo R., “Conductas riesgosas de anorexia en adolescentes de la Institución educativa secundaria San Francisco de Borja”: El estudio se realizó con el objetivo de determinar las conductas riesgosas de anorexia en cuatro dimensiones: alimentaria , psicoemocional , sociocultural y familiar , la investigación de fue de tipo descriptivo , transversal , con diseño simple ; cuyo muestra estuvo conformada por 100 adolescentes del sexo femenino de 14 a 17 años de edad, el cuestionario consta de 35 ítems con afirmaciones directas e indirectas . Donde un 55% de los adolescentes presentan conductas de mediano riesgo y 17 % de alto riesgo además respecto a la dimensión alimentaria un 53% tuvieron entre mediano riesgo y 12 % conductas de alto riesgo ; en la dimensión psicoemocional el 53% presentan conductas de mediano riesgo y el 15% de alto riesgo; en la dimensión sociocultural el 53% y 21% presentan conductas de mediano riesgo y alto riesgo respectivamente ; respecto a la dimensión familiar el 57% tiene conductas de mediano riesgo y 16% alto riesgo .Concluyendo que la mayoría de los adolescentes tiene conductas entre mediano y alto riesgo, siendo la dimensión sociocultural la que se da con mayor proporción , esto sin duda repercute negativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llevandolo a conductas riesgosas que desencadenar en anorexia.⁽¹⁷⁾

Ibáñez F., “Riesgos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Secundaria Adventista”. El estudio se realizó con el objetivo de determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, esta investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con diseño simple cuya población estuvo conformada por 64 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años, de sexo femenino. Para la recolección de datos se utiliza la técnica de encuesta, aplicando como instrumento la escala EAT- 26 de Garner y Garfinkel, constituida por 26 ítems con afirmaciones divididas en

3 partes. Donde los comportamientos más riesgosos con relación a la dimensión de evitación de alimentos es: “miedo a la idea de estar con sobrepeso” con un 21.9% , respecto a las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos los comportamientos más riesgosos son: “preocupación por los alimentos” con 12.5% , “pensamiento excesivo y ocupación en la comida” con 7.8% , “impulso de vomitar después de comer” con 7.8% y en la dimensión de control oral las conductas más riesgosas son: “come más lento que los demás” con un 21.9% , “mantiene un control de ingesta” con un 18.8%. Concluyendo que un 48.4% de adolescentes presentan riesgos de la conducta alimentaria y 51.6% no presentan riesgo, cabe resaltar que la diferencia porcentual de estas dos categorías es mínima pudiendo afirmar que la mitad de los adolescentes tiene conductas riesgosas. ⁽¹⁸⁾

Ramos G. 2017 “Estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional en escolares adolescentes de la institución educativa Técnico Industrial San Miguel Achaya”. El estudio se realizó con el objetivo de identificar los estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional de los estudiantes adolescentes, la población fue constituida por 123 estudiantes, con una muestra de 93 estudiantes de ambos sexos pertenecientes a la Institución; el tipo de estudio fue descriptivo, analítico, de corte transversal. Para la identificación de los estilos de vida se utilizó el cuestionario de estilos de vida elaborado por Salazar, Arrivillaga y Gómez compuesto por 60 preguntas, divididas en 7 indicadores, relacionados a la alimentación y nutrición; recreación y tiempo libre; consumo de sustancias nocivas; sueño y descanso; actividad física; autocuidado y salud; finalmente relaciones interpersonales. Para evaluar el estado nutricional se utilizó la balanza y tallímetro para determinar IMC y una microcentrífuga para determinar nivel de hemoglobina. Para el análisis estadístico se aplicó la regresión lineal simple. Donde se muestra que los estilos de vida que presentaron los estudiantes fueron en su mayoría saludable y solo 40% lleva un estilo de vida poco saludable; con relación al Índice de Masa Corporal el 1% presento delgadez severa, el 4% delgadez, el 65% un estado normal, el 17% con riesgo de sobrepeso y el 1% con sobrepeso; según la talla para la edad 4% presentan talla baja severa, el 14% presentan talla baja y el 37% poseen una talla adecuada para su edad; respecto a la anemia 28% no tienen anemia, y el 73% presenta anemia. Concluyendo que los estilos de vida estudiados no influyen sobre el estado nutricional de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Técnico Industrial “San Miguel” de Achaya. ⁽¹⁹⁾

2.2. MARCO TEORICO:

2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A):

2.2.1.1. Definición:

Las primeras descripciones de la AN datan del siglo XVII, cuando Morton estableció que el origen de este trastorno, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones. En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo. La historia de la bulimia es mucho más reciente, aumentando considerablemente el número de personas afectadas en los últimos años. Entre las razones, posiblemente su evolución menos dramática y la facilidad de las personas afectadas para pasar desapercibidas. ⁽²⁰⁾

Los TCA son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural, son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona. ⁽²¹⁾ Además se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas, y se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75 %), trastornos por ansiedad (60%) abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%). ⁽⁷⁷⁾

La causa inmediata es el intenso miedo a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal, lo cual es el resultado de una alteración de su imagen corporal. Su incidencia es superior en el sexo femenino, especialmente en la edad pre o puberal. Los TCA son enfermedades graves, pero se pueden curar si la persona hace tratamiento con un equipo de médicos y psicólogos especializados en TCA. Son tratamientos largos y complejos. Un rasgo habitual de estos trastornos es la falta de conciencia de enfermedad por parte de la persona afectada. esto quiere decir que la persona afectada no es capaz de identificar las consecuencias negativas del trastorno, ni de la necesidad de hacer tratamiento, ni tampoco los beneficios de este. este hecho dificulta la adherencia al tratamiento en algunos casos. si esto, el papel de la familia es especialmente importante para intentar que la persona afectada reciba el tratamiento que necesita, aunque no colabore en recibirlo. ^(20,21)

Estos trastornos incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (una especie de compulsión por comer), así como las variantes de estas enfermedades. Una persona con un trastorno de la alimentación puede comenzar por comer solo cantidades más pequeñas o más grandes de alimentos.

Sin embargo, en algún momento, su necesidad de comer menos o de comer más se sale de control y se vuelve en un trastorno de la conducta alimentaria. Otros indicadores de los trastornos de la alimentación son la angustia intensa o la gran preocupación por el peso o la forma del cuerpo, y los esfuerzos extremos por controlar el peso o la cantidad de alimentos que se comen. ⁽²²⁾

2.2.1.2. Etiopatogenia:

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales, nutricionales, neuroquímicos, y hormonales, que actúan como predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la alteración.

Entre los factores ambientales destacan fundamentalmente los cambios de los patrones dietéticos, la influencia de los medios de comunicación en la transmisión de los actuales cánones y estereotipos de belleza y éxito social, la influencia de la industria alimentaria y de la moda, las nuevas competencias y roles de la mujer y el predominio de los estilos de vida sedentarios. ⁽²²⁾

Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero también existen otros, como el trastorno por atracón, la ortorexia (la obsesión por la comida sana) y la vigorexia (la obsesión por el ejercicio físico). ⁽²³⁾

La anorexia y la bulimia nerviosa se presentan fundamentalmente en los países industrializados, donde acontecen dos hechos contradictorios; por un lado, existe una amplia disponibilidad tanto en cantidad como en variedad de alimentos, y por otro, el estereotipo social, imagen del éxito y del prestigio es la delgadez, particularmente la femenina. Esta diferencia entre el tamaño corporal deseado y la elevada disponibilidad de alimentos ha sido frecuentemente invocada para explicar la alta prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en las adolescentes. ⁽²⁴⁾

La fuerte tendencia social y cultural a considerar la delgadez como una situación ideal de aceptación y éxito está influyendo cada vez más en los adolescentes, especialmente las mujeres, que tienen una gran preocupación por su estética, tienen miedo a engordar y en consecuencia desean perder peso, independientemente de su peso real. Un estudio de excepción a este respecto sobre los cambios de los hábitos alimentarios en el que observa que desde la llegada de la televisión en 1995 se ha producido un aumento notorio de comportamientos anoréxicos y bulímicos. ⁽⁶¹⁾

Estos mensajes contradictorios que, por un lado, promocionan la delgadez y, por el otro, ofertan el consumo de alimentos de alto valor calórico y bajo valor nutricional, encuentran en la adolescencia un período de gran vulnerabilidad, ya que el adolescente tiene un profundo deseo de ejercer su independencia, de búsqueda de su identidad e imagen corporal ideal, de tomar sus propias decisiones, de experimentar nuevos estilos de vida, de no aceptar los valores existentes, y una de las consecuencias de estos

hechos es la adopción de nuevos patrones alimentarios, no pocas veces relacionada con motivaciones ecológicas, filosóficas, religiosas, de independencia familiar o de influencia de sus pares o de sus héroes. Además, durante esta etapa el tener una autoimagen satisfactoria y el ser vistos de forma atractiva por los demás constituye una prioridad. Este estado de vulnerabilidad y ansiedad ante la imagen corporal les predispone a realizar dietas, que en la mayoría de las ocasiones se realizan sin ningún control por parte de la familia o el médico. Esto se ve favorecido por la escasa o nula supervisión a que está sometida en el momento actual la alimentación del niño y el adolescente y al número de comidas que los niños realizan solos. (24)

2.2.1.3. Aspectos fisiopatológicos y psicológicos

✓ Aspectos fisiológicos

Los cambios fisiopatológicos que se producen en los TCA son parecidos a los observados en otros estados de inanición. Cuando un individuo se somete a una situación de ayuno prolongado tienen lugar en el organismo una serie de mecanismos de adaptación encaminados a mantener la vida. Todas aquellas funciones «no vitales» (crecimiento, reproducción) pasarán a un segundo plano. Tales adaptaciones, sin embargo, no ocurren sin un coste: se produce un deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad del individuo para realizar normalmente sus actividades físicas y mentales. (78)

Las alteraciones conductuales posiblemente están, al menos facilitadas, por alteraciones específicas en los neurotransmisores o neuromoduladores en el sistema nervioso central, los cuales ejercen sus acciones en una forma genéticamente pre determinada. Aún sabemos muy poco de los mecanismos moleculares de los trastornos de la alimentación, pero cada día es más claro que el sistema nervioso central, particularmente el hipotálamo, desempeña un papel relevante. En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Estudios de la conducta alimentaria en padres y en gemelos idénticos sugieren que una parte importante de ésta (45- 60%), se debe a factores genéticos. El llevar a cabo la separación de los factores genéticos de otros no es factible, ya que los genes son parte de un sistema dinámico que está constantemente respondiendo a señales ambientales. (25)

✓ Aspectos psicológicos

Los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como “enfermo” ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa. Las relaciones que los padres (específicamente las madres) mantienen con sus hijas, durante la infancia y la adolescencia son cruciales para el posterior desarrollo psicológico y social de éstas. Desde hace tiempo se ha demostrado que existe una

correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras de funcionamiento familiar y el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta como la depresión, la neurosis y los trastornos de la conducta alimentaria. (61)

Se ha demostrado que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conducen en concreto a la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar, en los cuales los síntomas de la hija con el trastorno desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y es así como la enfermedad mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos. (79)

El comer como respuesta a emociones negativas se asocia también más entre madres e hijas. Las madres más jóvenes comparten más actitudes hacia el cuerpo con sus hijas, mientras que las madres de más edad, comparten más conductas restrictivas con sus hijas. La conducta alimentaria de los hijos parece ser más independiente y puede estar determinada por factores distintos a los de las hijas. Por esta razón, se ha dado énfasis a la relación madre-hija. Por ejemplo, se ha observado que las madres de niñas con anorexia purgativa tienen una mayor incidencia de obesidad que las madres de niñas con anorexia restrictiva, por lo que se sugiere que existe una asociación entre la obesidad y la conducta alimentaria de la madre y de la hija. (26)

Alteraciones que pueden indicar un trastorno de comportamiento alimentario no diagnosticado

Somáticas:

- ✓ Freno del crecimiento
- ✓ Cambio importante o frecuentes fluctuaciones en el peso
- ✓ Incapacidad para ganar peso
- ✓ Fatiga
- ✓ Estreñimiento o diarrea
- ✓ Susceptibilidad a las fracturas
- ✓ Retraso de la menarquia
- ✓ Hipopotasemia, hiperfosfatemia, acidosis o alcalosis metabólica o niveles altos de amilasa

Conductuales:

- ✓ Cambios en los hábitos de alimentación
- ✓ Dificultad para comer en lugares sociales
- ✓ Resistencia a ser pesado
- ✓ Depresión
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Conductas engañosas o reservadas
- ✓ Absentismo escolar o laboral

- ✓ Robar comida
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Ejercicio excesivo

2.2.1.4. Diagnóstico:

El diagnóstico es fácil en los casos evolucionados; actualmente los criterios que se siguen son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) y los elaborados por la OMS en 1992 (CIE-10).

Dada la importancia del diagnóstico precoz, para prevenir las complicaciones propias de la evolución, el diagnóstico de sospecha se debe valorar en todos aquellos pacientes pre púberes o adolescentes, especialmente si son del sexo femenino, que presenten alguna de las siguientes características:

- ✓ Realización de dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- ✓ Periodos de semiayuno alternados con ingesta normal.
- ✓ Miedo exagerado al sobrepeso o a la ganancia ponderal.
- ✓ Rechazo de la propia imagen corporal.
- ✓ Valoración del peso o figura como prioridad. (62)

EAT-26:

La Escala EAT-26 es una escala auto aplicable que se utiliza para evaluar el riesgo de trastornos de la alimentación. Consta de 26 ítems con 5 opciones de respuesta. El instrumento EAT-26 tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad. Cada pregunta tenía 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre). La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, teniendo como precaución que la pregunta 25 se puntúa a la inversa: a mayor puntuación hay mayor riesgo de AN o BN. Esta versión tiene 3 subescalas:

a) Dieta:

Conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez

b) Bulimia y preocupación por la comida:

Conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida

c) Control oral:

Autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (55)

TEST DE SILUETAS DE COLLINS:

Este instrumento comprende un conjunto de 7 figuras de adolescentes. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -3) y las situadas a su derecha obtienen puntuaciones positivas (de 1 a 3). Primero, la paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener. Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. En la que se distinguen:

a) Índice de insatisfacción de la imagen corporal:

Es la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal deseada

b) Índice de distorsión de la imagen corporal:

Es la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal real ⁽⁶³⁾

2.2.2. Anorexia nerviosa:

2.2.2.1. Definición:

La anorexia nerviosa es un modelo de malnutrición energético-proteica (MPE), de predominio energético, de instauración lenta y progresiva, con escasa repercusión en la analítica rutinaria, dado que el organismo realiza un proceso de adaptación.

Las personas que padecen anorexia nerviosa sienten un miedo intenso a aumentar de peso o engordar, y están excesivamente preocupadas por su silueta. Como consecuencia, presentan conductas anómalas en cuanto a la alimentación, el peso y el volumen y la silueta corporal. ⁽²⁷⁾

La persona puede verse gorda o desproporcionada, a pesar de tener un peso por debajo de lo considerado normal. Sufrir este trastorno tiene un gran impacto negativo en la vida familiar, social, laboral, académico y emocional. Al inicio de la enfermedad es posible que no se observen excesivos problemas. Incluso es posible que los afectados se sientan satisfechos con la pérdida de peso, ya menudo se ven recompensados por su entorno. Pero al cabo de un tiempo aparecen los síntomas que indican que algo no funciona. Hay que estar alerta ante determinados tipos de comportamiento o signos que pueden hacer sospechar sobre la presencia de esta enfermedad, ya que si se diagnostica y se trata precozmente la recuperación es más fácil y rápida. ⁽²⁸⁾

En estos pacientes se observa que el único estímulo existente en la vida es perder cada vez más y más peso. En general, la presencia de algún trastorno de la ansiedad precede al trastorno alimentario y de existir

depresión, ésta generalmente persiste aún después de la recuperación que se observa en algunos casos. A su vez, todas estas conductas aberrantes producen, entre otras: alteraciones endocrinas, hidroelectrolíticas, cardiovasculares, digestivas, hepáticas y neurológicas. (26)

En la valoración nutricional, se observa una disminución de parámetros antropométricos, como peso, talla, masa grasa, masa muscular, índice de masa corporal (IMC) e índice peso/talla, un déficit importante del pliegue tricípital y de la circunferencia del brazo. En la exploración observamos los signos clínicos y su repercusión sobre órganos y sistemas.

Características de las personas:

- ✓ Auto imagen distorsionada
- ✓ Autoestima baja
- ✓ Depresión
- ✓ Pensamiento obsesivo y tendencia al perfeccionismo
- ✓ Escasa comunicación con los demás
- ✓ Conductas autodestructivas
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Obsesión por la comida (22)

2.2.2.2. Tipos:

La anorexia nerviosa consta de 2 subtipos:

a) Restrictivo:

En los últimos 3 meses no ha recurrido a atracones o purgas. El bajo peso se debe a restricción alimentaria o ejercicio en exceso.

b) Compulsivo/purgativo:

En los últimos 3 meses se ha recurrido a atracones o purgas.

2.2.2.3. Diagnostico:

Criterios para diagnosticar anorexia nerviosa:

- ✓ Restricción del aporte energético que lleva a un peso significativamente bajo, considerando edad, sexo, trayectoria evolutiva y salud física.
- ✓ Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere en la ganancia de peso. (se podría diagnosticar también sin cumplir este criterio)
- ✓ Alteración de la percepción del peso y la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ✓ Hábitos alimenticios anómalos que se desarrollan en el proceso anoréxico
- ✓ Rechazo selectivo de algunos alimentos

- ✓ Manipulación de los alimentos (esconderlos, lavarlos, desmenuzarlos, retirar grasa y encontrar gran cantidad de desperdicio)
- ✓ Desarrollo de actitudes obsesivo compulsivas respecto a la comida o bebida (rituales, potomanía)
- ✓ Aislamiento durante las comidas o permanecer de pie o en movimiento
- ✓ Prolongación exagerada del tiempo de comida
- ✓ Alteración de los horarios de comida y sueño
- ✓ Interés excesivo por los temas culinarios
- ✓ Excesiva atención hacia la ingesta del resto de la familia intentando que la misma sea abundante. ⁽⁸⁰⁾

Alteraciones digestivas

- ✓ Gastroparesia con retraso del vaciamiento gástrico.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Meteorismo.

Alteraciones cardíacas

- ✓ Bradicardia e hipotensión.
- ✓ Prolapso mitral.
- ✓ Disminución de la silueta cardíaca, del ventrículo izquierdo y del índice cardíaco.
- ✓ Inversión de la onda T.

Alteraciones hematológicas

- ✓ Anemia leve.
- ✓ Disminución de la acción bactericida y de la adherencia de los granulocitos. Disminución de linfocitos CD4 y CD8.
- ✓ Disminución de niveles séricos de complemento.

Pérdida de masa ósea

- ✓ Pérdida rápida y permanente y sólo reversible parcialmente. Posiblemente en relación con el déficit de estrógenos, hipercortisolismo y la disminución de IGF-I, como hemos comprobado en nuestros enfermos, llegando en ocasiones a déficit de -3 en el score Z. Se correlaciona directamente con el tiempo de amenorrea. ^(78,80)

2.2.2.4. Manejo nutricional de la anorexia nerviosa

El control de la anorexia nerviosa se ha de realizar por medio de un equipo multidisciplinario, cuyos objetivos son:

- ✓ Corregir la malnutrición y sus secuelas
- ✓ Actuar sobre la problemática psicológica, comportamental, social y familiar, que ha iniciado o mantiene el proceso.

La recuperación del estado nutricional óptimo es una meta prioritaria en el manejo de estos enfermos. Los objetivos nutricionales inmediatos son:

- ✓ Restablecer pautas de alimentación normales.
- ✓ Recuperar el peso perdido.
- ✓ Adecuar el peso a la talla.
- ✓ Evitar recaídas.

En la valoración del paciente con anorexia nerviosa, debemos estar atentos a la presencia de signos de alerta, lo cual puede hacernos variar el criterio de tratamiento ambulatorio o en régimen de ingreso hospitalario; estos signos son:

- ✓ Rapidez extrema en la pérdida de peso.
- ✓ Tendencia a la hipotensión, pudiéndose asociar bradicardia por debajo de 50 latidos/minuto.
- ✓ Presencia de hipotermia mantenida.
- ✓ Hipopotasemia inferior a 2,5 mEq/l.
- ✓ Cambios en el estado de conciencia, presentando apatía y gran postración.
- ✓ Presencia de vómitos. (26)

2.2.3. Bulimia

2.2.3.1. Definición:

La bulimia nerviosa fue descrita por primera vez en 1979 por Russell, como una entidad distinta a la anorexia nerviosa, en la cual las pacientes, después de realizar ingestas masivas de alimentos, pretenden controlar su peso provocándose el vómito o utilizando laxantes o diuréticos. Se trata de una enfermedad de difícil detección, y al no existir malnutrición, presentándose incluso en ocasiones sobrepeso, no se pueden observar "signos de gravedad nutricional"; sus manifestaciones dispersas (odontológicas, endocrinológicas, ginecológicas, ORL) nos pueden hacer pensar en más de una entidad y el hecho de practicarse en secreto hace que también sea difícil descubrirlo dentro del núcleo familiar.

La Bulimia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los que se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. las personas afectadas intentan compensar los efectos de las sobre ingesta mediante vómitos autoinducidos y otras maniobras de purga o aumento de la actividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y la figura, pero no se producen necesariamente alteraciones en el peso, ya que tanto pueden presentar peso normal, como bajo peso o sobrepeso. la bulimia nerviosa suele ser un trastorno oculto, fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. por este motivo la persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado. (26)

La característica primordial de esta enfermedad es que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, pero la preocupación que tiene de no ganar peso conduce hacia conductas compensatorias de control para evitar la ganancia de peso, seguidas éstas de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Estas pacientes, utilizan diferentes medios para intentar compensar los atracones, siendo el más habitual la provocación del vómito; otras conductas son: uso excesivo de laxantes o de diuréticos, el ayuno y ejercicio físico muy intenso. Todas estas conductas son realizadas con el fin de no incrementar el peso. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. ⁽²⁶⁾

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. En cuanto a los atracones cabe señalar que aunque el tipo de alimentos consumidos durante éste varía, en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías. Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día, pero son más frecuentes a partir de media tarde y suelen desencadenarse por estados de humor alterados, dificultades interpersonales, hambre intensa o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompañan de sensación de falta de control y pueden reducir el malestar de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo. ⁽⁸⁰⁾

2.2.3.2. Tipos:

a) Tipo purgativo:

Durante la bulimia nerviosa, el paciente se provoca el vómito, usa laxantes, enemas o diuréticos en exceso.

b) Tipo no purgativo:

Las conductas compensatorias son ayuno o ejercicio intenso.

2.2.3.3. Diagnostico:

Criterios para diagnosticar bulimia:

- ✓ Presencia de atracones recurrentes.
- ✓ Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en una cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- ✓ Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- ✓ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- ✓ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos una vez a la semana durante un periodo de 3 meses.

Características de las personas:

- ✓ Baja autoestima
- ✓ Depresión
- ✓ Conductas autodestructivas
- ✓ Auto percepción de la imagen corporal distorsionada
- ✓ Preocupación excesiva por el peso
- ✓ Episodios recurrentes de comer en forma compulsiva (consumo rápido de grandes cantidades de comida en un tiempo limitado).
- ✓ Un sentimiento de pérdida de control sobre el comportamiento alimentario.
- ✓ Autoinducción del vómito, uso de laxantes o diuréticos, ayuno prolongado o repetitivo y ejercicio físico intenso. (22)

Manifestaciones clínicas

Las complicaciones clínicas suceden en el 40% de los pacientes, siendo el intento de suicidio el riesgo más común de muerte de estos pacientes alcanzando el 3%, aunque menor que en la anorexia nerviosa. Las alteraciones somáticas más frecuentes acontecen en el aparato digestivo, siendo la cavidad bucal la más afectada. Presentan erosiones del esmalte dentario, especialmente la cara interna de incisivos y caninos, debido al pH ácido del jugo gástrico y su continua acción sobre el esmalte. De igual patogenia es la presencia de gingivitis, faringitis y queilitis. En ocasiones se ha observado hipertrofia parotídea, relacionada con los vómitos y que provoca aumento de amilasa plasmática; por lo general es simétrica y dolorosa, desapareciendo al finalizar el proceso en la mayoría de los casos. (39)

Las alteraciones a nivel del esófago van desde la aparición de esofagitis al síndrome de Mallory-Weiss. La capacidad del estómago está muy aumentada, llegando a provocar una dilatación gástrica aguda con fenómenos de isquemia local que pueden llegar a producir una perforación gástrica. El abuso de laxantes o enemas puede producir rectorragias, que obligan a efectuar un diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal. Así mismo, se han descrito casos de pancreatitis aguda relacionados con la ingesta compulsiva de alimentos, complicaciones cardíacas, que no son excepcionales, siendo el prolapso de la válvula mitral la alteración más frecuente, si bien también se observan arritmias cardíacas. (20)

Complicaciones metabólicas

Los vómitos recidivantes y provocados producen una depleción de agua, cloro y potasio incrementándose este último si utilizan diuréticos; la consecuencia es la presencia de insuficiencia renal secundaria a depleción

hidrosalina, alcalosis metabólica hipoclorémica y nefropatía hipopotasémica.

2.2.4. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan importantes síntomas y signos orgánicos, así como complicaciones que pueden conducir a la muerte del paciente, por lo que es de enorme importancia su detección precoz con el fin de establecer las estrategias preventivas y de tratamiento necesarias. Por ello, se debe tener presente que existen una serie de alteraciones somáticas y conductuales que pueden alertar al pediatra de atención primaria o a la familia sobre la posible existencia de un trastorno de la conducta alimentaria sin diagnosticar, como son la existencia de una dieta restrictiva asociada a una disminución de peso y una incapacidad para ganarlo, ejercicio físico excesivo, antecedentes familiares de anorexia o bulimia, amenorrea, dieta asociada a aislamiento social, etc. ⁽²³⁾

Si bien el tratamiento de estos pacientes ha de ser multidisciplinario, implicando al pediatra, al pediatra del adolescente, al pediatra nutricionista y al endocrinólogo pediátrico, el pediatra de atención primaria va a tener un papel importante en la detección, valoración y orientación del problema, así como en la educación del niño, de la familia, de los educadores y de la comunidad. ⁽²⁴⁾

En la prevención de estas patologías es indispensable la actuación sobre los factores culturales; el papel presumiblemente etiológico de éstos ha impulsado a estrategias para modificar el impacto de sus influencias. Sin embargo, programas de prevención generalizados, que incrementan la alerta en la opinión pública sobre los riesgos para la salud de métodos inapropiados de pérdida de peso y promueven la resistencia a la obsesión cultural por la delgadez, no han tenido en muchas ocasiones los efectos deseados; de hecho, algunos expertos sostienen que incluso pudieran ser más dañinos que beneficiosos. Una adecuada educación nutricional, junto con un mayor control y supervisión de la dieta de los niños y adolescentes por parte de sus familias, así como de los mensajes televisivos de la industria de la alimentación y de la moda, probablemente favorecería el descenso de la frecuencia de estas patologías. ⁽²⁰⁾

Sin ninguna duda, la prevención de estos trastornos requiere cambios sociales de gran envergadura, pero si los profesionales y los padres contrarrestan los mensajes destructivos de la cultura contemporánea haciendo que las adolescentes sientan que se las considera valiosas, que se las escucha y respeta, que tienen una posición y expectativa de igualdad con respecto al varón, ya no van a necesitar las dietas y maniobras destructivas para sentir su autocontrol y poder. ⁽²¹⁾

2.2.5. Reflexiones finales: de la anorexia a la obesidad

Algunas observaciones clínicas han llevado a considerar que existen una serie de sobreposiciones entre la anorexia nerviosa y la obesidad. Además, en algunos casos, el peso y las conductas alimentarias puedan cambiar en sus expresiones en el mismo individuo. En la historia natural de la anorexia nerviosa es casi una regla que las pacientes pasen de un estado en el que predomina la restricción en la toma de alimentos, a otro en el que se comienza a incrementar el consumo de alimentos pero que se acompaña de fenómenos purgativos (vómito y uso de laxantes). Más aún, al seguir por años a algunas pacientes anoréxicas se observa el desarrollo de una conducta de franca bulimia nerviosa. Finalmente, unas pocas pacientes que en su adolescencia temprana presentaron anorexia restrictiva, en la edad adulta presentan grados variables de sobrepeso o incluso obesidad. Es interesante señalar que a medida que el peso aumenta, mejora la funcionalidad social de estas pacientes, sin que esto garantice la recuperación en los aspectos psicodinámicos y psiquiátricos.⁽²⁸⁾ Por otra parte, es también una observación clínica que algunas adolescentes que presentaron obesidad importante, en sus distintas búsquedas de solución a este problema, acaban por desarrollar conductas alimentarias purgativas severas, con lo que logran perder peso y desarrollan un cuadro clínico en todo compatible con bulimia nerviosa.⁽²⁶⁾

2.2.6. La Adolescencia

Población de adolescentes en el Perú

El Perú tiene una población de 31 millones 488 mil 625 personas; de las cuales 5 millones 103 mil 755 son menores de 18 años. Si a la población adolescente se le añade la población con edades comprendidas entre 20 a 24 años, esta representa la tercera parte de la población total, razón por la cual el Perú es considerado como un país con mayor población en edad para trabajar. Este fenómeno es denominado “Bono demográfico” y es considerado por algunos expertos, como un “milagro económico” debido a que el buen aprovechamiento del mismo garantizaría el desarrollo del país, pero para aprovecharla es necesario que esta población, cuente con un buen nivel educativo y buena salud que garantice su productividad. Por otra parte, la adolescencia es la etapa donde se comienzan a desarrollar distintos hábitos nocivos y aunque estos hábitos no se manifiestan durante esta etapa, si lo harán en años posteriores, generando incluso la muerte en la población adulta. Una inversión adecuada en los jóvenes, será el motor del crecimiento económico; no obstante, si se margina repercutirá negativamente en el sistema de salud del país. ^(29,32)

2.2.6.1. Definición:

La palabra adolescencia procede del latín «adolescens», es decir, el que adolece. Según la OMS la adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, caracterizada por cambios fisiológicos, desarrollo de procesos mentales y de la identidad. Desde el comienzo de este periodo ocurren cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento, cambios en la composición corporal y gradualmente en el desarrollo psicosocial. ⁽³⁰⁾

En general, la adolescencia abarca desde el final de la infancia hasta la adultez, donde es fundamental el crecimiento y maduración, pero engloba las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano, considerando el cambio como la esencia de esta etapa.

2.2.6.2. Cambios en la adolescencia

- ✓ En lo corporal: Madurez sexual, Cambio en peso y estatura, Cambio en la forma del cuerpo (en varones hay aumento de masa magra y ósea).
- ✓ En lo nutricional: Aumentan las necesidades nutricionales, se adquieren y afianzan comportamientos de la interacción con el contexto sociocultural.
- ✓ En lo psicológico: Desarrollo del pensamiento abstracto, desarrolla el razonamiento moral y un sistema de valores propios.
- ✓ En lo social: Alejamiento del contexto familiar, mayor importancia a los amigos ^(30,31)

2.2.6.3. Los Requerimientos Nutricionales en la Adolescencia

Los requerimientos de energía en escolares requerida para mantener las diversas funciones corporales, incluyendo la respiración, circulación, nivel de actividad física, metabolismo, síntesis de proteínas, entre otras; varían según la edad, peso, jornada escolar y el incremento de las actividades no solo físicas sino también intelectuales ⁽³¹⁾

TABLA N°1
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DIARIAS PARA ADOLESCENTES

Edad (años)		Energía (Kcal)	Proteínas (g)	Ca (mg)	Vit. D (mcg)	Fe (mg)
Adolescentes varones y Mujeres	10-12	2450	43	1000	5	12
	13-15	2750	54	1000	5	15
	16-19	3000	56	1000	5	15
	10-12	2300	41	1000	5	18
	13-15	2500	45	1000	5	18
	16-19	2300	43	1000	5	18

Food And Nutrition Board, Recommended Dietary Allowances, 10 Th Edition, 1989.

2.2.7. Estilos de vida:

2.2.7.1. Definición:

El primer componente de los estilos de vida es el concepto “estilo”.

Estilo: procede del latín: *stilus-i*, estilo, instrumento en forma de punzón con el que los romanos escribían en tablillas de cera, y, por extensión, manera de escribir, estilo literario, artístico, etc. Este, a su vez, brota del griego: *ἵλησθησ*, *stýlos*, columna, pilar. A partir del mundo clásico, se entiende, primero, por estilo la forma de expresión literaria, particularmente el modelo literario y lingüístico expresivo de un autor, una época, un pueblo e incluso, una civilización. Los retóricos antiguos hablaban de tres tipos de estilo: el sencillo o tenue, el templado o medio, y el grave o sublime. Así, en el acervo estético literario actual, hallamos atesoradas todas las tradiciones, con una variadísima gama de estilos: didáctico, epistolar oratorio, festivo, irónico, patético, amanerado, elegante, florido, académico; o, si viajamos por la historia literaria: clásico, barroco, culterano, conceptista, romántico, idealista, realista, naturalista, simbolista, académico, directo, figurado, indirecto, narrativo, periodístico. En segundo lugar, el concepto de estilo fue de tal eficacia expresiva que de la literatura pasó pronto a las artes figurativas y plásticas. En el siglo XIX, la expresión estilo sustituye a la de “*maniera*” (utilizada desde el siglo XV) y a la de “gusto” (usada desde el siglo XVII). Estilo artístico significa, como en la literatura, conjunto de formas y de elementos estéticos de un artista, un país, una civilización o un período. ⁽³³⁾

El segundo componente de los estilos de vida es el concepto “vida”.

Vida: es una vieja cuestión filosófica y científica extremadamente compleja, plena de ángulos y matices, respecto de la que, sólo recientemente, comienza a obtenerse alguna perspectiva satisfactoria. La

clásica distinción de los helenos entre $\psi\upsilon\lambda\omicron\varsigma$ (vida orgánica) y $\psi\upsilon\lambda\eta\eta\theta$ (vida humana), junto a la $\zeta\eta\tau\omicron\varsigma$ (psique), fluye polémicamente por la historia del pensamiento produciendo todo tipo de variaciones plasmadas en conceptos conocidos como cuerpo y alma, psique e inteligencia, *nous*, identidad, *dynamis*, espíritu, naturaleza, movimiento (Sto. Tomás); *res extensa* y *res cogitans*, máquina natural y pensamiento (Descartes); organismo, heterogeneidad, evolución (el concepto darwiniano central de las ciencias actuales); vida ascendente y descendente (Nietzsche); universo como corriente de la vida (Schopenhauer); vida como *elán* de la libertad inserta en la necesidad (Bergson); vida como argumento de lo psíquico en lo físico, de la realidad (Whitehead); vida como el orden del orden (Schrödinger); como argumento de la Filosofía (Dilthey); como autoconciencia personal de hallarse en el mundo, envuelto y aprisionado por las circunstancias y saberse viviendo, como actividad pura. A la luz de la historia del pensamiento filosófico y científico, obtenemos una imagen de la naturaleza creada por un proceso complejo de "vida" físico-química, de vida biológica y de vida humana integrada en y creadora de una vida sociocultural. (33)

Por ello cuando hablamos de estilos de vida nos referimos a la manera general de vivir, es decir, a los comportamientos que tienen las personas en su vida cotidiana. A lo largo de los años, las personas vamos construyendo estas formas de vivir con las acciones que realizamos cotidianamente casi de manera automática y son difíciles de cambiar. Los estilos de vida pueden ser saludables o no. Serán saludables, en tanto contribuyan al bienestar de todos los aspectos del ser humano es decir promuevan la salud física, mental, emocional y espiritual, todo lo cual favorece el desarrollo de mejores niveles de vida. Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos. Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (34)

2.2.7.2. Estilo de vida relacionado con la salud

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida (34). De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus

condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

En el campo de la epidemiología y la salud pública, según Menéndez, la corriente epidemiológica más anclada en la biomedicina empezó a usar el término estilos de vida y salud desde las décadas de 1950 y 1960, para referirse casi exclusivamente a comportamientos de índole individual que están vinculados con las enfermedades crónicas, sin tener en cuenta el análisis de las enfermedades infectocontagiosas. Posteriormente, esta corriente epidemiológica de corte más positivista ha venido vinculando los estilos de vida con la noción de riesgo o factores de riesgo, que pone el acento en la responsabilidad de los individuos sobre su salud. Diversos autores han insistido en que la corriente epidemiológica hegemónica, la tendencia dominante en los últimos años ha sido la de poner énfasis en el espacio de acción y de decisión que tienen los individuos sobre sus estilos de vida, denominado agencia, en detrimento de los análisis que privilegian el papel de las estructuras sociales en la configuración de las decisiones en salud que toman los individuos y los grupos. ⁽³⁵⁾

Es así como, según Cockerham, los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente una relación dialéctica entre las opciones de vida (life choices) y las oportunidades de vida (life chances) que originalmente fue propuesta por Weber en su teoría sobre estilos de vida. Su propuesta se fundamenta en los elementos de la estructura que junto con los de la agencia dan forma a los estilos de vida. Los elementos estructurales son: las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género y la etnia y las condiciones de vida. Ellos generan las oportunidades de vida (life chances). Por su parte, la agencia, en tanto se trata de las opciones de vida (life choices), está condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos. ⁽³⁵⁾

2.2.7.3. Trayectoria histórica de los estilos de vida.

En primer lugar, tenemos que recordar que el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Sus orígenes se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos y sociólogos como Karl Marx y Max Weber.

Estos hombres ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Así, Marx entiende que el estilo de vida es un producto de las condiciones socioeconómicas a las que se hallan sometidos los individuos. ⁽³⁶⁾

Weber ofrece una ampliación del concepto, admitiendo que el estilo de vida está determinado en parte por los aspectos socioeconómicos, pero a su vez el estilo de vida que adopten los individuos influye e incluso determina la estratificación social. ⁽³⁶⁾

Los Estilos de Vida de Max Weber

A diferencia de Marx, Max Weber quiso explicar cómo las religiones constituyen el «ethos» de los individuos, mediante la interiorización de un orden normativo que da forma a su conducta creando un «estilo de vida». El objetivo de Weber fue «aislar los elementos decisivos del modo de vida de aquellas capas sociales que han ejercido una influencia más fuerte y determinante sobre la ética práctica de cada religión». Y aunque nunca es exclusiva la influencia de un sólo estrato, sí puede indicarse para cada una de las religiones universales "estratos cuyo modo de vida ha tenido una importancia al menos primordial". De ahí que, a pesar de las influencias sociales, políticas y económicas que hayan podido darse sobre las éticas religiosas, Weber deja bien claro que «su sello característico lo reciben siempre éstas, en primer término, de fuentes religiosas». ⁽⁸¹⁾

Según Weber el estilo de vida está constituido por dos elementos: la conducta vital y las oportunidades vitales. La conducta vital es definida como las elecciones que realizan los individuos en su estilo de vida y las oportunidades vitales constituyen la probabilidad de realizar tales elecciones en base a su posición socioeconómica. De esta forma, en contraste con Marx, Weber aunque enfatiza la importancia de los condicionantes sociológicos ofrece cierto margen de libertad al individuo en su comportamiento. ⁽⁸¹⁾

2.2.7.4. Tipos de Estilos de vida

El estilo de vida puede ser diferente en cada persona y así como existen conductas de riesgo que conforman un estilo de vida no saludable, también existen conductas protectoras que conforman un estilo de vida saludable.

✓ Estilos de Vida no Saludable

El estilo de vida no saludable, hace referencia al conjunto de patrones conductuales que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico. Las personas que tiene comportamientos no saludables como, la dieta desequilibrada, sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario, tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedades. ⁽⁸²⁾

✓ Estilos de Vida Saludables:

Un estilo de vida saludable se relaciona con conductas y costumbres de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar tanto a nivel físico como psicológico, conductas que permiten añadir calidad a la vida. ⁽⁸²⁾

La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más de la vida porque la salud no es solo la ausencia de la enfermedad.

Los estilos de vida, son un conjunto de patrones, conductas relacionadas con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. ⁽³⁸⁾

La intervención en los estilos de Vida

Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparte una serie de principios comunes.

Algunos de ellos son:

- ✓ Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio
- ✓ Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que a menudo requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas
- ✓ Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y esta a su vez influyen en los valores y en la experiencia de las personas.
- ✓ Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- ✓ La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- ✓ Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

Para intentar explicar porque las personas se comportan de una manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas en salud ya que nos proporcionan algunos elementos claves para comprender los mecanismos subyacentes y la manera de intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud. ⁽⁴²⁾

2.2.7.5. Componentes de los estilos de vida

Consideraremos a los estilos de vida como concepto multidimensional, en el que caben áreas psicológicas, biológicas y sociales. A través de las diferentes disciplinas y de la historia, se han determinado cuáles serían las variables que podrían estar relacionadas con el estilo de vida que tienen las personas. A continuación, se comentarán los principales componentes que servirán de marco teórico para las variables mediadoras de los estilos de vida que se utilizarán en este estudio.

En primer lugar, hablaremos de los hábitos saludables, elemento considerado muchas veces como equivalente al de estilo de vida, pero que

bajo nuestra concepción teórica se quedaría corto, ya que se quedan fuera otras variables, tan importantes como es el caso de las relaciones sociales o laborales. Por tanto, los hábitos saludables forman parte del estilo de vida.

A continuación, se incluye la actividad laboral como parte importante de la vida y como variable que influye tremendamente en la distribución del tiempo de la persona y del estilo de vida, por consiguiente. Otro componente básico es el ocio y el tiempo libre.

Y por último, pero no menos importante, las relaciones sociales, la familia, los amigos, los vecinos, las relaciones entre cónyuges, entre hermanos y primos. Todas estas uniones tan importantes en nuestra vida y que por consiguiente serán fundamentales en el establecimiento de patrones de conducta diferentes. ⁽⁴⁰⁾

2.2.7.5.1. Alimentación y nutrición

El papel de la alimentación es dotar al organismo de nutrientes necesarios y energía suficiente para que funcione correctamente. Los alimentos proveen los nutrientes que necesitamos para mantener la salud y prevenir enfermedades. Por ello, llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. ⁽⁴¹⁾

Un plan alimentario equilibrado es aquel que aporta a cada individuo todos los alimentos indispensables para cubrir sus necesidades, mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades. Cada persona tiene necesidades nutricionales específicas en cuanto a cantidades en función de su edad, sexo, talla, actividad diaria que realiza y también según su estado de salud. ⁽⁸³⁾

Leyes fundamentales de la nutrición:

a) Completa:

Por eso debe aportar todos los nutrientes que requiere el organismo en cantidad suficiente: hidratos de carbono, proteínas, lípidos o grasas, vitaminas, minerales y agua.

b) Equilibrada:

Guardando una relación determinada entre los hidratos de carbono (55-60% de las calorías totales del día), las proteínas (12-15 % de las calorías totales del día) y las grasas (25-30% de las calorías totales del día).

c) Variada:

Por lo que hay que elegir entre la mayor diversidad posible de alimentos de nuestra rica oferta alimentaria.

d) Adecuada en calidad y cantidad:

Teniendo en cuenta que debe ser proporcionada según la edad, sexo, actividad física, tipo de trabajo, para ayudar a mantener el peso dentro de los rangos de normalidad. ⁽⁸³⁾

✓ Los hábitos alimentarios

Son un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos. Definir los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones de comportamiento respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. ⁽⁴¹⁾

✓ Factores que determinan los hábitos alimentarios

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente; factores como el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad, costumbres y experiencias, pero también tienen que ver la capacidad de adquisición, la selección, preparación y la manera de consumo los que pueden contribuir a deficiencias nutricionales.

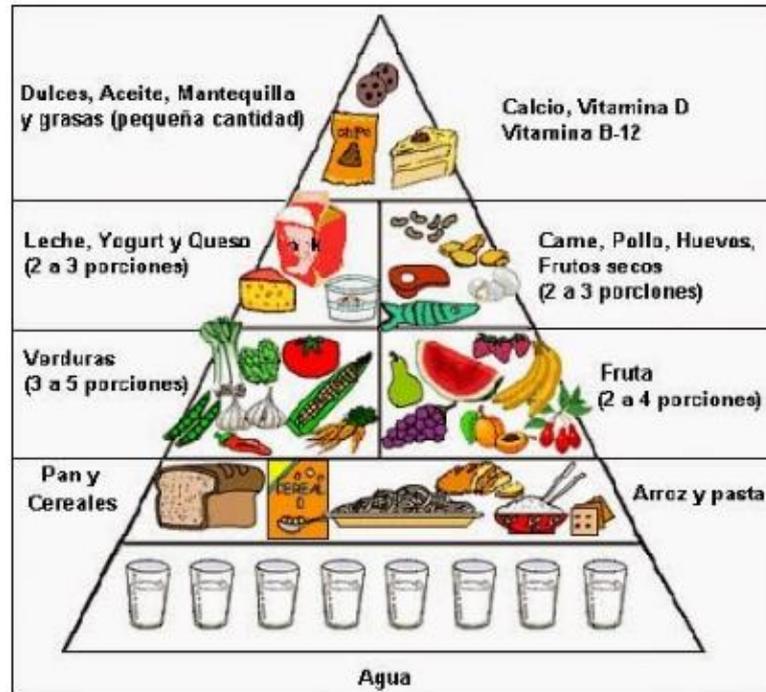
En los escolares los factores que influyen son el trabajo de los padres, las escuelas, los recursos económicos; la alimentación cada vez tiende al consumo mayor de calorías provenientes de alimentos cuya principal característica es su fácil o nula necesidad de preparación, esta modificación en la alimentación está condicionada a la menor supervisión familiar, mayor libertad de elección y la disponibilidad económica. ⁽⁴¹⁾

✓ La Pirámide alimentaria

La pirámide alimentaria es una guía creada por la FAO, donde indica lo que se debe consumir diariamente para obtener los nutrientes que el cuerpo necesita. Para su interpretación se entiende que los alimentos dispuestos en la cima son los que deben consumirse en menor cantidad y los de la base son los que se deben consumir con mayor frecuencia y cantidad. ⁽⁴²⁾

FIGURA N° 1

PIRAMIDE DE ALIMENTACION SALUDABLE EN ADOLESCENTES



Instituto Nacional de Salud INS - 2014

✓ **Adecuación de la dieta**

El valor nutritivo de la dieta depende del total de los alimentos consumidos y de las necesidades nutricionales de cada persona; conviene recordar que no hay alimentos buenos o malos sino dietas ajustadas o no a las necesidades de cada persona. ⁽⁴³⁾

**TABLA N°2
ADECUACION DE NUTRIENTES**

	Deficiente	Adecuado	Exceso
Proteínas	<10 %	10 a 15 %	>15 %
Carbohidratos	<50 %	50 - 55 %	>55 %
Grasas	<15 %	15 - 30 %	>30 %

2.2.7.5.2. Actividad física y deporte

Comprende un conjunto de movimientos del cuerpo, obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. Realizar actividad física (AF) como parte del estilo de vida disminuye el riesgo de enfermedades como el riesgo de hipertensión arterial (HTA), cardiopatía coronaria, ACV, diabetes, cáncer, mejora la salud ósea, y es

un determinante clave del gasto energético, por lo tanto fundamental para el control del peso. A nivel psicológico, ayuda a la regulación emocional y aumenta la sensación de bienestar. ⁽⁴⁴⁾

✓ Tipos de actividad física

Actividad Ligera: adolescentes que no practican deportes, no realizan ejercicios en forma regular, o trabajan en oficinas y pasan la mayor parte del día sentados

Actividad Moderada: adolescentes que practican un deporte como fútbol, natación atletismo por lo menos 3 veces por semana o 2 horas todos los días, o que caminan a un paso rápido por lo menos 1 hora diaria. Jóvenes que trabajan como mecánicos, jardineros o que realizan actividad agrícola.

Actividad Intensa: adolescentes que practican regularmente algún deporte de competencia como fútbol o atletismo, o un adolescente que realiza un trabajo que requiere de un gran esfuerzo físico, como. Leñadores, cargadores, albañiles, etc.

La práctica de actividad física en los adolescentes dependerá del ambiente en el que viva, ya que desde la infancia se le debe motivar a ejercitarse, con este objetivo se deben brindar recomendaciones a los adolescentes que tienen poca actividad física, quienes deben disminuir el tiempo que utilizan para ver la televisión, navegar por internet y otras actividades que los obliga a permanecer inactivos. ^(22,44)

✓ Beneficios de la actividad física

Los beneficios que tiene la actividad física van mucho más allá de la prevención de enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un estilo de vida activo también mejora el estado de ánimo, estimula la agilidad mental, alivia la depresión y facilita el tratamiento del estrés. A largo plazo, eleva el nivel de autoestima y aumenta la integración e interacción social. En conclusión, los beneficios de mantener una vida activa pueden resumirse en los siguientes puntos.

TABLA N°3
BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA

Nivel Físico	Nivel Psíquico	Nivel Socioafectivo
-Aumenta la resistencia del organismo	-Posee efectos tranquilizantes y antidepresivos	-Enseña a aceptar y asumir derrotas
-Elimina grasas y previene la obesidad	-Mejora los reflejos y la coordinación	-Favorece y mejora la autoestima
-Previene las enfermedades coronarias	-Elimina el estrés	-Mejora la imagen corporal
-Disminuye la frecuencia cardiaca en reposo	-Aporta sensación de bienestar	-Enseña a asumir responsabilidades y a aceptar normas
-Combate la osteoporosis	-Previene el insomnio y regula el sueño	
-Mejora la eficacia de los músculos respiratorios		
-Mejora el desarrollo muscular		
-Mejora el rendimiento físico general		
-Regula el estreñimiento		

2.2.7.5.3. Recreación y manejo del tiempo libre

Es aquella actividad en el que las personas desarrollan acciones orientadas a satisfacer sus gustos e intereses. El tiempo libre o de ocio ha sido reconocido en la última década como un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, hacer deporte, recrearse y tener programas culturales; pero a la vez, está la posibilidad de implicarse en problemas como la delincuencia y el consumo de drogas:

En la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2010), los resultados muestran una brecha en el uso del tiempo entre las mujeres y varones a nivel nacional, lo que permite afirmar que se constata la vigencia de una tradicional división sexual del trabajo entre los géneros, ya que las mujeres se dedican en mayor proporción a las tareas domésticas no remuneradas; y en toda actividad de tiempo libre se puede ver una mayor participación de los hombres. (45)

2.2.7.5.4. Autocuidado y salud

Hace referencia a aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos para impedir que aparezcan las lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad o facilitar una pronta recuperación en caso de que exista una afectación (46)

2.2.7.5.5. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales son asociaciones entre dos o más personas, que pueden basarse en emociones y sentimientos, como el amor, el gusto artístico, el interés por los negocios o actividades sociales, las interacciones y formas colaborativas en el hogar, y otros. Los valores interpersonales, son convencimientos que una persona posee al respecto de un determinado modo de conducta preferente, que se adquieren a través de las primeras experiencias en el contexto familiar, donde el sujeto conforma su identidad y configura un sistema de valores primario; por otra parte, el contexto educativo ofrece posibilidades de interacción con iguales, para la construcción de una jerarquía en el sistema de valores adquiridos.^(46,47)

2.2.8. Estado Nutricional:

2.2.8.1. Definición:

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.⁽⁴⁷⁾

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.⁽⁴⁸⁾

2.2.8.2. Factores que influyen en el estado nutricional

- a) **Factores Sociales:** Factores que influyen en el aumento de obesidad, trastornos alimenticios, y otras situaciones que afectan el estado nutricional de los adolescentes, como la influencia de los estereotipos impuestos por la sociedad.
- b) **Factores Culturales:** Las dietas inadecuadas debido a la omisión de comidas o la tendencia a comer fuera por motivos laborales o académicos, repercute en el estado nutricional de la persona. El incremento de establecimientos de “comida rápida” ha elevado el consumo de carbohidratos refinados y de bebidas poco saludables.

c) Factores Biológicos: En la adolescencia ocurren diversos cambios físicos, psíquicos y sociales, que consisten en la transformación del niño en adulto. Hay que tomar en cuenta el incremento de las necesidades nutricionales en los adolescentes dados por los cambios biológicos relacionados con el desarrollo ^(49,50)

2.2.8.3 Valoración del Estado Nutricional

Consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar de un individuo o población, desde el punto de vista de su nutrición. Supone examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, están cubiertas por la ingestión de nutrientes. Según la OMS, la evaluación del estado nutricional es conceptuada como la interpretación de los resultados obtenidos tras estudios bioquímicos, antropométricos, dietéticos y clínicos. Su principal utilidad es proporcionar información para conocer tempranamente la magnitud y características del problema nutricional de un individuo y orientar posibles acciones tendientes a corregir los problemas encontrados

Este equilibrio entre demandas y requerimientos está afectado por diversos factores como pueden ser la edad, el sexo, la situación fisiológica, la situación patológica de cada individuo, educación cultural y la situación psicosocial. ⁽⁵¹⁾

Una nutrición equilibrada implica un aporte adecuado en nutrientes y energía, específico para cada individuo. La deficiencia prolongada de un determinado nutriente, conduce a su desaparición progresiva en los tejidos, con las consiguientes alteraciones bioquímicas, que más tarde se traducen en manifestaciones clínicas. Por otra parte, consumo excesivo de uno o varios nutrientes pueden desarrollar situaciones de toxicidad o de obesidad.

La evaluación del estado nutritivo tiene como finalidad la detección temprana de grupos de pacientes con riesgo de padecer malnutrición, el desarrollo de programas de salud y nutrición y para controlar la eficacia de distintos regímenes dietéticos. ⁽⁵²⁾

La valoración del estado nutricional debe reunir los siguientes aspectos:

- ✓ Composición corporal: estudio de las medidas antropométricas
- ✓ Situación del metabolismo: estudio de los parámetros analíticos
- ✓ Situación fisiopatológica: historia clínica y exploración física
- ✓ Informe psicosocial: educación y hábitos nutritivos
- ✓ Historia dietética ⁽⁵³⁾

2.2.8.4. La Antropometría

Es una técnica no invasiva, económica, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. El uso de la antropometría física es una herramienta básica para valorar y medir dimensiones físicas, composición del organismo, el crecimiento y desarrollo del niño, al igual sirve para evaluar el estado nutricional del adulto.

El objetivo es cuantificar los principales componentes del peso corporal e indirectamente valorar el estado nutricional mediante el empleo de medidas muy sencillas como peso, talla, longitud de extremidades, perímetros y circunferencias corporales ⁽⁵⁴⁾

2.2.8.4.1. Peso:

Es una medida de la masa corporal total de un individuo. La medición del peso refleja el crecimiento de los tejidos corporales como un todo, informa sobre el tamaño corporal total, es la medida más sensible de crecimiento, refleja tempranamente las variaciones en la ingesta de alimentos y la influencia en el estado nutricional de factores externos agudos, como enfermedades, etc. A diferencia de la talla puede recuperarse, cuando mejora la ingesta o se elimina la situación aguda que lo afecta. ⁽⁵⁶⁾

Procedimiento para tomar el peso:

- a. Verificar la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada sobre una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo esta, y debe contar con una buena iluminación.
- b. Explicar a la persona adolescente el procedimiento de la toma de peso, y solicitar su consentimiento y colaboración, previa aprobación de la persona acompañante.
- c. Solicitar a la persona adolescente que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
- d. Ajustar la balanza a "0" (cero) antes de realizar la toma de peso.
- e. Solicitar a la persona adolescente que se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y relajada, mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una "V".
- f. Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas con la que se le pesó a la persona.
- g. Registrar el peso obtenido en kilogramos (kg), con un decimal que corresponda a 100 g, en el formato correspondiente, con letra clara y legible. ^(56,57)

2.2.8.4.2. Talla:

Es una medida del tamaño de un individuo. Indica el crecimiento lineal, representa el crecimiento esquelético. Es una medida poco sensible de las situaciones de corto plazo, que refleja la situación nutricional de los individuos en el mediano y largo plazo. A diferencia del peso no se recupera y los centímetros de talla perdidos no son nuevamente incrementados por los individuos. Es por esto que está asociada a una medida de la historia nutricional de las personas. ⁽⁵⁷⁾

Procedimiento para la toma de la estatura

- a. Arme el tallímetro tal como se indica en la descripción del equipo, coloque el tallímetro sobre una superficie, dura y plana contra la pared lisa que no tenga guarda escobas y tenga listo donde registrar la información.
- b. Pídale al adolescente que se quite los zapatos y las medias, que se deshaga las trenzas y peinados y se quite cualquier adorno en la cabeza que pueda interferir con la medida (moños, cintas o cauchos, diademas).
- c. Coloque la planilla de registro y el lápiz en el suelo cerca de usted.
- d. Arrodílese al lado derecho del tallímetro, en su rodilla derecha solamente, para que tenga el máximo de movilidad.
- e. Ubíquese al frente del tallímetro, coloque los pies de la persona a medir lo más juntos posible, tenga en cuenta que pueden presentarse niño o niñas que probablemente no pueden juntar totalmente los pies (por sobrepeso, etc.), de igual manera verifique que no se empine y que los pies se encuentren contra la parte posterior en la pared del tallímetro.
- f. Coloque la mano derecha justo encima de los tobillos del adolescente y su mano izquierda sobre las rodillas y empújelas cuidadosamente contra la superficie, de igual manera, asegúrese de que las piernas estén rectas y que los talones y las pantorrillas estén pegadas a la superficie. Es muy importante que presione suavemente el esternón del niño o niña.
- g. Verificar la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y chequear las condiciones de la cinta métrica a fin de dar una lectura correcta. ^(57,58)

La relación peso y talla, en este sentido, es clave para constatar si el individuo se encuentra dentro de sus niveles normales. Por esta razón, la toma de peso en el momento del nacimiento es tan importante para evaluar y dar seguimiento al crecimiento del niño. Del mismo modo, el peso es una medida de referencia en procesos de desnutrición, así como el aumento de peso puede constituir un síntoma de enfermedades que causan obesidad. ⁽⁵⁸⁾

2.2.8.4.3. Índice de Masa Corporal:

El Índice de Mas Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla del individuo. Se calcula según la expresión matemática:

Figura N° 2

FÓRMULA DE IMC

$$IMC = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{talla}^2(m^2)}$$

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo; también depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. ⁽⁵⁹⁾

2.2.9. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional

En el campo de la salud del adolescente, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales de gran relevancia. Los nuevos estilos de vida adoptados por los adolescentes, como el alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, el tabaquismo, sedentarismo, entre otras conllevan a la aparición de diversos problemas de salud.

En la actualidad, los jóvenes presentan un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factor asociado a los estilos de vida poco saludables. Así, se identificó el tabaco como el principal determinante de causas de muerte evitable, la dieta y/o falta de ejercicio físico como el segundo determinante más importante. ⁽⁶⁰⁾

2.3 Definición de términos

1.-Trastornos de la conducta alimentaria: Son síndromes que aparecen como entidades nosológicas perfectamente individualizadas que involucran distintos aspectos de la vida del individuo

2.-Anorexia: Se caracteriza por la negativa a mantener un peso adecuado para la edad y talla del sujeto, además de una preocupación excesiva por el peso, la silueta y la posibilidad de engordar una distorsión de la imagen corporal.

3.-Bulimia: Se caracteriza por la presencia de atracones y conducta inadecuada para compensar la ingestión excesiva de calorías.

4.-Autopercepción: Es el concepto que se fija de uno mismo en relación a la apariencia y que puede estar influenciado por el concepto de belleza de la sociedad actual.

5.-Estilos de vida: Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

6.-Estado Nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología de investigación

3.1.1. Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo relacional, corte transversal

3.1.2. Lugar de estudio

Centro Educativo Estatal “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno, departamento de Puno.

3.1.3. Población y muestra

Población: 272 adolescentes de 14 a 16 años de edad, del Colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno, departamento de Puno.

Muestra: 90 adolescentes de 14 a 16 años de sexo femenino, pertenecientes al Colegio Carlos Rubina Burgos.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N= Total de la población (272)

Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 50%=0.5)

q= 1-p (en este caso 1-0.5= 0.5)

d= precisión 0.05 (5%)

Luego de la obtención del tamaño de la muestra (90 estudiantes), se aplicó el muestreo aleatorio estratificado por grado y sección, desarrollado por medio de la siguiente fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i}{N}$$

Donde:

n= Muestra del estrato

N_i= Proporción muestral del estrato

N= Población total

N= Muestra

TABLA N°4
MUESTREO ALEATORIO

GRADO	SEC.	N° EST. (Y)	FORMULA	=X	
TERCERO	A	28	Y = X N n	9	
	B	30		10	
	C	28		9	
CUARTO	A	25		8	
	B	30		10	
	C	28		9	
	D	23		8	
QUINTO	A	26		9	
	B	28		9	
	C	26		9	
TOTAL		272			90

La muestra se estratifico tomando en cuenta el grado o nivel de estudios 3ro , 4to, 5to; que se relaciona con las siguientes edades respectivamente 14, 15, 16 ; los grados divididos por secciones para hallar la muestra estratificada según corresponde.

3.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 14 a 16 años de edad.
- Adolescentes matriculados en la gestión 2018 del Colegio "Carlos Rubina Burgos" de la ciudad de Puno.
- Adolescentes que tengan el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados para la aplicación de encuestas y fichas de evaluación.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes menores a 14 años de edad y mayores de 16 años de edad.
- Adolescentes que no estén matriculados en la gestión 2018 del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno

3.1.5. Operacionalización de variables

VARIABLES		INDICADOR	ÍNDICE	INSTRUMENTO													
DEPENDIENTE	Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria	Actitudes alimentarias	Alto riesgo: 80 a 60 puntos Bajo riesgo: 59 a 30 puntos Sin riesgo: <30 puntos	Test EAT – 26													
		Autopercepción	Índice de distorsión Índice de insatisfacción	Test de siluetas de Collins													
INDEPENDIENTE	Estilos de vida	a) Alimentación b) Actividad y ejercicio c) Manejo de estrés d) Apoyo interpersonal	Escala de Likert ✓ Nunca ✓ A veces ✓ Frecuentemente ✓ Siempre	Escala de estilos de vida (Walker, Sechrist y Pender)													
	Estado Nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMC</th> <th>Categoría</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bajo peso</td> <td><18.5</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>18.5-24</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>25- 29.9</td> </tr> <tr> <td>Obesidad grado 1</td> <td>30-34.5</td> </tr> <tr> <td>Obesidad grado 2</td> <td>35-39.9</td> </tr> <tr> <td>Obesidad grado 3</td> <td>➤ 40</td> </tr> </tbody> </table>	IMC	Categoría	Bajo peso	<18.5	Normal	18.5-24	Sobrepeso	25- 29.9	Obesidad grado 1	30-34.5	Obesidad grado 2	35-39.9	Obesidad grado 3	➤ 40
IMC	Categoría																
Bajo peso	<18.5																
Normal	18.5-24																
Sobrepeso	25- 29.9																
Obesidad grado 1	30-34.5																
Obesidad grado 2	35-39.9																
Obesidad grado 3	➤ 40																

3.1.6 Descripción de los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

3.1.6.1. Para determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

- ✓ Método: Descriptivo
- ✓ Técnica: Encuesta (Anexo N°2,4)
- ✓ Instrumento: EAT-26, Test de Imagen corporal de Collins, "Figure rating Scale"

EAT-26

El EAT-26 tiene tres subescalas: Dieta (1-6), preocupación por la comida (7-13), control oral (13-20)

Para la calificación: Se uso la escala de Likert

- Nunca = 1
- Algunas veces = 2
- Casi siempre = 3
- Siempre = 4

Después de la calificación se obtendrá el nivel de riesgo, considerando lo siguiente:

- Alto riesgo: 80 a 60 puntos
- Bajo riesgo: 59 a 30 puntos
- Sin riesgo: < 30 puntos

Procedimiento de recolección:

Primero se reunió a todos los estudiantes

Se les brindo la encuesta de actitudes alimentarias se explicó cada una de las preguntas se les brindo 20 minutos para contestar el total de las preguntas

TEST DE IMAGEN CORPORAL DE COLINS

Este instrumento comprende un conjunto de 7 figuras de adolescentes, la imagen central (4) tiene un valor de 0, mientras que las imágenes del lado derecho (5,6,7) tienen un valor positivo (1,2,3) respectivamente, las imágenes del lado izquierdo (3,2,1) tiene un valor negativo (-1,-2,-3) respectivamente.

Índice de insatisfacción: La diferencia entre la imagen corporal percibida(P) y la imagen corporal deseada(D).

- Sin insatisfacción :0
- Insatisfacción baja :1
- Insatisfacción media:2

- Insatisfacción alta :3

Índice de distorsión: La diferencia entre la imagen corporal percibida (P) y la imagen corporal real (R)

- Sin distorsión :0
- Distorsión baja :1 y -1
- Distorsión media:2 y -2
- Distorsión alta :3 y -3

Procedimiento de recolección:

Primero se reunió a todos los estudiantes

Se les brindo el Test de Imagen corporal de Collins, se les explico que en cada casillero ubicado en la parte inferior de las imágenes, colocaran el numero de la imagen que consideren apropiado en relación a las preguntas:

- ¿A qué imagen te pareces más?
- ¿A qué imagen te gustaría parecer?

Se les dio 10 minutos para colocar los números correspondientes en las preguntas.

3.1.6.2. Para identificar los estilos de vida de los adolescentes

- ✓ Método: Descriptivo
- ✓ Técnica: Encuesta
- ✓ Instrumento: Cuestionario Escala Estilos de Vida (Anexo N°3)

Procedimiento de recolección:

Se uso es la Escala de Estilos de Vida que consta de 18 preguntas enfocándose en cuatro dimensiones de los estilos de vida que son alimentación (6 preguntas), actividad y ejercicio (2 preguntas), manejo de estrés (4 preguntas), apoyo interpersonal (6 preguntas)

Se explico cada una de las preguntas a los estudiantes, se les brindo 20 minutos para responder al cuestionario.

3.1.6.3. Para realizar la evaluación nutricional a los adolescentes

- ✓ Método: Antropométrico
- ✓ Técnica: Evaluación nutricional
- ✓ Instrumento: Ficha de Evaluación Antropométrica (Anexo N°5)

Procedimiento de recolección:

a) Peso: El estudiante se situó en la balanza, con los brazos a ambos lados del cuerpo, con la mirada de frente. La medida se realizó con el mínimo de ropa posible, sin zapatos ni adornos personales.

b) Talla: Se colocó el tallímetro en una superficie plana, el estudiante se colocó de pie, con los talones juntos y apoyados en el tope posterior y de forma que el borde interno de los pies forme un ángulo de aproximadamente 60 grados. La cabeza colocada en el plano de Frankfort, se desciende la plataforma horizontal del tallímetro hasta contactar con la cabeza del estudiante, ejerciendo una suave presión para minimizar el efecto del cabello.

Instrumentos:

Para la toma de peso: Se utilizó una balanza mecánica marca Seca con una capacidad máxima de 160 Kg y una precisión de +/- 0.5%, dicho instrumento se calibro previamente al uso.

Para la toma de talla: Se utilizó un tallímetro portátil de madera, con un rango de medición de 20 – 250 cm, división de 1mm, con un peso de 2.4 kg.

Ambos equipos fueron proporcionados por la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la UNA – Puno.

Para hallar el IMC: Se halló con los datos registrados en la ficha antropométrica (Anexo N°5), por medio de la siguiente formula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

3.1.6.4. Para relacionar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y los estilos de vida de los adolescentes

- ✓ Método: Correlacional
- ✓ Técnica: Análisis
- ✓ Instrumento: Prueba estadística Chi- cuadrada de Pearson

Procedimiento de recolección:

Con el EAT 26 se determinó el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Se utilizó la Escala de estilos de vida que analiza cuatro dimensiones: alimentación, actividad física y ejercicio, manejo del estrés y apoyo interpersonal teniendo como calificación la escala de Likert.

Posteriormente por medio de la prueba estadística se realizó la relación entre ambos resultados.

3.1.6.5. Para relacionar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el estado nutricional de los adolescentes

- ✓ Método: Correlacional
- ✓ Técnica: Análisis
- ✓ Instrumento: Prueba estadística Chi- cuadrada de Pearson

Procedimiento de recolección:

Con el test de siluetas se obtiene que la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal y La diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el Índice de Distorsión de la imagen corporal

Posteriormente los resultados obtenidos del Test de Siluetas se contrastan el estado nutricional de los adolescentes.

3.1.7. Descripción del procesamiento de los datos

Se organizaron los datos obtenidos en una tabla de contingencia, donde se codificaron en conformidad con los indicadores establecidos en la operacionalización de variables utilizando un procedimiento electrónico Microsoft Excel, posteriormente se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson (χ^2) para finalmente realizar una presentación sintética de los datos que fueron organizados en tablas.

3.1.8. Consideraciones éticas

Para la investigación se brindó el Consentimiento Informado según declaración de Helsinki, donde se especifica el uso y propósito de la investigación, este debe ser llenado y firmado por el apoderado. **(Anexo N°1)**

Tomando en cuenta los siguiente: En las encuestas y cuestionarios que se utilizaron no se colocó el nombre del adolescente por confidencialidad y respeto a la dignidad personal además la participación fue voluntaria.

3.1.9. Tratamiento estadístico

Se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada de Pearson(χ^2) usando el software estadístico SPSS para determinar si las variables están relacionadas o no. Tomando como base la siguiente formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

o_i : Frecuencia observada.

e_i : Frecuencia esperada.

Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$

REGLA DE DECISION:

Si p (valor probabilístico) $> \alpha$ (0.05), se acepta hipótesis H_0 .

Si p (valor probabilístico) $< \alpha$ (0.05), se rechaza la hipótesis H_0 .

H_0 : Las variables son independientes.

H_a : Las variables no son independientes.

3.1.10. Recursos humanos y materiales

Recursos Humanos:

- ✓ Ejecutora del proyecto de investigación
- ✓ Docente asesor
- ✓ Jefa del C.D.J (Centro Desarrollo Juvenil)
- ✓ Estudiantes de 14 a 16 años de edad
- ✓ Docentes de la I.E. "Carlos Rubina Burgos"

Recursos materiales:

- a) Material bibliográfico
 - ✓ Textos referentes al tema a investigar
 - ✓ Encuesta y fichas de evaluación

- b) Equipos
 - ✓ Balanza
 - ✓ Tallímetro
 - ✓ Equipo de computo
 - ✓ Impresora

- c) Material de escritorio
 - ✓ Papel bond A4
 - ✓ Engrapador
 - ✓ Cuaderno
 - ✓ Lapicero

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. NIVEL DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES.

TABLA N°5
ENCUESTA SOBRE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACION DE LOS
ADOLESCENTES (EAT-26)
DIETA

Preguntas	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Te da mucho miedo el pesar demasiado?	14	16	58	64	7	8	11	12	90	100
¿Procuras no comer, aunque tengas hambre?	50	56	32	36	5	6	3	3	90	100
¿Te preocupas mucho por la comida?	29	32	39	43	14	16	8	9	90	100
¿Sientes que eres incapaz de parar de comer?	45	50	34	38	5	6	6	7	90	100
¿Tienes en cuenta las calorías que tiene los alimentos que comes?	39	43	31	34	13	14	7	8	90	100
¿Evitas comer alimentos con muchos carbohidratos?	35	39	45	50	7	8	3	3	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta EAT-26

En la tabla N°5, se muestran los resultados del EAT- 26 de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; donde las preguntas con mayor incidencia fueron la siguientes: si el adolescente tiene miedo a pesar demasiado, el 16% indica que nunca, el 64% de ellos solo a veces, el 8% casi nunca y el 12% siempre. Seguidamente, de la pregunta de si el adolescente tiene en cuenta las calorías que tienen los alimentos que comen, el 43% indica que nunca, el 34% solo a veces, el 14% frecuentemente y el 8% siempre.

En la adolescencia pueden adquirirse nuevos hábitos de consumo de alimentos, debido a varios factores: influencias psicológicas y sociales, de los amigos y compañeros, el hábito de comer fuera de casa, el rechazo a las normas tradicionales familiares, la búsqueda de autonomía y un mayor poder adquisitivo. ⁽⁸⁴⁾

Los cambios en la elección y preferencia de alimentos son fundamentalmente significativos en adolescentes, puesto que en este periodo vital se conforman los hábitos alimentarios. ⁽⁸⁵⁾

Según el estudio realizado por Moreno y Ramos en adolescentes españolas, la alimentación se ve afectada por el hecho de hacer dieta (más frecuentes entre las chicas) y al nivel de satisfacción que poseen con su imagen corporal (más bajo en ellas). Además, esta investigación encuentra

que la satisfacción que tienen los adolescentes con su imagen corporal afecta al modo en que se perciben, pero sólo en el caso de las chicas. ⁽⁸⁶⁾

En relación a las cifras mostradas se puede notar que el 12% de los adolescentes siempre tiene miedo a pesar demasiado, esto se puede deber al entorno hostil en que se desarrollan los adolescentes como críticas y burlas de sus compañeras de aula, e incluso en el hogar lo que las lleva a preocuparse por todo lo que comen (9%) y tener en cuenta las calorías de los alimentos que consumen (8%) generando un concepto erróneo sobre la alimentación.

TABLA N°6
ENCUESTA SOBRE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACION DE LOS
ADOLESCENTES (EAT-26)
PREOCUPACION POR LA COMIDA

Preguntas	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Notas que los demás preferirían que comas más?	40	44	37	41	11	12	2	2	90	100
¿Vomitas después de haber comido?	80	89	10	11	0	0	0	0	90	100
¿Te sientes muy culpable después de comer?	74	82	11	12	4	4	1	1	90	100
¿Te preocupa el deseo de estar más delgada?	32	36	44	49	8	9	6	7	90	100
¿Haces mucho ejercicio para quemar calorías?	18	20	56	62	9	10	7	8	90	100
¿Los demás piensan que estas demasiado delgada?	51	57	29	32	5	6	5	6	90	100
¿Te preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo?	20	22	39	43	19	21	12	13	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta EAT-26

En la tabla N°6, se muestran los resultados del EAT- 26 de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; de la pregunta de si el adolescente le preocupa la idea de tener la grasa en el cuerpo el 13% indica que siempre , el 21% casi siempre y el 43% indica que a veces seguidamente de la pregunta si el adolescentes hace mucho ejercicio para quemar calorías el 8% indica que siempre, el 9% indica que casi nunca y el 62% indica que a veces.

Durante la fase temprana de la adolescencia, existe un menor interés en las actividades paternas y un mayor recelo a la hora de aceptar sus consejos o críticas. Se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento, en ocasiones, manifestado por una disminución del rendimiento escolar. ⁽⁸⁷⁾

Los resultados de la investigación realizada por Calvo y Cols. sobre procesos emocionales y TCA, apoyan la necesidad de incluir los aspectos

emocionales como parte esencial de los programas de tratamiento y prevención de los TCA. Tener conocimiento de que los trastornos alimentarios no solo están relacionados con el deseo de delgadez, sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre su salud física y psíquica, disminuye la culpa de las pacientes e incrementa su esperanza. Si además tenemos en cuenta que los TCA se expresan en un contexto ideológico cuyo objetivo primordial es la de búsqueda de placer inmediato y la eliminación de cualquier signo de malestar físico y emocional, transmitir esta información a la población general, a los familiares de los pacientes y a los profesionales de salud mental es esencial para que se realicen tratamientos con garantías de éxito. (88)

En esta sub escala de preocupación por la comida se puede notar que al 13% le preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo y su preocupación es constante, tal como se mencionó en la primera sub escala el entorno en que los adolescentes se desarrollan, juega un papel importante en el desarrollo físico y emocional, mientras los adolescentes se encuentren frente a un entorno hostil se verá reflejado en su desarrollo.

TABLA N°7
ENCUESTA SOBRE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACION DE LOS
ADOLESCENTES (EAT-26)
CONTROL ORAL

Preguntas	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Tardas en comer, más que otras personas?	16	18	36	40	20	22	18	20	90	100
¿Procuras no comer alimentos con azúcar o que los contengan?	38	42	44	49	7	8	1	1	90	100
¿Sientes que los alimentos controlan tu vida?	40	44	34	38	7	8	9	10	90	100
¿Notas que los demás te presionan para que comas?	52	58	30	33	5	6	3	3	90	100
¿Pasas demasiado tiempo pensando y ocupándote de la comida?	53	59	29	32	7	8	1	1	90	100
¿Te sientes incomodo después de comer dulces?	45	50	28	31	8	9	9	10	90	100
¿Procuras hacer dieta?	38	42	41	46	5	6	6	7	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta EAT-26

En la tabla N°7, se muestra encuesta alimentaria de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; de la pregunta de si el adolescente procura hacer dieta, el 42% de ellos indica que nunca suele

hacerlo, el 46% indica que solo a veces, el 6% frecuentemente lo hace y por último, el 7% siempre suele hacerlo.

Conocer la problemática nutricional de jóvenes tiene mucha importancia pues se trata de una etapa de la vida en las que la nutrición tiene un impacto importante. El conocimiento sobre nutrición y su relación con la salud es la mejor manera de conseguir el cambio en los hábitos alimentarios incorrectos y de inculcar costumbres sanas y perdurables para evitar enfermedades relacionadas con la nutrición. ⁽⁶⁴⁾

Según Montero y Cols durante años se han llevado a cabo campañas informativas sobre la estrecha relación entre la dieta y la presencia de enfermedades crónicas y la población no ha modificado sensiblemente sus hábitos alimentarios pese a contar con suficiente información. ⁽⁶²⁾

Basándonos en nuestra realidad los adolescentes presentan un conflicto interior que consiste en prestar atención a lo que sus padres les dicen y lo que ellos mismos desean hacer, es aquí donde sienten que se ha perdido su autonomía y les es difícil diferenciar entre lo que es correcto y lo que no lo es.

TABLA N°8
RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES

Nivel de Riesgo de T.C. A	N°	Porcentaje (%)
Alto riesgo	8	8.9
Bajo riesgo	64	71.1
Sin riesgo	18	20
Total	90	100

Fuente: Elaboración según indicadores del EAT-26

En la tabla N°8, se muestra encuesta alimentaria de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; se puede notar que del total de adolescentes el 8.9% presento un alto riesgo de TCA, posteriormente el 71.1% de los adolescentes presento un bajo riesgo y finalmente un 20% no presento riesgo de TCA.

Aunque los científicos todavía están investigando todos los factores que pueden contribuir al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, se ha logrado identificar el factor psicosocial como el principal factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. ⁽⁷¹⁾

Los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones complejas que se pueden desarrollar por una combinación prolongada de factores emocionales, psicológicos, interpersonales, sociales y conductuales. Una vez comienzan, pueden desatar un ciclo de destrucción física y mental que se auto perpetua. ^(8,9)

Según lo que se pudo observar en el desarrollo de la investigación, uno de los factores que eleva el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria es lo emocional, es decir, la falta de estabilidad y control de las emociones originada por la ausencia de confianza, lo que desencadena en un problema alimentario pues los adolescentes recurren a ella como un “consuelo”.

TABLA N°9
INDICE DE INSATISFACCION CORPORAL EN BASE AL
TEST DE SILUETAS

Índice insatisfacción corporal	N°	%
Insatisfacción baja	40	44
Insatisfacción media	24	27
Insatisfacción alta	6	7
Sin insatisfacción	20	22
Total	90	100

En la tabla N°9, se aprecia el índice de insatisfacción que tienen los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno frente a su silueta; podemos observar que el 44% de ellos tiende a tener una insatisfacción baja, el 27% de ellos una insatisfacción media, el 7% una insatisfacción alta y finalmente el 22% de los adolescentes tienen un índice satisfactorio frente a su silueta.

El deseo de adolescentes tanto mujeres y varones por ser aceptados en determinado grupo, se debe a que ahora se exalta mucho la belleza, las medidas perfectas que lo único que logran es que las personas deseen alcanzar la perfección en ocasiones sin importar a los peligros a los que se exponen. ⁽³⁰⁾

Muchos productos publicitados con las palabras “quemar grasa” son inefectivos o generan daños colaterales que pueden causar serias enfermedades e incluso la muerte. Es importante que las personas que reducen su ingesta de alimentos, con el propósito de bajar de peso, seleccionen alimentos nutritivos que cubran sus requerimientos de vitaminas y minerales. El consejo más sabio es una pérdida gradual de peso a través de limitar la ingesta de alimentos altos en calorías, aumentando el consumo de frutas y verduras de bajo contenido calórico, controlando el tamaño de las porciones y aumentando los niveles de actividad física. Este consejo no sólo es el más exitoso para el control del peso, sino también es excelente para tener un buen estado físico y mantener un buen estado de salud, según se menciona en el informe titulado los hábitos y estilos de vida saludable de la OMS. ⁽⁵⁴⁾

El índice de insatisfacción es el resultado de la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal deseada donde podemos notar que el 78% de los adolescentes evaluados presentaron insatisfacción con relación a su apariencia en diferentes grados, tal y como lo muestra la teoría. Cuando tocamos el tema de insatisfacción hacemos referencia al descontento por la apariencia física, lamentablemente la publicidad y los medios masivos de comunicación promueven una idea equivocada sobre la apariencia y el valor que tiene como consecuencia se genera un concepto errado sobre la alimentación al seguir dietas rigurosas que afecta directamente en su estado nutricional.

TABLA N°10
INDICE DE DISTORSION CORPORAL EN BASE AL TEST DE SILUETAS

Índice distorsión corporal	N°	%
Distorsión baja	42	47%
Distorsión media	9	10%
Distorsión alta	0	0%
Sin distorsión	39	43%
Total	90	100%

En la tabla N°10, se aprecia el índice de distorsión que tienen los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno ante su silueta; el 47% muestra una distorsión baja, el 10% muestra una distorsión media y el 43% de ellos muestra un índice de distorsión satisfactorio.

El índice de distorsión es el resultado de la diferencia entre la imagen percibida y la imagen real; lo que indica que a pesar de tener un peso adecuado estas personas se ven y consideran muy subidas de peso, su deseo es bajar más y más con el fin de conseguirlo se someten a dietas muy extremas y rigurosas poniendo en peligro su propia vida, para la atención en este tipo de casos es necesario que se cuente con el apoyo del entorno familiar y la ayuda de un cuerpo multidisciplinario de profesionales especializados en estos temas. ⁽⁶³⁾

Los datos obtenidos demuestran que el 51% los adolescentes presentan distorsión de su imagen en distintos grados pues aunque se encuentren con un peso adecuado consideran que su imagen es otra, lo que influye mucho en su estado nutricional.

4.2. ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES

TABLA N°11
 ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN DIMENSION DE ALIMENTACION DE LOS ADOLESCENTES

Pregunta	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena	2	2	22	24	16	18	50	56	90	100
Todos los días usted consume alimentos balanceados	6	7	41	46	14	16	29	32	90	100
Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	12	13	46	51	20	22	12	13	90	100
Incluye entre comidas el consumo de frutas	2	2	38	42	18	20	32	36	90	100
Escoge comidas que no tengan ingredientes artificiales	21	23	46	51	19	21	4	4	90	100
Lee usted las etiquetas de las comidas empaquetadas	27	30	36	40	13	14	14	16	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta Escala de estilos de Walker, Sechrist, Pender

En la tabla N°11, se muestra el estilo de vida en cuanto a la alimentación de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; donde se puede resaltar de la pregunta de si el adolescente come tres veces al día, aunque el 56% siempre lo hace, sin embargo solo el 46% solo a veces consume diariamente alimentos balanceados, el 51% de los adolescente a veces consume 4 a 8 vaso de agua al día, de la pregunta de si el adolescente incluye comidas que no tengan ingrediente artificiales, el 23% indica que nunca lo hace, el 51% solo a veces, finalmente de la pregunta de si el adolescente lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, el 30% indica que nunca lo hace, el 40% indica que solo a veces.

El desconocimiento sobre el valor nutricional de los alimentos que se consumen “pese a tener más variedad e información que nunca” así como la falta de “socialización” a la hora de realizar las comidas debido a los hábitos de vida, se han convertido en algunos de los principales factores

que favorecen el incremento de la obesidad La falta de conocimiento por parte de los adolescentes o a la falta de guía de parte de la familia. ⁽⁶⁵⁾

La OMS en su publicación sobre alimentación sana (2018) menciona que “Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. ⁽⁶⁶⁾

Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio; por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales. La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos. ⁽⁶⁷⁾

Además, la alimentación evoluciona con el tiempo, y en ella influyen muchos factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja y determinan modelos dietarios personales. Entre esos factores cabe mencionar los ingresos, los precios de los alimentos (que afectarán la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables), las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales, y los factores geográficos y ambientales. ^(67,68).

Por lo tanto, para fomentar un entorno alimentario saludable y, en particular, de sistemas alimentarios que promuevan una dieta diversificada, equilibrada y sana, requiere la participación de distintos sectores y partes interesadas, incluidos los gobiernos, el sector público y el sector privado.

TABLA N°12
ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN DIMENSION DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO QUE REALIZAN LOS ADOLESCENTES

Pregunta	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hace usted ejercicio de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana	17	19	45	50	8	9	20	22	90	100
Diariamente incluye actividades que involucran el movimiento	6	7	42	47	19	21	23	26	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta Escala de estilos de Walker, Sechrist, Pender

En la tabla N°12, se muestra el estilo de vida en cuanto a la actividad y ejercicio que realizan los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; de la pregunta si el adolescente hace ejercicio de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, el 50% respondió que solo a veces y de la pregunta si el adolescente incluye diariamente actividades que involucran el movimiento, el 47% lo hace solo a veces.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Según OMS (2014) se pudo observar que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. ⁽⁶⁹⁾

La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial pues más del 80% de la población adolescente del mundo no tiene un nivel suficiente de actividad física y los datos que hemos podido extraer así lo demuestran pues un 69% no realiza actividad física o lo realiza a veces y un 54% de adolescentes no incluye actividades en su rutina de vida donde se realice movimiento lo que es demostración del sedentarismo que estos jóvenes viven y que repercute en su salud trayéndoles problemas relacionados con el peso que al final producen insatisfacción. ⁽⁷⁰⁾

Según nuestra realidad, aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional y multidisciplinaria con la finalidad de fomentar su desarrollo y que llegue a formar parte de la vida cotidiana.

TABLA N°13
ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN DIMENSION MANEJO DE ESTRÉS DE LOS ADOLESCENTES

Pregunta	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Usted identifica las cosas que le causan tensión o preocupación	12	13	47	52	19	21	12	13	90	100
Expresa sus sentimientos de preocupación	17	19	44	49	19	21	10	11	90	100
Plantea alternativas de solución frente a su problema	11	12	45	50	18	20	16	18	90	100
Realiza actividades de relajación	17	19	37	41	20	22	16	18	90	100

Fuente Elaboración en base a la encuesta Escala de estilos de Walker, Sechrist, Pender

En la tabla N°13, se muestra el estilo de vida en cuanto al manejo de estrés de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; de la pregunta si el adolescente identifica las cosas que causan tensión o preocupación, el 52% respondió que solo a veces, de la pregunta de si el adolescente expresa sentimiento de preocupación, solo el 11% siempre lo hace, de la última pregunta, si el adolescente realiza actividades de relajación, el 19% indica que nunca lo hace.

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. ⁽⁸⁷⁾

En el campo del estrés hay tres factores que tenemos que tomar en cuenta uno de ellos es el entorno por ello la pregunta como el expresar sus sentimientos demuestran que los adolescentes nunca expresan sus sentimientos o lo hacen algunas veces pues su entorno no le muestra la confianza necesaria para poder expresar sus sentimientos o tales por miedo a que estén equivocados o la reacción del que lo escuche. ^(72,73)

El segundo factor es como la persona percibe el entorno es decir identifica las cosas que le causan tensión o preocupación nunca o algunas veces son capaces de identificar lo que los hace sentir estresados pues al encontrarse en una etapa de cambios no solo físicos sino también emocionales e identificación de su personalidad les cuesta hacerse un autoexamen en el que puedan verse a sí mismo y ver lo que los hace sentir estresados. ⁽⁷³⁾

Finalmente, el tercer factor que se tiene que tomar en cuenta es la percepción de sus propios recursos, como el de realizar actividades de

relajación para liberarse del estrés, esta presión que pueden llegar a sentir los afecta físicamente además de llevarlos a cuadros de depresión lo que en ocasiones se manifiesta con ansiedad y el refugio es la comida pues resulta ser el único consuelo que tienen o el único medio de aliviar el estrés que tienen. (72,73)

Notamos que los adolescentes, es difícil que puedan expresar sus preocupaciones, tal vez por no hallar en su entorno a alguien en quien confiar. Por ello es importante que los adolescentes aprendan a manejar el estrés para que este no tenga influencias negativas a nivel cognitivo, emocional y fisiológico.

TABLA N°14
ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN DIMENSION APOYO INTERPERSONAL DE LOS ADOLESCENTES

Pregunta	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se relaciona con los demás	5	6	29	32	26	29	30	33	90	100
Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	5	6	32	36	26	29	27	30	90	100
Comenta sus deseos o inquietudes con los demás	22	24	38	42	20	22	10	11	90	100
Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás	13	14	39	43	19	21	19	21	90	100
Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante tu vida	13	14	31	34	20	22	26	29	90	100
Te encuentras satisfecho con las actividades que realizas actualmente	10	11	25	28	29	32	26	29	90	100

Fuente: Elaboración en base a la encuesta Escala de estilos de Walker, Sechrist, Pender

En la tabla N°14, se muestra el estilo de vida en cuanto al manejo de estrés de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno; aunque un 33% de los adolescente siempre se relaciona con los demás sin embargo un 24% nunca comenta sus deseos o inquietudes con los demás y el 42% solo lo hace a veces, continuando con la pregunta de si el adolescente se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida, el 14% indica que nunca, el 34% indica que solo a veces.

La adolescencia es un momento único y formativo, es un período crucial para desarrollar, mantener hábitos sociales y emocionales importantes

para el bienestar mental, tales como desarrollar habilidades para las relaciones interpersonales y para hacer frente y resolver problema, y aprender a gestionar las emociones. Los ambientes propicios en la familia, la escuela y la comunidad en general también son importantes. ⁽⁷⁴⁾

En nuestra localidad existen mucha familias disfuncionales y monoparentales, esta situación tiene relación directa con su desenvolvimiento social, autoaceptación y como resultado no están satisfechos con lo que realizan en la vida, por ello es importante que se fomente el vinculo entre padres e hijos.

TABLA N°15
ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS

Estilo de vida	N°	%
Muy saludable	18	20
Saludable	64	71
Poco saludable	8	9
Total	90	100

En la tabla N°15, se aprecia el estilo de vida que tienen los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno; el 20% de ellos tiene un estilo de vida muy saludable, el 71% tiene un estilo de vida saludable y solo el 9% tiene un estilo de vida poco saludable.

El estilo de vida puede ser diferente en cada persona y así como existen conductas de riesgo que conforman un estilo de vida no saludable. La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más de la vida porque la salud no es solo la ausencia de la enfermedad. De igual modo, el estilo de vida es “la base de la calidad de vida”. ⁽³⁶⁾

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles. ^(35,36)

Como se muestra en los cuadros anteriores los estilos de vida involucran varias dimensiones cada uno de ellos puede tener efectos positivos o negativos en la salud de los adolescentes, dependiendo del entorno y de quienes lo rodean, las dimensiones que afectan de forma significativa en

la salud de los adolescentes, principalmente son: alimentación, ejercicio y apoyo interpersonal.

4.3. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES

TABLA N°16
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS

IMC	N° de adolescentes	Porcentaje (%)
Bajo peso	4	4.4 %
Normal	63	70%
Sobre peso	19	21.1%
Obesidad	4	4.4%
Total	90	100%

Fuente: Parámetros establecidos para el IMC según OMS

En la tabla N°16, se muestra el estado nutricional de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno; donde el 4% de los adolescentes tiene bajo peso, el 70% de ellos tiene un IMC normal, el 21% tiene sobre peso y finalmente podemos observar que el 4% tiene obesidad.

El exceso de grasa corporal, sea obesidad o sobrepeso, está considerado ya como una de las epidemias de nuestra sociedad. Millones de adultos, niños y adolescentes padecen este mal que tiene consecuencias muy negativas para la salud”. (41)

En el caso de los adolescentes, además de los riesgos para su organismo existe también el peligro de que afecte gravemente a su salud emocional. Tanto en los adolescentes como en el resto de las personas, el sobrepeso se produce cuando se ingieren más calorías que las que se consumen como por la falta de ejercicio físico o ambos factores unidos. (75)

Las alteraciones del peso son importantes para valorar la salud física, psíquica y social de los adolescentes”. Por ello podemos llegar a la conclusión de que el peso está íntimamente relacionado con la imagen corporal (IC), y ésta con los ideales estéticos, la autoestima, la autoimagen y el autoconcepto. Nadie discute la influencia de la sociedad de consumo y mercado, a través de la publicidad y los estereotipos, en el deseo de obtener un cuerpo capaz de lograr el éxito social. (76)

El IMC es un parámetro de gran interés epidemiológico, fácil y rápido de obtener y sin coste para valorar el estado nutricional, todos los aspectos mencionados anteriormente influyen de forma directa en el estado nutricional, por ello en los resultados se presenta sobrepeso y obesidad en

los adolescentes con un 25% siendo la alimentación y el apoyo interpersonal las principales causas de este problema de salud pública.

4.4. RELACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES.

Ho: El riesgo de trastorno es independiente del estilo de vida de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

Ha: El riesgo de trastorno no es independiente del estilo de vida de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

TABLA N°17
RELACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES

			ESTILO VIDA			TOTAL
			Poco saludable	Saludable	Muy saludable	
RIESGO	Sin riesgo	% del total	0,0	0,0	20,0	20,0
	Bajo riesgo	% del total	0,0	71,1	0,0	71,1
	Alto riesgo	% del total	8,9	0,0	0,0	8,9
TOTAL		% del total	8,9	71,1	20,0	100,0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos obtenidos

Valor prob de Chi-cuadrada	P	α	REGLA	DECISIÓN
	0.000	0.05	$p < \alpha$	Rechazar Ho

En la tabla N°17, apreciamos el 100% de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno; de los adolescentes sin riesgo, el 20% presenta un estilo de vida saludable, de los adolescentes con bajo riesgo, el 71,1% presenta un estilo de vida saludable y de los adolescentes con alto riesgo, el 8,9% presentan un estilo de vida poco saludable.

El estilo de vida del adolescente le lleva con frecuencia a comer fuera de casa, suprimiendo o restringiendo comidas, que son reemplazadas muchas veces por pequeñas ingestas entre las comidas principales. Éstas disminuyen el apetito, suelen tener bajo poder nutritivo y alto valor calórico, favoreciendo además problemas como la obesidad.

Posteriormente aparece una preocupación excesiva por la imagen corporal, basándose en un determinado ideal de belleza, iniciándose así los regímenes para adelgazar que conducen a una ingesta insuficiente de muchos nutrientes, sobre todo en mujeres. Además, estas personas incrementan inician conductas purgativas para el mantenimiento del peso. Existe el riesgo de que esta práctica conduzca a un verdadero trastorno de la conducta alimentaria. ⁽⁸⁴⁾

Los principales aspectos relacionados con el estilo de vida son la sexualidad, el estrés, el sueño, el tiempo libre y se han estudiado los factores que se consideran aun de mayor influencia en el diario vivir de las personas, dentro de los cuales se destacan la actividad física, la nutrición y el consumo de tabaco y alcohol y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales que influyen directamente en su salud física. ⁽⁸²⁾

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor $p=0.000$, que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05). Por lo tanto, existe evidencia estadística para determinar que existe relación entre el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Estilo de Vida de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno con un nivel de confianza del 95%.

4.5. RELACION DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL.

Ho: El estado nutricional es independiente al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

Ha: El estado nutricional no es independiente al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

TABLA N°18
RELACIÓN DEL ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN CORPORAL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES

		Índice de insatisfacción								TOTAL	
		Baja		Media		Alta		Sin insatisf			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado Nutricional	Bajo peso	1	1,1	2	2,2	0	0,0	1	1,1	4	4,4
	Normal	28	31,1	15	16,7	3	3,3	17	18,9	63	70,0
	Sobrepeso	10	11,1	5	5,6	2	2,2	2	2,2	19	21,1
	Obesidad	1	1,1	2	2,2	1	1,1	0	0,0	4	4,4
Total		40	44,4	24	26,7	6	6,7	20	22,2	90	100

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos obtenidos

Valor prob de Chi-cuadrada	p	α	REGLA	DECISIÓN
	0.032	0.05	$p > \alpha$	Rechazar Ho

En la tabla N°18, apreciamos el 100% de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno; de los adolescentes con bajo peso, el 1,1% de ellos mostraron una insatisfacción baja ante su silueta, el 2,2% una insatisfacción media y el 1,1% un índice satisfactorio, de los adolescentes con un IMC normal, el 31,1% de ellos mostraron una insatisfacción baja, el 16,7% una insatisfacción media, el 3,3% una insatisfacción alta y el 18% un índice satisfactorio, de los adolescentes con sobre peso, el 11,1% de ellos muestra una insatisfacción baja, el 5,6% una insatisfacción media, el 2,2% de ellos una insatisfacción alta y por último el 2,2% un índice satisfactorio, finalmente se observa de los adolescentes con obesidad, que el 1,1% muestra una insatisfacción baja, el 2,2% una insatisfacción media y el 1,1% una insatisfacción alta.

A lo largo de la historia, diversos autores han denominado la adolescencia como: «tormenta hormonal, emocional y de estrés», ya que, en la pubertad hacen eclosión las hormonas gonadales, que originan cambios físicos y en la esfera emocional y psicosexual. En los últimos años, ha pasado de considerarse como un periodo temido (tormenta y estrés) a verse como una etapa de especiales oportunidades para el desarrollo evolutivo, entre las que se encuentra el establecimiento de una autonomía positiva. (87)

En el periodo de la adquisición de aspectos psicosociales, especialmente en la adolescencia inicial existe la preocupación por el cuerpo. ¿Soy normal?, inseguridad y comparación.

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor $p(0.032)$, que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05). por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que la relación del estado nutricional y el índice de insatisfacción corporal de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno, es significativa, con un nivel de confianza del 95%.

Ho: El estado nutricional es independiente del índice de distorsión de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

Ha: El estado nutricional no es independiente del índice de distorsión de los adolescentes del colegio Carlos Rubina Burgos de la Ciudad de Puno.

TABLA N°19
RELACION DEL INDICE DE DISTORSION CORPORAL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL LOS ADOLESCENTES

		Índice de distorsión						TOTAL	
		baja		Media		Satisfactorio			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Estado Nutricional	Bajo peso	2	2,2	0	0,0	2	2,2	4	4,4
	Normal	30	33,3	7	7,8	26	28,9	63	70,0
	Sobrepeso	9	10,0	2	2,2	8	8,9	19	21,1
	Obesidad	1	1,1	0	0,0	3	3,3	4	4,4
Total		42	46,7	9	10	39	43,3	90	100

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos obtenidos

Valor prob de Chi-cuadrada	P	α	REGLA	DECISIÓN
	0.037	0.05	$p > \alpha$	Aceptar Ha

En la tabla N°19, apreciamos el 100% de los adolescentes del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno; de los adolescentes con bajo peso, el 2,2% presenta una distorsión baja y el 2,2% de ellos un índice satisfactorio, de los adolescentes con un IMC normal, el 33,3% presenta una distorsión media, el 7,8% un distorsión media y el 28,9% un índice

satisfactorio, seguidamente podemos observar de los adolescentes con sobre peso, que el 10,0% de ellos presenta una distorsión baja, el 2,2% una distorsión media y el 8,9% un índice satisfactorio, finalmente de los adolescentes con obesidad, el 1,1% de ellos muestra una distorsión baja y por último el 3,3% de ellos muestra un índice satisfactorio.

Ningún esquema del desarrollo puede describir adecuadamente a cada uno de los adolescentes, ya que estos **no forman un grupo homogéneo**. Existe una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial. Además, los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima.

Cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección (resiliencia) presentes en su vida. ⁽⁸⁷⁾

Los resultados obtenidos a partir de dicho estudio revelan la clara situación de desigualdad en la que se encuentran las chicas adolescentes por su deseo de estar más delgadas. Aunque se muestran con mayor frecuencia un Índice de Masa Corporal dentro de la normalidad y presentan un nivel menor de sobrepeso y obesidad, esta investigación demuestra que la percepción del propio cuerpo como obeso es mayor en las chicas en comparación con los chicos. ⁽⁸⁶⁾

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor $p=0.037$, que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05). Por lo tanto, existe evidencia estadística para determinar la relación del estado nutricional y el índice de distorsión corporal de los adolescentes del colegio "Carlos Rubina Burgos" de la ciudad de Puno con un nivel de confianza del 95%.

5. CONCLUSIONES

1. Se determino el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de las adolescentes del Colegio Carlos Rubina Burgos teniendo como resultado que el 20% no presenta riesgo, el 71.1% presento un riesgo bajo y finalmente un 8.9% presento un riesgo alto.
2. Se determinaron los estilos de vida de los adolescentes donde se obtuvo como resultado que un 20% de los adolescentes evaluados presento un estilo de vida muy saludable, un 71% de los adolescentes evaluado presento un estilo de vida saludable y finalmente un 9% de adolescentes evaluados presentaron un estilo de vida poco saludable.
3. Se evaluó el estado nutricional de los adolescentes teniendo como resultado el 4% de los adolescentes tuvo bajo peso, el 70% tuvo un IMC normal, el 21% presento sobrepeso y el 4% de los adolescentes presento obesidad.
4. Se relaciono el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (EAT -26) y los estilos de vida, según el análisis estadístico de la Chi-Cuadrada se obtuvo el valor $p = 0.000$. Por lo tanto, existe evidencia estadística de la relación del riesgo de trastorno y el estilo de vida de los adolescentes del colegio "Carlos Rubina Burgos" de la ciudad de Puno.
5. Se relaciono el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el estado nutricional, según el análisis estadístico de la Chi-Cuadrada se obtuvo el valor $p = 0.03$ y 0.037 . Por lo tanto, existe evidencia estadística de la relación del estado nutricional y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (Test de siluetas de Collins) de los adolescentes del colegio "Carlos Rubina Burgos" de la ciudad de Puno.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ Impulsar la promoción de los estilos de vida saludables a través de estrategias eficaces de promoción de la salud.
- ✓ Realizar capacitaciones y sesiones de trabajo con los adolescentes involucrando a los nutricionistas con la finalidad de poder brindar los conocimientos adecuados y correctos con relación a la alimentación y su estado nutricional así generar un cambio en este grupo poblacional.
- ✓ Realizar más investigaciones sobre medidas de intervención frente a los trastornos de la conducta alimentaria y así brindar la ayuda necesaria a este grupo poblacional.

7. REFERENCIAS

- 1.- Abril Hinojosa KL, Abril Jaramillo SL, Guillén Sacoto MC. Evaluación del estado nutricional en adolescentes de 14 a 18 años del colegio Republica de Israel. Cuenca 2009-2010. Tesis Ecuador;. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4030>
- 2.- Radilla. C ; Vega y Leon S; Rey T. Prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. Revista Española de Nutrición Comunitaria 2015;21(1):15-21.Disponible en: <http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%202015-1-art%203.pdf>
- 3.- Lopez. C, Gaete. P. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Rev. Med. Clin. Condes – 2013; 23(5) 566-578. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/7_Dra--Maria-Veronica-Gaete-P.-17.pdf
- 4.- Gonzales R, Blanco M, Biscaia J.M. Analisis dl contenido, posicionamiento y calidad de paginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr. Hosp. 2015; 31(3); 1394-1402 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309235369054.pdf>
- 5.- Gonzales F, Ascate G. Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Peru, Lima 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- 6.- Tejada C. A, Jacoby E, Garcia H. Encuesta Global de Salud Escolar, resultados Peru. Ministerio de Salud. Disponible en: https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Report_Peru_2016.pdf
- 7.- Grupo de trabajo de la Guia de Practica Clinica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid Num 2009/05-01. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_(4_jun).pdf)
- 8.- Cruzat C, Haemmerli C, Garcia A. Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales .Rev.Mex. de trastor. Aliment vol.3 n°1 ,2012. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100007
- 9.- Behar R , La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria . Rev. Chil. Neuro- psiquiatr. V.48 n.4 Santiago. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500007
- 10.- Tempesti C, Alfaro S, Cappelen L. Estilos de vida y hábitos alimentarios en adolescentes escolarizados de poblaciones urbanas y rurales. 2010, Salta. Actualización en Nutrición [Internet]. 2013;14(2):133-40.Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_14/num_2/RSAN_14_2_133.pdf

- 11.- Rodriguez. A. ; Goñi A.; Ruiz de Azua. S “Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia” Psychosocial Intervention vol.15 no.1 Madrid 2012.Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814011006.pdf>
- 12.- Calvo J., Aroca M., Armero J., Díaz M., Rico H., “Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria” Revista Española, 2013
- 13.- Páez M., Castaño J., “Estilos de vida y salud en la salud de los estudiantes de la facultad de Psicología” 2010 Enero-Junio
- 14.- Ramírez M., Torres P.; “Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes mujeres del I.E. Antonio José de Sucre. 2017, Arequipa”:
- 15.- Nakandakari M., De la Rosa D., Jaramillo J., “Rasgos de trastornos conducta alimentarios y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de medicina humana” 2013
- 16.- Grosso C., Reyes S., Vásquez B., Frecuencia de trastornos alimentarios en alumnos de Lambayeque” 2012
- 17.- Turpo R., “Conductas riesgosas de anorexia en adolescentes de la Institución educativa secundaria San Francisco de Borja” 2016
- 18.- Ibáñez F., “Riesgos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la institución secundaria adventista” 2013
- 19.- Ramos G. 2017 “Estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional en escolares adolescentes de la institución educativa Técnico Industrial San Miguel Achaya- 2017
- 20.- Transtonos de la conducta alimentaria. In Guia de Practica Clinica sobre transtonos de la Conducta Alimentaria. Madrid : Recerca Mediques de Cataluña; 2012. p. 47-50.
- 21.- Sagardoy R, Gallego L, Solorzano G. Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria , reconocimiento emocional y teoria de la mente. Nutr. Hosp. Vol.29 n°4 Madrid 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400031
- 22.- Avalos ME, Soriano M. Guia de alimentacion y nutricion para adolescentes. El Salvador: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Unidad de Atencion Integral en Salud del Adolescente; 2017. Report No.: ISBN 978-99923-40-77-6.
- 23.- Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Protocolos diagnosticos y terapeuticos. 2015 Julio; II(12).
- 24.- Unikel C, Caballero A. Guia Clinica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. In Berenzon S, editor. Guias Clinicas para la Atencion de Trastornos Mentales. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatria; 2010. p. 20-22.

- 25.- Mendez JP, Vasquez V. Aspectos clínicos: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Medigraph Artemisa. 2014 Noviembre- Diciembre; 65.
- 26.- Lopez C, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Revista Clínica Médica Condes. 2011 Octubre; II(22).
- 27.- Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos. 2015 Julio; II(12).
- 28.- Asociación de Salud y apoyo social; Los trastornos de la alimentación; un problema que va más allá de la comida. Argentina: Bethesda; 2016. p. 4-6.
- 29.- Ministerio de Salud (MINSA). Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Perú; 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2732.pdf>
- 30.- Ministerio de Salud (MINSA). Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos. Perú. Lima; Sinco Editores S.A.C; 2009. 97 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/416_DGSP249.pdf
- 31.- Marugán de Miguelsanz J, Monasterio Corral L, Pavón Belinchón P. Alimentación en el adolescente. SEGHP-AEP. 2010;307-312. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_adolescente.pdf
- 32.- Ramón Siguenza JB, Rodríguez Parra AF, Romero Niveló CF. Evaluación del Estado Nutricional en adolescentes de 15 a 18 años que asisten al Colegio Manuela Garaicoa de Calderón del cantón Cuenca en el año 2010. Tesis Ecuador; 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4033/1/MED50.pdf>
- 33.- Gómez MA. Operativización de los Estilos de Vida mediante la distribución del tiempo. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación; 2005. Report No.: ISBN/ISSN.
- 34.- Pino O, De la Cruz E. Estilos de vida relacionados con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Murcia 2015.
- 35.- Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. [Editorial Material]. 2007;52(6):327-8.
- 36.- Tempesti C, Alfaro S, Cappelen L. Estilos de vida y hábitos alimentarios en adolescentes escolarizados de poblaciones urbanas y rurales. 2010, Salta. Actualización en Nutrición [Internet]. 2013; 14(2):133-40. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_14/num_2/RSAN_14_2_133.pdf
- 37.- Gázquez-Linares, JJ, Pérez-Fuentes, MdC, Carrión-Martínez, JJ, Luque de la Rosa, A, Molero, MdM. Perfiles de valores interpersonales y análisis de conductas y actitudes sociales de adolescentes. Revista de Psicodidáctica 2015;20(2):321-337. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17541412007>

- 38.- Cabana, E. Hábitos alimentarios, patrón de alimentación y estilos de vida, de estudiantes de la universidad nacional del altiplano de puno, 2016. Tesis [Internet]. Perú; 2017.
- 39.- 3. Mateo Silleras B, Redondo del Río P, Camina Martín A, Soto Céliz M, Alonso Torre SR, Miján de la Torre A. Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutr Hosp* 2013; 28: 1717.
- 40.- Almonte AL. Características familiares y sociales de alumnos en situación de pobreza con alto y bajo rendimiento escolar. Tesis, Chile; 2012. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/703/ttraso%20372.pdf?sequence=1>
- 41.- Solís León KE. Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional, según Índice de Masa Corporal de los Adolescentes en la Institución Educativa 09 de Julio de la Provincia de Concepción en el Año 2015. Tesis, Perú. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/118>
- 42.- Burga, DR., Sandoval JE., Campos YL. Estilos de vida de las adolescentes de una institución educativa de Chiclayo. *ACC CIETNA*. 2016;4(1):(31-42) . Perú; 2013. Disponible en: publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/download/342/337
- 43.- Ruiz Aquino M, et al. Prácticas de estilos de vida y estado nutricional de los estudiantes de la universidad de Huánuco – 2014. Tesis [Internet]. Perú; 2014. Disponible en: http://sgc.udhvirtual.com/enfermeria/doc_enf/PROYECTO+MODELO+DE+INVESTIGACION+DOCENTE-ESTUDIANTE.pdf
- 44.- De Hoyo Lora, M. y Sañudo Corrales, B. Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla. *Rev.int.Med.Cienc.Act.Fís.Deporte*. 2007; 7(26): 87-98. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista26/artmotivos49.htm>
- 45.- Isabel Castillo, Isabel Balaguer y Marisa García-Merita. Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*. 2007; 16(2): 201-210. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2351/235119266001/>
- 46.- Manyavilca Briceño, SE. Análisis de las actitudes frente al consumo de alcohol en adolescentes de Lima y Quinua (Ayacucho) en condiciones de pobreza multidimensional. Tesis. Perú; 2017.
- 47.- Martín, D. Estilo de vida y su repercusión en el estado nutricional de los adolescentes. Salamanca 2011.
- 48.- Castañeda Sánchez, O.; Rocha- Díaz, JC; Ramos-Aispuro, MG. Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 2008; 10(1): 7-11. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional.
- 49.- Quintero-Gutiérrez, AG., González-Rosendo, G., Rodríguez-Murguía, NA., Reyes- Navarrete, GE., Puga-Díaz R., Villanueva-Sánchez, J. Omisión del

desayuno, estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes de escuelas públicas de Morelos, México. *CyTA - Journal of Food*. 2014; 12(3): 256-262. DOI: 10.1080/19476337.2013.839006

50.- Marín-Zegarra K, OlivaresAtahualpa S, Solano-Ysidro P, Musayón-Oblitas Y. Estado nutricional y hábitos alimentarios de los alumnos del nivel secundaria de un colegio nacional. *Rev enferm Herediana*. 2011; 4(2): 64-70. Disponible en:

<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/04%20ESTAD O%20NUTRICIONAL.pdf>

51.- Altamirano Bautista M, Carranza Carranza WO. Hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de los colegios secundarios. Chuyabamba y Chota, 2013. Tesis. Cajamarca, Perú; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/691>

52.- Cabezas Paillacho JE, Oleas Galeas ME. Estilos de vida y relación con el estado nutricional de adolescentes del Instituto Tecnológico Superior Nelson Torres y Unidad Educativa Enma Graciela de Cayambe y Tabacundo. 2013. Tesis. Ecuador; 2014. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/4567>

53.- Navarra Ud. Valoración del Estado Nutricional. 2015..

54.- Arias Urviola JN. Relación del estado nutricional con los hábitos alimentarios, adecuación de la dieta y actividad física en niños y adolescentes del comedor San Antonio de Padua Puno, 2014. Tesis. Puno, Perú; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/1804>

55.- Constain G, Ricardo C, Rodriguez M, et. "Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia" *Aten Primaria*. 2014;46(6):283-289. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656714000134/1-s2.0S0212656714000134-main.pdf?_tid=d9f56ca1-eb0d-4e93-8e84

56.- Universidad de los Andes. Protocolo para la toma y registro de medidas antropométricas, 2009. Disponible en: <http://nieer.org/wp-content/uploads/2016/10/2010.NIEER-Manual-Antropometria.pdf>

57.- U.S. Department of Health and Human Services, Técnicas de medición para la toma de peso y estatura 2014. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/albergues/medicion_peso_talla.pdf

58.-Secretaría de la Salud, Departamento de Salud Integral a la familia. Manual de procedimientos para la toma de medidas antropométricas, Marzo 2010. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/SAN/NormaWeb/Anexo%201%20Manual%20de%20Procedimientos%20Medidas%20Antropometrias.pdf>

59.- Sanchez JR, Rodriguez A, Romero C. Evaluación del Estado Nutricional en adolescentes. 2010..

60.-Lorenzini R, Betancur D, Chel-Guerrero L, Segura M, Castellanos A, Estado nutricional en relación con los estilos de vida de estudiantes universitarios

- mexicanos. Nutr. Hosp. 2015;32(1):94-100. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8872.pdf>
- 61.- Plumed J, Rojo L. Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Editorial medica Panamericana 2014. Disponible en: <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498357417.pdf>
- 62.- Mayo Clinic Trastornos de la alimentación: Diagnostico, Atención al paciente e información sobre salud. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/diagnosis-treatment/drc-20353609>
- 63.- Cruz S, Maganto C. Test de siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/siluetas>
- 64.- Vidal M, Diaz-Santos A, Serrano C, Modificación de ciertas actitudes frente a la alimentación en estudiantes de enfermería tras cursar la asignatura de nutrición y dietética. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_01/MODIFICACION.pdf
- 65.- Hernandez M, Muriel T, Desconocimiento sobre el valor nutricional y los problemas de socialización. Nota de prensa 2015. Disponible en: <http://www.farmaceuticosdesevilla.es/public/modules/download/viewer.php?download=225&file=203>
- 66.- OMS. Alimentación sana, Centro de prensa- notas descriptivas 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- 67.- Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. Eur J Clin Nutr. 2009; 63 Suppl 2:S1–4.
- 68.- Picazo E. Factores que influyen en la alimentación del individuo, 2014. Disponible en: <https://prezi.com/kilwsp4t-ds8/factores-que-influyen-a-la-alimentacion-del-individuo/>
- 69.- World Health Organization. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud en jóvenes, 2015. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- 70.- World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=B7401AD3FA0CA2919228BB261D0D1D79?sequence=1
- 71.- Reyes M. Factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. 2014. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/factores-de-riesgo-para-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- 72.- World Health Organization. Salud mental del adolescente, UNODC. World Drug Report 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- 73.- Barrio J, García M, Lopez M, Bedía M. Control de estrés. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa. España 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312036.pdf>

- 74.- Ampuero A, Dificultades en las relaciones interpersonales en adolescentes. Fundacion ANAR 2014. Disponible en: http://www.anarperu.org/wp-content/uploads/2013/06/200501200612_Relaciones_interpersonales_investigacion.pdf
- 75.- Martinez- Villanueva J. Obesidad en la adolescencia, Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario. Madrid 2017. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num3-2017/45-57-obesidad-en-la-adolescencia.pdf>
- 76.- Lecube A, Rubio M, Marti Amelia; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Endocrino, 2016. Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/ENDONU_820.pdf
- 77.- Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp 2012; 27: 391-401.
- 78.- Soto A. Fisiopatología y diagnostico de la anorexia y la bulimia. Capítulo 19, 2015. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11331/CC77%20art%2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 79.- Prado M. Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, según los estudiantes de Nutricion del cuarto año de la Universidad Rafael Landivar. 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Prado-Maria.pdf>
- 80.- Vasquez R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Rev. Mex. de trastor. aliment vol. 6 n°2 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20071523201500200108
- 81.- Gomez M. Operativización de los estilos de vida. Universidad de Granada, Facultad de Psicología, 2005. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>
- 82.- Garcia D, Tapiero Y, Ramos D. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes. Universidad de Caldas, Colombia. Revista hacia la promoción de la salud ISSN: 0121-7577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>
- 83.- Sanchez M, Garcia E, Naupari M. Educacion alimentaria y nutricional. Facultad de Agropecuaria y Nutricion, 2014. Disponible en: <http://www.une.edu.pe/viceinvestigacion/documentos/publicaciones/libros/Educacion%20Alimentaria.pdf>
- 84.- Marugan J, Monasterio L, Pavon P. Alimentacion en el adolescente. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_adolescente.pdf
- 85.-Ruiz I. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estilos de vida y alimentación, 14 (2011) 1523-1549. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/estilos_de_vida_y_alimentacion.pdf

86.- Moreno C, Ramos P, Rivera J. La preocupación por la imagen corporal en las chicas adolescentes española. Universidad de Sevilla, 2010. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2812

87.- Guemes M, Ceñal M, Hidalgo M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, vol XXI n° 4, 2017. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

88.- Calvo R, Gallego L, Solórzano G, Kassem S, Morales C, Codesal R y Blanco A. Emotional processing in adult vs adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory. *Nutr. Hosp.* vol.29 no.4 Madrid abr. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112014000400031

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores padres de familia:

Soy egresada de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Altiplano, se realizara un estudio sobre los estilos de vida, estado nutricional y su relación con el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de sexo femenino de 14 a 16 años de edad, debido a que los trastornos de la conducta alimentaria es una problemática de salud pública que afecta la salud y desarrollo integral de los adolescentes, determinando los estilos de vida y el estado nutricional que podrían ser indicadores eficaces en la detección oportuna de los trastornos de la conducta alimentaria . Para ello necesito un grupo de alumnos de tercero, cuarto y quinto de secundaria del colegio “Carlos Rubina Burgos” de la ciudad de Puno al que pertenece su menor hija para que responda un cuestionario sencillo con preguntas relacionadas al tema de investigación y alternativas de respuesta.

Me dirijo a ustedes para pedirles su consentimiento para que su menor hija pueda participar en este estudio a realizarse. La participación de su menor hija consistirá en responder las preguntas en su mismo salón de clases, durante la hora de tutoría. En ninguna de ellas tendrá que poner su nombre, la evaluación es anónima Estos resultados serán entregados al colegio para ser tomados en futuras intervenciones académicas

Si usted acepta que su menor hija participe, por favor no se olvide devolver este documento firmado y llenado con su nombre y el de su menor hija.

.....
.....

Yo con DNIacepto que mi hijaparticipe en el estudio a realizarse, sobre el tema riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en relación a los estilos de vida de los adolescentes.

Puno,/.../2018

.....

FIRMA DEL APODERADO

.....

MILENA SOTO RODRIGUEZ

Responsable de la investigación

ANEXO N°2

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN

INSTRUCCIONES: Contesta todas y cada una de las preguntas siguientes, marcando con una "x" la respuesta que consideres más adecuada a tu situación.

CARACTERISTICAS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Te da mucho miedo el pesar demasiado?				
2. ¿Procuras no comer, aunque tengas hambre?				
3. Te preocupas mucho por la comida?				
4. Sientes que eres incapaz de parar de comer?				
5. Tienes en cuenta las calorías que tiene los alimentos que comes?				
6. Evitas especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos? (p.ej.pan, arroz, papa, fideos, etc)				
7. Notas que los demás preferirían que comieras más?				
8. Vomitas después de haber comido?				
9. Te sientes muy culpable después de comer?				
10. Te preocupa el deseo de estar más delgada?				
11. Haces mucho ejercicio para quemar calorías?				
12. Los demás piensan que estas demasiado delgada?				
13. Te preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo?				
14. ¿Tardas en comer, más que otras personas?				
15. ¿Procuras no comer alimentos con azúcar, o que los contengan?				
16. Sientes que los alimentos controlan tu vida?				
17. Notas que los demás te presionan para que comas?				
18. Pasas demasiado tiempo pensando y ocupándote de la comida?				
19. ¿Te sientes incomodo después de comer dulces, pasteles?				
20. Procuras hacer dieta?				

ANEXO N°3

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

ALIMENTACION

1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo, cena	N	V	F	S
2	Todos los días usted consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, cereales y granos	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no tengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida	N	V	F	S
6	Lee usted las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes	N	V	F	S

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

1	Hace usted ejercicio de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana	N	V	F	S
2	Diariamente incluye actividades que involucran el movimiento de todo su cuerpo	N	V	F	S

MANEJO DEL ESTRÉS

1	Usted identifica las cosas que le causan tensión o preocupación en su vida	N	V	F	S
2	Expresa sus sentimientos de preocupación	N	V	F	S
3	Plantea alternativas de solución frente a su problema	N	V	F	S
4	Realiza algunas actividades de relajación tales como: tomar siestas, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S

APOYO INTERPERSONAL

1	Se relaciona con los demás	N	V	F	S
2	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S
3	Comenta sus deseos o inquietudes con las demás personas	N	V	F	S
4	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
5	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante tu vida	N	V	F	S
6	Te encuentras satisfecho con las actividades que realizas actualmente	N	V	F	S

N= nunca

V= a veces

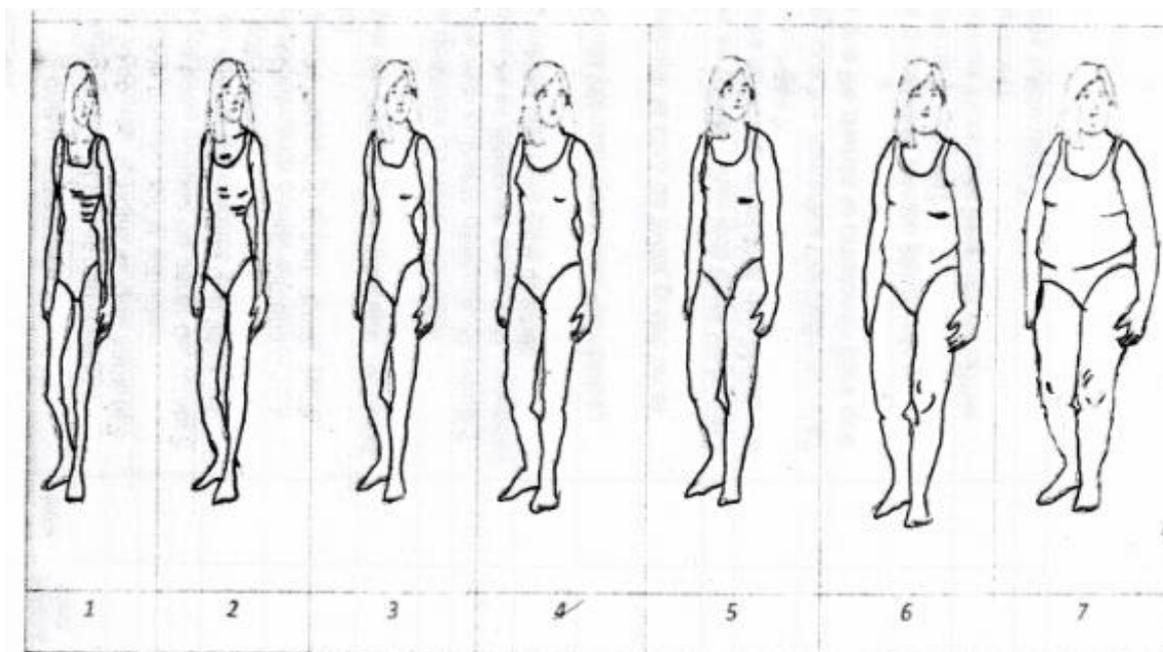
F= frecuentemente

S= siempre

ANEXO N°4

TEST DE SILUETAS

Instrucciones: Por favor, observe cuidadosamente y detenidamente las figuras que se presentan a continuación:



¿A que figura te pareces más?

¿A que figura te gustaría parecerte?

ANEXO N°5

FICHA ANTROPOMETRICA

I.- DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Colegio de procedencia:

Grado: Sección:

Problemas de salud:

Deportes que practica:

II.- MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.

<i>Medida</i>	<i>Resultado</i>
<i>Peso (kg)</i>	
<i>Talla (cm)</i>	
<i>IMC</i>	