

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA, EN LAS ADOLESCENTES DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA**

**PUNO – 2013**

**TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**FRESIA PILAR IBAÑEZ MAMANI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PUNO - PERÚ**

**2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN LAS  
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA  
ADVENTISTA PUNO – 2013

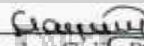
**TESIS**

Presentada a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, como requisito para optar el título profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE DE JURADO:

  
Dr. Haydee Celis Pincha Chaiña

PRIMER MIEMBRO:

  
Mtro. Juan Moises Sucapuca Araujo

SEGUNDO MIEMBRO:

  
Lic. Julia Belizario Gutierrez

DIRECTORA DE TESIS:

  
Mtro. Nancy Silvia Alvarez Urbina

ASESORA DE TESIS:

  
MSc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo

PUNO – PERU  
2014

**AREA : ADULTO**  
**TEMA : CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES**

### DEDICATORIA:

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis queridos padres Samuel y Celia, que con su demostración de padres ejemplares me enseñaron a no desfallecer, sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos lo que me impulsa a seguir adelante, trazando y culminando objetivos que permitieron que culminara mi carrera profesional.

A mi querido Hermano Cristian Samuel que con sus consejos me ayudo a afrontar retos, a mi hermanita Gary Katy por su alegría y entusiasmo; los dos por ser mis mejores amigos, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables.

A mi querido Tío Omar, por ser el ejemplo, por apoyarme en cada momento de mi vida, a mis amados Abuelitos: Mercedes y Moisés gracias por su preocupación, consentimiento, y sabidurías que saben darme.

**Fresia Pilar.**

## AGRADECIMIENTO

- A Dios, por la vida y protección de cada día.
- A mi Alma Mater: La Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por darme la oportunidad de forjarme profesionalmente.
- A la Facultad de Enfermería, por haberme brindado los conocimientos teóricos – prácticos para desempeñarnos como profesionales de Enfermería.
- Con profundo reconocimiento a los miembros integrantes del jurado calificador: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Lic. Julia Belizario Gutiérrez, por sus sugerencias y aportes necesarios para el enriquecimiento teórico y su respectiva culminación de la presente investigación.
- Con profunda gratitud a la Asesora de tesis MSc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo y Directora de tesis Mstro. Nancy Silvia Álvarez Urbina; por su tiempo, comprensión, orientación, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.
- Al personal directivo, docente, y administrativo de la institución educativa Secundaria Adventista Puno de la ciudad de Puno. Por haberme brindado la confianza y facilidades durante la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A todas aquellas personas que me apoyaron y ayudaron con sus valiosas sugerencias en el desarrollo del estudio.

## INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	4
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....</b>	<b>10</b>
<b>II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>11</b>
<b>III. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>IV. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1. OBJETIVO GENERAL:.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....</b>	<b>37</b>
<b>V. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>37</b>
<b>5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:.....</b>	<b>38</b>
<b>5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....</b>	<b>39</b>
<b>5.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>39</b>
<b>5.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>42</b>
<b>5.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>43</b>
<b>VI. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>62</b>
<b>x. ANEXO .....</b>	<b>69</b>

## RESUMEN

El estudio de investigación titulado “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno – 2013”, se realizó con el objetivo de determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con diseño simple; la población estuvo conformada por 64 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años, de sexo femenino de tercero, cuarto y quinto año de educación secundaria. Para la recolección de datos se utilizó 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.

Los resultados muestran que los comportamientos riesgosos respecto a la dimensión de conductas de evitación de alimentos los más riesgosos son: “Miedo a la idea de estar con sobrepeso” con un 21.9 %, “Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos” con 20.3%, “Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo” con 17.2 % y “Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico” con 14.1 %. 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 %, “Sentimiento de que la comida controla su vida” con 7.8 %. En la dimensión de control oral y presión percibida las conductas más riesgosas son: “Come más lento que los demás” con 21.9 %, “Mantienen un control de la ingesta” con 18.8%, “Sienten presión de los demás para comer” con 14.1 %.

Finalmente se concluye que el 48.4 % de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y 51.6 % no presentan riesgo; cabe resaltar que la diferencia porcentual entre estas dos categorías es mínima, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescencia, Conductas Alimentarias, Riesgo.

## ABSTRACT

Research study entitled the risk of disordered eating behavior in adolescents in secondary educational institution Adventist Puno 2013 was performed in order to determine the risk of disordered eating behavior. The research was descriptive, cross – sectional, with simple design; population consisted of 64 teenage students from 14 to 16 years, female third, fourth and fifth years of secondary education. For data collection we used the survey technique , using as an instrument the scale EAT – 26 Garner and Garfinkel, consisting of 26 items with statements divided into 3 parts.

The results show that risky behaviors regarding the dimension of avoidance behavior of the riskiest foods are: “fear the idea of being overweight” with a 21.9 % , “taking into account the caloric content of foods” with 20.3 % , “preoccupation with thoughts of having body fat” with 17.2 % and “thinking of burning calories through exercise” with 14.1 % . Concerning bulimics behavior and concern for food are the most risky behaviors: “Concern for food” with 12.5 % “overthinking and occupation in the food” with 7.8 % . In the oral dimension of perceived control and pressure are the most risky behavior, “Eat slower than other” with 21.9 % , “maintain control intake” with 18.8 % , “They feel pressure from others to eat” with 14.1 % .

Finally it is concluded that 48.4 % of adolescents at risk for disordered eating behavior and 51.6 % not at risk; worth noting that the percentage difference between these two categories is minimal, being able to say that half of teens are engaging in risky behaviors.

**KEYWORDS:** Adolescence, Eating Behaviors, Risk.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es considerada como un tiempo de transición con cambios físicos, sociales y cognitivos que demandan una considerable adaptación, es también un período durante el cual los adolescentes son particularmente vulnerables a rupturas dentro de su entorno y a cambios relativos al desarrollo. Varios autores han notado que los adolescentes de hoy enfrentan mayores presiones que generaciones anteriores, son un grupo que provoca cada vez mayor preocupación social, por el aumento de conductas riesgosas, ya que adolecen de experiencia y madurez para actuar de manera responsable y enfrentarse a los retos de la vida.<sup>1</sup>

Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmonicos, llevan a los adolescentes a estar cada vez más preocupados por el aspecto de su cuerpo, peso, complexión y rasgos faciales; los adolescentes pretenden acercarse a un ideal de belleza, con jóvenes esbeltos hasta la delgadez, atractivos según la moda, influenciados por los modelos sociales de la actualidad, estos deseos del adolescente por cambiar las proporciones corporales pueden conducirlos a manipulaciones dietéticas que conduzcan a un trastorno de la conducta alimentaria por ende tengan consecuencias negativas en su salud.

El riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria viene a ser el primer paso de las enfermedades nutricionales, los adolescentes optan conductas no saludables en el aspecto de la nutrición, buscan formas de evitar el consumo de alimentos, inicialmente se presenta la idea de verse con sobrepeso, preocupación por el contenido calórico de los alimentos, sentimientos de culpa después de haber comido, practica excesiva de ejercicios físicos, consumo de alimentos dietéticos; por otro lado existe la preocupación por los alimentos, los adolescentes empiezan a consumir grandes cantidades de alimentos, donde tienen la sensación de que la comida controla su vida y al darse cuenta que la comida consumida les provocara un aumento de peso, sienten el impulso de vomitar después de comer; otros adolescentes tienen un control excesivo acerca de la ingesta y también percibe presión por parte de los demás para aumentar de peso, siguen dietas restrictivas, reducen la ingesta de la volumen y cantidad de alimentos, demora en



ingerir alimentos, controla su ingesta diaria, todas estas manifestaciones son optadas por los adolescentes como una forma de solucionar sus supuestos problemas estéticos.<sup>2</sup>

Las mujeres aprenden desde niñas que lo más importante es gustar a los demás, ser guapas y atractivas, muchas consideran la belleza como su atributo más valioso y basan su autoestima en aspectos estéticos de su cuerpo, en lugar de tener en cuenta su inteligencia, habilidades o aptitudes psicológicas.<sup>3</sup> Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, un cuerpo flaco es el modelo que quieren imitar y cualquier aumento de peso es considerado como una catástrofe perjudicial para la salud, considerado por los adolescentes como una falta, cuyo castigo se paga optando conductas poco saludables; la mujer suele ser la más afectada ya que la sociedad condiciona a que el atractivo físico ejerce una gran influencia sobre el éxito profesional y la aceptación social. Al mismo tiempo se considera que una mujer físicamente atractiva es más femenina que una menos atractiva.

Las conductas de riesgo de trastornos en la alimentación en adolescentes provocan riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición y generalmente se acompaña de alteraciones emocionales. Los Trastornos de Conducta Alimentaria en la población de adolescentes vienen convirtiéndose en los últimos años en un serio problema de salud pública a nivel mundial, debido a que cada día va en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad; son afectados siete de cada 1.000 mujeres y a uno de cada 1.000 hombres, esta patología afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, dejando graves secuelas físicas, sociales y psicológicas.<sup>4</sup>

En España la proporción entre adolescentes varones y mujeres parece ser de 1 a 10, aunque el número de varones está aumentando, se considera que en el momento actual un 1% de las mujeres adolescentes y jóvenes de los países occidentales, están afectadas por la anorexia nerviosa, un 3% por la bulimia nerviosa y un 5% por trastornos de la conducta alimenticia no especificado. La edad de aparición oscila entre los 11 y los 25 años, con una media de 16 a 17, y una moda de 13 a 14. Parece ser más frecuente en estratos socioeconómicos medios-altos y medios, aunque se ignora si este dato está relacionado únicamente con la solicitud de ayuda.<sup>5</sup>

En Chile en un estudio en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, que evalúa el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontró en escolares de tercero y cuarto de que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%.<sup>6</sup>

El estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud, se demostró que entre el 7,3 y 11,4 % de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país (Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado, Bagua, Tacna, Arequipa, Chimbote Trujillo, Piura, e Ica), sufren problemas de trastornos de conducta alimentaria.<sup>7</sup>

En Puno, según los registros del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, se detectaron 3 casos de anorexia en el año 2006, 2 casos en el año 2007, 1 caso en el 2008, mientras en el año 2010 se atendieron 6 casos de los cuales el 83,3% fueron adolescentes de sexo femenino entre 15 a 18 años de edad y el 16,7% adolescente de sexo masculino de 17 años. Para el año 2011 de los 5 casos registrados, el 100% corresponden a adolescentes de sexo femenino en edades de 14 a 18 años, en el año 2012 se presentaron 17 casos de anorexia nerviosa; <sup>8</sup>estos datos demuestran que el problema de trastornos de conducta alimentaria está presente en nuestro medio y viene aumentando en forma progresiva.

Un estudio de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con factores psicosociales realizada en la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno de la ciudad de Puno, encontró que un 30,90% de adolescentes presenta riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y además son influenciados por factores psicosociales, sin embargo un porcentaje significativo del 11,30% de adolescentes presentan riesgo de padecer dicho trastorno pero no son influenciados por factores psicosociales.<sup>9</sup> Otro estudio, sobre Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora de Puno se demuestra que el 41,8% de adolescentes presentan conductas de alto riesgo y 47,9% de mediano riesgo a la anorexia.<sup>10</sup> Así mismo el estudio sobre Factores Psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes de la Institución Educativa particular Luz Andina de Juliaca, evidencia que el 21,2% presentaron riesgo y el 16,5% trastornos alimenticios.<sup>11</sup>

Durante el internado clínico en el servicio de psiquiatría del Hospital Honorio Delgado – Arequipa; se pudo apreciar 12 adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria de los cuales 5 eran procedentes del departamento de Puno, <sup>12</sup> este hecho motivo la presente investigación, con la finalidad de identificar riesgos antes de que se presente la patología. En las instituciones educativas particulares, se ha evidenciado, mayor influencia psicosocial en los estudiantes adolescentes, ya que son considerados como personas con condiciones sociales y económicas medios – altas; por lo que se encuentra en mayor

riesgo a influencias, llegando a magnificar en algunos casos a los famosos de medios televisivos, buscando esa idealización de la perfección del aspecto físico, ignorando así que esta enfermedad puede desencadenar hasta la muerte.

Se cree que la religión de alguna manera hace caer la balanza en los estudiantes de las instituciones educativas particulares en donde también se inculca la práctica religiosa y la predicación constante de la fe cristiana, se ha observado que en colegios adventistas los educadores inculcan a sus alumnos no atentar contra el organismo en todos los aspectos debido a que el cuerpo se consideraba un templo de Dios y también la conservación del cuerpo saludable en el tema de alimentación, los adventistas siguen en general, una dieta ovolactovegetariana con 32 %; un 3% lleva una dieta vegetariana estricta y un 20 % consume carne menos de una vez por semana.<sup>13</sup>

La religión es una doctrina que prohíbe y permite acceder a determinadas prácticas y conductas, la religión adventista por ejemplo prohíbe el consumo de algunos alimentos (carne de cerdo, café, peces sin escamas, alcohol, etc.) que normalmente otras personas que no pertenecen a esta religión consumen.

El presente problema amerita estudiarlo debido a que es posible prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria si el problema es intervenido oportunamente identificando las conductas riesgosas en el adolescente.

## **1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL**

A nivel mundial se ha encontrado las siguientes investigaciones:

Estudio titulado, "Influencia de la espiritualidad en los estilos de afrontamiento de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa", se analizó la influencia de la espiritualidad en el estilo de afrontamiento de pacientes diagnosticadas de anorexia y/o bulimia nerviosa. 39 mujeres de Buenos Aires, Entre Ríos, San Luis y Mendoza (Argentina), fueron evaluadas mediante el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WCCL) y el Inventario de Sistema de Creencias (SBI- 15R). Los resultados mostraron una influencia moderada de la dimensión soporte social religioso en el uso y/o desarrollo del estilo de afrontamiento centrado en la evaluación, no así en los demás estilos, por parte de pacientes diagnosticadas de bulimia y/o anorexia nerviosa.<sup>14</sup>

Otro estudio titulado, "Influencia de la religión en los trastornos alimentarios", en la Universidad de Granada, calcula la probabilidad de presentar alteraciones alimentarias

e insatisfacción corporal en un grupo de 493 jóvenes de entre 12 y 20 años, de distintas creencias religiosas: musulmanes y cristianos. Los resultados de la investigación revelan que los adolescentes musulmanes tienen una probabilidad 2,3 veces mayor de presentar alteraciones en la conducta alimentaria, y de 1,8 veces mayor de tener insatisfacción corporal que los adolescentes cristianos; El estudio también ha puesto de manifiesto que uno de cada cuatro adolescentes tiene alteraciones alimentarias. Asimismo, según los resultados, el 15% sufre insatisfacción con su cuerpo. “La afiliación religiosa islámica como factor sociocultural puede asociarse a la presencia de estas alteraciones, aunque los ideales estéticos de la delgadez no formen parte de la cultura islámica”.<sup>15</sup>

El estudio titulado “Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud” cuyo objetivo fue Identificar factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y determinar su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes de primer ingreso del instituto de Ciencias de la Salud. Material y Métodos: Estudio transversal descriptivo correlacional en una muestra de 347 alumnos (67% mujeres; 33% hombres) de 17 a 23 años de edad, a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, e imagen corporal. Para obtener el IMC, cada sujeto fue pesado y medido. Resultados: El factor de riesgo con los valores más altos fue la insatisfacción con la imagen corporal (78.4%). Todos los demás factores, aunque con porcentajes mucho menores, fueron identificados. De manera general: a mayor IMC mayor impacto de factores socioculturales, mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo, y mayor insatisfacción con la imagen corporal. Hubo mayor presencia de factores de riesgo en mujeres y en sujetos con sobrepeso y obesidad, se propone confirmar estos resultados en una muestra representativa del Instituto, para diseñar e implementar programas de prevención primaria y de promoción de la salud certera.<sup>16</sup>

Así también el estudio titulado, “Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición” El objetivo del estudio fue identificar la relación entre la restricción alimentaria y otras conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición de una universidad pública. Se aplicaron tres instrumentos validados en la población mexicana: el Test de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia y el Cuestionario de Imagen Corporal a 111 estudiantes, de los cuales 88 fueron mujeres y 23 varones, con promedio de edad de 20

años. Los resultados indican que los varones manifiestan una mayor sintomatología de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo que las mujeres.<sup>17</sup>

Estudio realizado sobre la “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres en Chile. En el año 2006, bajo el objetivo de, cuantificar la prevalencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes mujeres y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas; Se analizaron 1050 encuestas. El 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Hubo una mayor prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos: bajo, medio y alto. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en el grupo 12 años o menos, entre los 13 y 15 años y 7,4% para las de más de 16 años, las tres primeras escalas, Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Imagen Corporal discriminan el grupo de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. En las 8 escalas restantes se evidencian los rasgos reforzadores del trastornos de la conducta alimentaria en Conclusión: El riesgo de prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años en la fue del 8,3%.<sup>18</sup>

Estudio titulado, “prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile” con el objetivo: Describir la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. Con una muestra de 1.429 participantes de la ciudad de Antofagasta pertenecientes a establecimientos educacionales municipalizados, subvencionados y particulares. Resultados: se encuentran diferencias significativas en las medias de las dimensiones evaluadas entre hombres y mujeres, entre grupos de edad y entre los distintos establecimientos educacionales. A nivel general, el 7,4% de los evaluados se encuentra en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres. Conclusiones: la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en las mujeres, en el grupo de 15 a 18 años y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.<sup>19</sup>

Estudio titulado, “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios de Viña del Mar” con el objetivo: Detectar conductas predisponentes a desórdenes alimentarios en estudiantes secundarios de tres colegios particulares de Viña del Mar y su relación con distintos

factores de riesgo y socio-demográficos. Sujetos y método: A 296 escolares de enseñanza media, 149 hombres y 147 mujeres, pertenecientes a 3 colegios particulares (de mujeres, de hombres y mixto), se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Imagen Corporal y se realizó medición de peso y talla para la obtención del Índice de Masa Corporal. Resultados: El porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones. El riesgo que presentaron niñas pertenecientes al colegio de mujeres es similar al de las asistentes al colegio mixto. No hubo diferencias significativas en el riesgo detectado en los estudiantes de los diferentes cursos de enseñanza media. Las alumnas con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad presentaron prevalencias de riesgo similares (23%, 26% y 25%, respectivamente). Se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados. La distorsión en la autoimagen corporal no presentó influencia significativa en el riesgo de padecer un cuadro alimentario en ambos sexos. Tampoco se encontró diferencia significativa entre conductas bulímicas y restrictivas en los alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Conclusión: Se confirma el mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria en estudiantes mujeres y la mayoría presentó un estado nutricional normal.<sup>20</sup>

El Estudio titulado: “Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la facultad de nutrición de la universidad de Veracruz”, con el objetivo de Estimar la frecuencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo en la población estudiantil de la Generación 2009 de la Facultad de Nutrición Campus Veracruz de la Universidad Veracruzana, estudio de tipo exploratorio, transversal y retrospectivo con una muestra representativa de 74 alumnos que ingresaron a la Facultad de Nutrición Campus Veracruz de la Universidad Veracruzana en Agosto de 2009. Se les aplicó un Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo elaborado por Claudia Unikel y colaboradores, Se encontró que el 45.94% de la población tiene preocupación por engordar, el 10.81% se preocupa por los alimentos y ha perdido el control para comer y un 2.7% se ha autoinducido el vómito, actualmente los adolescentes practican algunas Conductas Alimentarias de Riesgo, siendo el género femenino el más afectado.<sup>21</sup>



### 1.2.2. A NIVEL NACIONAL

En Arequipa el estudio realizado sobre “Conductas de riesgo de anorexia nerviosa relacionada con edad y grado de estudios en adolescentes”, tuvo como objetivo relacionar las conductas de riesgo de anorexia nerviosa con la edad y el grado de estudios en adolescentes. Para la obtención de datos aplicó el método la encuesta y el instrumento fue un formulario donde se incluyó datos generales; edad, grado de estudios y datos específicos; conductas de riesgo alimentarias, psicoemocionales, socioculturales en 210 alumnos del cuarto y quinto de secundaria. Los resultados de la investigación demuestran que el 50.5 % de la población corresponden a la edad de 15 años siendo grupo el que presenta el mayor porcentaje entre todas las conductas de anorexia nerviosa de mediano riesgo, en cuanto a los niveles de conductas alimentarias psicoemocionales 61.9% , culturales 57.6% y familiares 45.2%, pertenecen al nivel mediano de riesgo en adolescentes que tienen 15 y 16 años que estudian en el cuarto año de secundaria. Por lo tanto se concluye que las conductas alimentarias y psicoemocionales de riesgo de la anorexia nerviosa están relacionadas con la edad y grado de estudios.<sup>22</sup>

El estudio realizado acerca de “Conocimientos y conductas riesgosas a la anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas”, tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa. El estudio fue de descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por un total de 661 adolescentes de 14 a 16 años de edad y aplicando un cuestionario se obtuvo los siguientes resultados: Existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes. El nivel de conocimientos de los adolescentes fue medio 62,6%, el 13,2% conocimiento bajo y 24,2% presentan un nivel de conocimiento alto. Se concluyó que la mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo.<sup>23</sup>

### 1.2.3. A NIVEL LOCAL

Estudio titulado, “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con factores psicosociales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno 2010”, tuvo como objetivo, determinar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales en la cual se aplicó la técnica de la encuesta y del Test de GarnerGarfinkel EDI Los resultados

obtenidos del estudios fueron: Los adolescentes de la ciudad de Puno presentan riesgo adquirir trastornos de la conducta alimentaria lo cual es influenciado por los factores psicosociales (familiares, sociales y psicoemocionales). En lo que respecta a los trastornos de la conducta alimentaria y la relación con los factores psicosociales se pudo encontrar que un 30.90% de adolescentes presenta riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y además son influenciados por factores psicosociales , sin embargo un porcentaje significativo del 11.30% de adolescentes presentan riesgo de padecer dicho trastorno pero no son influenciados por factores psicosociales; por lo tanto esto implicaría comprender el origen y mantención de la conductas autodestructivas; mejorar la autoestima , desarrollar habilidades sociales y comunicativa entre el adolescente y su entorno, siendo de vital importancia el trabajo en equipo entre el adolescente, el personal de enfermería y la familia sobre la base de un plan común, que sería la prevención de los trastorno de la conducta alimentaria.<sup>24</sup>

Otro estudio realizado sobre “Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora de Puno 2011” tuvo como objetivo determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en las dimensiones: Alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar; La investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, con diseño simple; La muestra estuvo conformada por 117 adolescentes de sexo femenino, de 14 a 16 años de edad. Para la recolección de datos se aplicó como técnica la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario de 35 ítems. Los resultados muestran que: El 41.8% de adolescentes presentan conductas de alto riesgo y 47.9% de mediano riesgo a la anorexia. Respecto a la dimensión alimentaria el 28.2% tienen conducta de alto riesgo y 53.9% conductas de mediano riesgo; en la dimensión psicoemocional tenemos que el 34.2% presentan conductas de alto riesgo y 47.9% mediano riesgo; en la dimensión psicocultural el 23.9% y 24.8% presentan conductas de alto y mediano riesgo respectivamente; y respecto a la dimensión familiar 33.3 tienen conductas de alto riesgo y 36.8% mediano riesgo. Por lo que se concluye que la mayoría de las adolescentes tienen conductas de mediano y alto riesgo<sup>25</sup>

El estudio realizado sobre “Factores Psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes de la Institución Educativa particular Luz Andina- Juliaca, 2011, tuvo como objetivo de determinar la relación entre los factores psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, con diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 133 estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria, para la recolección de datos aplico la Escala EAT-26 de



GarnerGarfinkel, escala de autoestima y APGAR familiar. Los resultados respecto al trastornos de conducta alimentaria fueron: El 21.2% presentaron riesgo y el 16.5% presencia de trastornos alimenticios. Estadísticamente se demostró, que los factores psicosociales: autoestima y funcionamiento familiar tiene relación significativa con el riesgo y presencia de trastornos alimenticios en adolescentes.<sup>26</sup>

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la institución educativa secundaria Adventista Puno – 2013?

### **1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación tiene importancia debido a que proporciona información actualizada y objetiva sobre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno; El conocimiento de la problemática permitirá plantear propuestas de prevención e intervención que son función del profesional de enfermería, teniendo en cuenta que se encarga de velar por la salud integral de las personas en sus diferentes etapas de vida, permitiendo diseñar y organizar estrategias multidisciplinarias para la intervención en la promoción de adecuados estilos de vida y prevención de conductas riesgosas. De la misma forma tendrá un aporte para la facultad de enfermería en sus asignaturas de enfermería en salud mental, enfermería en salud del escolar y el adolescente por que proporciona información actualizada, así mismo tendrá un aporte para la institución educativa ya que conociendo el problema permitirá adecuar y/o fortalecer valores, desarrollar estilos saludables de alimentación en estudiantes. También servirá como base para otros estudios comparativos y correlacionales que se quiera realizar referente al tema.

## II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 2.1. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, etimológicamente deriva del término latino “adolescere” que significa crecer, desarrollarse y está definida como la etapa de desarrollo entre la niñez y la etapa adulta, es una etapa de crecimiento y la maduración del ser humano, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.<sup>27</sup> Se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño(a). Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones personales.<sup>28</sup>

La adolescencia es una de las fases de vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que el adolescente asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los adolescentes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos que se desempeñen de acuerdo a la educación recibida<sup>29</sup>. A menudo el espejo les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al adolescente readaptaciones continuas. En el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes.<sup>30</sup>

La adolescencia es también un periodo en que aumenta las necesidades nutricionales. La rápida acumulación de tejido nuevo y otros cambios amplios vinculados con el desarrollo se acompañan de un incremento de las necesidades nutricionales en comparación con los años de la infancia. Más del 20 % del crecimiento total de la estatura y hasta un 50 % de la masa ósea del adulto se alcanzan durante la adolescencia<sup>31</sup>

## A) ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

El intervalo de edad que cubre suele fijarse entre los 11 años hasta los 18 o 20 años de edad.<sup>32</sup>La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

### 1. Adolescencia Temprana: de los 10 a 13 años:

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### 2. Adolescencia intermedia: de los 14 a 16 años:

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### 3. Adolescencia tardía: de los 17 a 19 años:

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes.<sup>33</sup>

## **B) CAMBIOS FISICOS EN LA ADOLESCENCIA**

Los cambios físicos señalan que son debidos a una serie de secreciones hormonales originadas por la hipófisis y las glándulas suprarrenales. La pubertad comienza con secreciones hormonales. La glándula hipófisis libera hormonas que desarrollan los caracteres sexuales primarios: los ovarios, los testículos y las glándulas suprarrenales, las cuales a su vez, liberan hormonas que desarrollan los caracteres sexuales secundarios.<sup>34</sup>

- **Mujeres:**

Empiezan a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años, el crecimiento del vello púbico, de la axila y de la pierna comienza normalmente alrededor de los 9 o 10 años de edad y alcanza los patrones adultos alrededor de los 13 o 14 años, Durante la pubertad las caderas se ensanchan y la cintura se acentúa. El tejido adiposo empieza a acumularse en el estómago, las piernas y las nalgas, La menarquia (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de la aparición del vello púbico y senos incipientes. Puede suceder incluso ya a los 10 años o, a más tardar hacia los 15 años. La edad promedio de la menstruación es aproximadamente a los 12.5 años.

## **C) INTERES POR LA APARIENCIA FISICA**

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto físicos que en cualquier otro asunto, a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atlético; Las mujeres quieren ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que los muchachos atraigan al sexo opuesto.

Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae consecuencias biológicas y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como desnutrición, anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios. Las adolescentes mujeres tienden en ser menos felices con su aspecto que los varones de la misma edad, sin duda por el gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres. Cuándo a los adolescentes se les pregunta sobre la satisfacción de su cuerpo, generalmente los varones responden nada, mientras que las

mujeres responden una serie de aspectos que no es agradable de su cuerpo sobresaliendo temas de peso y aspecto físico.<sup>35</sup>

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa<sup>36</sup>. Esto les causa preocupación por el aspecto físico que puede llegar a convertirse en una obsesión, una prioridad que gobierna la vida personal y social. Y el medio para conseguir estos objetivos está en alterar la ingesta de alimentos, el ejercicio exagerado y de riesgo, las dietas, la cirugía llamada estética, medicamentos naturales y no tan naturales, algunos peligrosos otros ineficaces, más o menos cualificados y unos medios de comunicación que se manifiestan como esforzados apóstoles de un nuevo mensaje. Todos debemos ser jóvenes, esbeltos hasta la delgadez, atractivos según la moda del momento y populares. Toro, Salamero y Martínez (1995), indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, es la base de los trastornos de la anorexia y la bulimia. En los últimos años, la Anorexia y Bulimia Nerviosas se han convertido en un importante problema sanitario con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas.<sup>37</sup> Cuny (2004), menciona que el riesgo de trastornos alimentarios tiene comienzo a una edad más temprana a la adolescencia, y viene estrechamente relacionada con la percepción y aceptación de su aspecto corporal, y los cambios que se suscitan durante el paso de la pubertad a la adolescencia y posteriormente a la juventud.<sup>38</sup>

#### **D) CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA ADOLESCENCIA**

El adolescente a nivel psicológico, pues el sujeto se enfrenta a un nuevo cuerpo y, por tanto, a un nuevo yo, y ese nuevo yo tiene que aprender a relacionarse de otra manera con el mundo, con las personas que lo rodean e, incluso, consigo mismo, esto convierte a la adolescencia en un período considerado conflictivo y difícil, la labor que el joven debe llevar a cabo es realmente complicada. Una de las principales situaciones a las que se tienen que enfrentar es transformar los patrones adquiridos durante la infancia en las conductas adultas aceptadas por la sociedad. El momento de transición de la infancia a la adultez constituye el período preparatorio o de iniciación para la edad adulta; durante este período se hace una recapitulación de toda la experiencia acumulada durante la infancia con el fin de organizarla de manera que permita al niño ingresar al mundo de los adultos.<sup>39</sup>

Tomando como base todos los cambios que se producen durante la etapa de la adolescencia, este periodo es un momento de gran confusión interna<sup>40</sup>; La adolescencia es considerada un momento difícil para el ajuste de los jóvenes, aunque puntualizan que el desarrollo de la mayoría de los adolescentes muestra una gran confusión interna o crisis afectivas. Lo que provoca numerosos cambios a los que se enfrentan los jóvenes durante la adolescencia.

Dichos cambios van a afectar de una forma u otra al adolescente respecto a su auto percepción. La autoevaluación que los adolescentes realizan acerca de su imagen corporal puede afectar de forma importante en su nivel de autoestima. Esto se observa más claramente en las mujeres, debido a que son más críticas a la hora de evaluar su aspecto físico.<sup>41</sup>

El descontento que se observa entre los adolescentes respecto de su cuerpo durante esta época de desarrollo, está relacionado fundamentalmente con la altura en los varones y el peso en las mujeres; Los varones que maduran de forma temprana están más satisfechos con su estatura y tienen sentimientos más positivos sobre sí mismos y su cuerpo, pero las mujeres que se encuentran en esa misma situación, en general se quejan de su peso. Las mujeres que maduran a una edad temprana, tendían a ser más bajas y tener más peso que las mujeres que maduran a tiempo, del mismo nivel de maduración; Las mujeres con una maduración precoz se ven menos atractivas que sus iguales, se considerada menos atractivas por éstas y en general están menos satisfechas de su cuerpo. Encontraron que tanto las mujeres como los varones que maduraban tempranamente, tenían más síntomas psicossomáticos que el resto de sus pares.<sup>42</sup>

Las reacciones o efectos que puede conllevar el proceso de desarrollo madurativo van a depender, en gran medida, del contexto social y cultural en el que se desarrolla el adolescente. Se ha encontrado correlación también entre los cambios corporales y los estados de humores negativos, así como la intensidad; Pero la mayoría de los resultados se relacionan con el proceso de desarrollo de la pubertad. Por ejemplo, se ha observado que las jóvenes que maduran precozmente puntúan superior en la escala de psicopatología; en las tendencias hacia el descontento de la autopercepción del cuerpo.<sup>43</sup>

De esta manera, aunque el adolescente se ve regido por una gran cantidad de normas y patrones de comportamiento, en realidad se encuentra sólo en la definición de su auto concepto, es decir, el conjunto de conceptos, representaciones, juicios descriptivos y valorativos que conforma el sujeto acerca de sí mismo. O sea, que la sociedad nos dice cómo debemos ser, pero no suele decirnos cómo conseguirlo.<sup>44</sup>

### 2.1.1. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN LA ADOLESCENCIA

Los trastornos alimentos son alteraciones o anomalías en la conducta de ingesta alimentaria. Esta conducta puede o no alterarse voluntariamente (Selvini M., Cirillo S. 1999)<sup>45</sup>. El peso y la alimentación se experimentan en términos de todo o nada; si infringe en una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito, lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta peculiar manera de pensar llega incluso a incidir en otros aspectos de la cotidianidad adolescente como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales (Garner, Garfinkel 1992).<sup>46</sup>

Los TCA son patologías psiquiátricas que se caracterizan por una alteración grave en la cantidad y forma de comer, que se acompaña, en general, de una preocupación exagerada respecto a la comida, el peso y la forma corporal y que llevan a la persona a situaciones físicas que comprometen riesgos para su salud.<sup>47</sup>

Loubat O. M. (2006), nos indica que los trastornos alimentarios, en general, proviene de una percepción equivocada de su imagen corporal, y en la búsqueda errónea de la perfección de su cuerpo, adaptando así dentro de su estilo de vida comportamientos que según ellos aligeran su carga emocional de culpa pero que afecta gravemente a la salud física de su cuerpo.<sup>48</sup>

Para Way (1996), los trastornos alimenticios son una adicción como cualquier otra, el cual ser de cuerpo delgado es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; de modo que, la base de la anorexia nerviosa es la idea de estar con sobrepeso.<sup>49</sup>

Fernández Y Aranda (1997), indica las actitudes negativas que se forman respecto a su cuerpo e imagen, se muestra como una conducta predisponente y desencadenante de los problemas alimentarios, quienes encarnan las características del modelo actual tienen mayor riesgo, lo cual deja abierto una grieta a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.<sup>50</sup>

García Rodríguez (1993) indica que, los trastornos alimenticios es la fobia a la obesidad, con el deseo irracional de estar delgada y una alteración del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente, con la percepción corporal que se le da a conocer al adolescente, proveniente del entorno familiar y social.<sup>51</sup>



Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en la dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene algún trastorno de la alimentación puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. La angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un trastorno de la alimentación.<sup>52</sup>

Muchas personas tienden a pensar que la delgadez es lo más importante, e incluso que es sinónimo de éxito. Para las personas con problemas de alimentación el peso y la dieta se convierten en la medida de su autoestima. Los trastornos de la alimentación incluyen un amplio conjunto de sentimientos, actitudes y conductas relacionadas con la comida. La idea de que la comida sea la causa y la consecuencia de muchos de sus problemas, les atrapa en un círculo vicioso de conductas repetitivas, rituales y rígidas, centradas en la comida. Las personas con problemas de alimentación invierten gran cantidad de tiempo pensando en la comida, alimentos, peso e imagen corporal: pueden contar y recontar las calorías de sus comidas, pesarse varias veces al día y exigirse dietas muy estrictas, aun cuando no necesiten perder peso.<sup>53</sup>

Rosenztherjn R, Treasure J. (2009), los trastornos de la alimentación han hecho aparición en la escena clínica y en el conocimiento de la población general en años recientes. Se relaciona su incremento con las exigencias sociales acerca de la apariencia del cuerpo, que en las últimas décadas presentan como modelo la delgadez extrema y de apariencia prepuberal, sin las formas características de la mujer adulta, los trastornos de la conducta alimentaria no se trata de un simple deseo de mejorar un aspecto propio sino que lograr bajar o mantener el peso en determinadas condiciones se vuelve el centro de la preocupación y de las actividades de esa persona. Su vida en aspectos tan variados como su estado emocional, sus relaciones sociales, sus habilidades intelectuales y hasta su competencia física quedan en suspenso y subordinados a tratar de lograr en el espejo o en la balanza los resultados esperados.<sup>54</sup>

A lo largo de la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas. Antiguamente el sobrepeso era signo de poder y salud, y posiblemente por esta razón, en la antigüedad los banquetes, donde se comía y bebía exageradamente, tuvieron un marcado carácter social y sagrado. Durante estos ágapes el vómito era el remedio más común para poder reiniciar la comilona. Además de la restricción alimentaria condicionada por las penurias económicas el ayuno tenía un carácter religioso y penitencial. Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como auto



punición, la penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado. La más famosa anoréxica de nuestra historia es Catalina de Siena, a los siete años refiere la primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo y desde la adolescencia ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan. Ingresa en la Orden de las Dominicas, mantiene dietas muy restrictivas que acentúa con conductas de purga, que describe minuciosamente en su diario. Tras diversos avatares personales, se siente fracasada ante el cisma de occidente, deja de alimentarse totalmente y muere. No todos los cuadros pretendidamente anoréxicos están vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, puesto que documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos diversos que van desde la existencia de una importante psicopatología, hasta individuos que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y manifestando que podían vivir “sin alimentarse”. Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales que en un momento concreto desencadenan el trastorno. Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos etiopatogénicos multideterminados y con tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos y percepciones alteradas cuando se refieren a esos temas.

La historia de la bulimia nerviosa es más reciente. La bulimia nerviosa es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, ha emergido en nuestras sociedades con gran fuerza en los últimos quince años, se encuentran referencias detalladas en los últimos 50 años. No es una enfermedad nueva, ya que las referencias a los excesos con la comida son tan antiguas que se pierden en el tiempo. En la bulimia nerviosa se dan dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento de ingestión incontrolado y por otro las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso. De los comportamientos ingestivos incontrolados, sí tenemos referencias históricas abundantes y algunas del siglo XVIII puede que estén emparentadas con la bulimia actual. Las más antiguas describen un cuadro denominado "trueboulimus", caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y

períodos de ayuno. Otro cuadro descrito es el "caninusapetitus" en el cual el vómito sigue al atracón.<sup>55</sup> La aportación más reciente al cuadro son aquellos aspectos de la enfermedad relacionados con la figura y el peso, donde los factores socio-culturales han sido influyentes y la vinculan, en este aspecto, con la anorexia.

Los trastornos de la conducta alimentaria en las últimas décadas han aumentado, afectando a todas las clases sociales, se observa que los cuadros se inician a edades más precoces, incluso antes de la pubertad.<sup>56</sup> La tasa de incidencia cada día va en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad; son afectados siete de cada 1.000 mujeres y a uno de cada 1.000 hombres, esta patología afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, dejando graves secuelas físicas, sociales y psicológicas.<sup>57</sup>

La diferencia de la proporción entre hombres y mujeres no es muy conocida, pero parece que puede estar producida principalmente por la gran presión que ejerce la sociedad en general. En nuestra sociedad los modelos femeninos más representados suelen ser muy delgados, mientras que los modelos masculinos son musculosos, parámetros muy distintos en énfasis e influencia para el impresionable joven de uno y otro sexo. La edad de aparición va desde la adolescencia hasta la cuarta década de la vida, también se ha visto casos a edades tan tempranas como de ocho a diez años. Pero la edad en la que su prevalencia es máxima es de los doce a los dieciocho años.<sup>58</sup>

## **2.2. RIESGO**

Riesgo es la vulnerabilidad ante un posible potencial de perjuicio o daño para las unidades o personas, organizaciones o entidades. Cuanto mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo, pero cuanto más factible es el perjuicio o daño, mayor es el peligro. Por tanto, el riesgo se refiere sólo a la teórica "posibilidad de daño" bajo determinadas circunstancias.<sup>59</sup>

El riesgo equivale a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada con impacto o consecuencia adversos. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento.<sup>60</sup>

### **A) CONDUCTAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE**

Las conductas de riesgo son las que si se hacen con cierta regularidad pueden acabar con la aparición de una enfermedad, durante esta etapa de vida los adolescentes se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadoras de riesgo, esto porque

piensan que a ellas jamás les ocurrirá algún percance; esta sensación les facilita a las adolescentes a realizar conductas de riesgo que con el pasar del tiempo pueden llegar a desencadenar en la enfermedad, es decir en los trastornos de la conducta alimentaria ya sea la bulimia, anorexia o las dos enfermedades al mismo tiempo.<sup>61</sup>

Según Silver, conducta de riesgo es definida como “aquellas potencialmente destructiva, dependiente de su inexperiencia y la incomprensión de las consecuencias inmediatas o de largo plazo de sus acciones”.<sup>62</sup>

Según Saenz, una conducta de riesgo es cuando la persona entre 10 a 19 años dirige su vida por un patrón de acciones sean activas o pasivas (iniciada en la adolescencia o en la infancia) que implica peligro a corto o largo plazo que acarrea directamente consecuencias negativas para su bienestar físico, mental, social y espiritual; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderno: sumadas a la curiosidad y la experimentación de situaciones nuevas.<sup>63</sup>

Según Serrato, la conducta de riesgo o el comportamiento de riesgo es cualquier alternación de la conducta o actuación, que por su reiteración y/o agresividad, puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal o la vida actual. Su repercusión es la perjudicial para el momento presente y para el futuro.<sup>64</sup>

Los adolescentes van organizando sus impresiones del mundo de acuerdo con sus características personales y las del medio que las rodea. Si el crecimiento y desarrollo tienen lugar en medio de privaciones, pobreza, y violencia, si no reciben cuidados ni afecto, el desarrollo psicoactivo se estanca o se altera. La integridad de la salud física, mental y social resultara de la interacción de las defensas del individuo y la agresividad de los agentes o circunstancias que lo rodean: familia y escuela. La salud del adolescente es la resultante del desarrollo de las etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. A su vez, su salud física, mental y social influirá en etapas posteriores y en las generaciones futuras. Los factores de riesgo pueden o no desencadenar o asociarse a un determinado suceso indeseado. En general, existe una asociación de factores que ejercen efectos multiplicadores que interactúan y desencadenan la enfermedad.

Las conductas de riesgo de las mujeres están más relacionadas con:

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Problemas relacionados con la inactividad física.
- Riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.

- Embarazo y aborto.
- Intentos de suicidio.<sup>65</sup>

## B) RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Es toda aquella respuesta expresada por los adolescentes sobre la conducta o actitudes que pueden llevar al adolescente a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; según el Garner y Garfinkel manifestado por actitudes del comportamiento en la alimentación y autopercepción físico y psicológico; todos estos comportamientos alterados son un riesgo a sufrir algún trastorno de la conducta alimentaria específicamente de bulimia y anorexia nerviosa.

El Test de Garner y Garfinkel es utilizado para identificar el riesgo de trastornos de la alimentación, Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT) tiene por objetivo identificar, a través del auto reporte síntomas y precauciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas ( Garner Olmster, Bohr, Garfinkel, 1982). esta prueba fue diseñado por David Garner y Paul Garfinkel en 1979 y su primera revisión conocida como el EAT- 40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso, posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos conocidas como la EAT – 26 para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia y la bulimia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar, corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta auto administrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

La manifestación de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria según Garner y Garfinkel (2000) el test se divide en tres factores importantes, es:

**Factor I:** Conductas de evitación del alimento

**Factor II:** Conductas bulímicas y Preocupación por los alimentos (atracones y vómitos)

**Factor II:** Control oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso.

## 1. CONDUCTAS RIESGOSAS CON RESPECTO AL FACTOR CONDUCTAS DE EVITACIÓN DEL ALIMENTO

Las conductas de evitación del alimento; son esenciales para detectar la presencia de trastornos de conductas alimentarias; es habitual que aparezca la distorsión del aspecto físico u obesidad previa, que en muchos factores se convierte en el factor desencadenante ya que los adolescentes son fácilmente influenciados por las expresiones u opiniones peyorativas de compañeros del colegio o amigos referente a su imagen, indicios de gordura, lo que produce como consecuencia inmediata un temor mórbido a engordar.

El ayuno constituye un eje básico de las conductas de evitación del alimento el cual evidenciara a un riesgo de adquirir la anorexia nerviosa, las comidas no solo se reducen cuantitativamente o cualitativamente, sino que hacen peculiares comportamientos como contar calorías, pesarse constantemente. Normalmente inician con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechazan las grasas y las proteínas e incluso los líquidos llevándolas a una deshidratación extrema. La disconformidad con su cuerpo continúa a pesar de la desnutrición, y para seguir adelgazando, no solo suprimen comidas sino que realizan actividad física en forma compulsiva.

Son frecuentes hábitos alimentarios inusitados como tener en cuenta el número de calorías que contiene cada alimento, separar obsesivamente la grasa, azúcares, carbohidratos y comer solo alimentos bajos en calorías, entre otros. Existe una deformación entre lo que realmente se ingieren y lo que transmiten como ingerido. Las porciones son pequeñas, pero ellos las ven gigantescas como si la miraran a través de una lente de aumento. La mayoría de ellos terminan realizando dietas muy restrictivas, limitadas a unos pocos alimentos. Además, el primer signo de alarma para ingresar a los trastornos alimentarios es realizar dieta.<sup>66</sup>

Las conductas de evitación de alimento, se mantiene por el miedo patológico a engordar, se sienten en una situación crítica, inmersas en un círculo infernal sometidas en una gran tensión para mantener el autocontrol, con gran ansiedad sobre todo lo referente a su alimentación o peso y con pérdidas ponderales desde el 25% - 50% del peso inicial, que conlleva la disminución del tejido adiposo y muscular presentando marcados signos de desnutrición.<sup>67</sup> Todo esto conlleva a un riesgo de sufrir anorexia nerviosa.

Al iniciarse la instauración muchas veces forzada, de la ingesta alimentaria en cantidades normales, aparece un elevado riesgo de complicaciones gástricas, ya que pueden desencadenarse cuadros de alteraciones gastrointestinales de incomprensible evolución.

Se observa por un lado que las personas con este tipo de conductas ya marcadas (anoréxicas) aborrecen alimentos ricos en hidratos de carbono o grasas.

Una dieta es el conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos. Popularmente la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal. La dieta humana se considera equilibrada si aporta los nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. Esta dieta equilibrada es particular de cada individuo y se adapta a su sexo, edad, peso y situación de salud. No obstante, existen diversos factores (geográficos, sociales, económicos, patológicos, etc.) que influyen en el equilibrio de la dieta.<sup>68</sup>

Los adolescentes que tienen hábitos alimentarios saludables, realizan las comidas en familia, no se les permite saltarse ninguna comida, no tienen alteraciones de culpabilidad o evitación de alimentos exageradamente, disfrutan probando comidas nuevas, saben sobre la alimentación saludable respetando los horarios y la cantidad de la comida, haciendo ejercicios moderadamente y no siguiendo dietas restrictivas, ellos tienen menos posibilidades de padecer el trastorno.

**Entre las conductas de riesgo encontramos:**

- Miedo al a la idea de estar con sobrepeso
- Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos.
- Consumir productos bajos en calorías
- Sentimiento de culpa después de haber comido
- Preocupación excesiva por la delgadez
- Hacer ejercicios excesivos para bajar de peso
- Hacer dietas restrictivas
- Gusto por sentir el estómago vacío
- Gusto por probar comidas nuevas.



**a) Miedo a la idea del sobrepeso:**

Para estas personas no existe tema más importante que su peso, expresando con mayor propiedad, diremos que todo su interés y preocupación se centra precisamente en la idea de estar con sobrepeso, porque para ellas ha adquirido un significado especial y se convierte en una auténtica preocupación.<sup>69</sup>

Estos adolescentes suelen dirigir sus miedos y preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza.<sup>70</sup> La preocupación principal es el miedo a ganar peso y convertirse en personas con sobrepeso; este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso.

A pesar que se tiene un cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, tienen mucho miedo a ganar peso o de llegar a ser obesas y están exageradamente preocupadas por su figura.<sup>71</sup> Sentir miedo a engordar o pensar que las personas tienen mayor éxito en la vida; son deseos claros de perder peso (incluso estando dentro del peso normal o inferior).

En función con el consumo alimentario, que el sujeto vive con gran angustia, tales sentimientos de culpa, que acrecienta el conflicto interno, lo cual aumenta y consolida el estado de ansiedad y sitúa a la persona en un círculo infernal, produciéndose entonces el intento autolítico con el objetivo de dar fin a tal acumulación de sufrimiento.

Esa mirada estrecha es la misma que ve con temor las distintas formas de ver y de vivir, la misma mirada estrecha que no es capaz de encontrar la belleza en cada ser. Una mirada pobre y llena de prejuicios para sociedades donde la belleza es una tiranía. En especial para las mujeres, para las que se configura como una forma más de opresión y de percepción de estar con sobrepeso.

**b) Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos:**

El tener en cuenta la cantidad de calorías que contienen cada alimento, el adolescente empieza con la restricción o la limitación de la ingesta de alimentos, sobre todo los de alto valor calórico, y por ende, a las calorías que necesitan para afrontar los gastos calóricos no son suficientes para mantener el organismo.

Se encuentran empeñados en saber cuántas calorías tienen este o aquel alimento y procurando no pasar de un límite marcado. Empiezan memorizando las calorías de cada

alimento según tablas, averiguar los envases, utilizar calculadora o llevar una agenda calórica.<sup>72</sup>

**c) Consumir productos bajos en calorías:**

Los productos bajos en calorías llamados light, son aquellos alimentos que han sido modificados en su estructura química y cuyas calorías han sido disminuidas, existiendo dos tipos principales de alimentos bajos en calorías; los que han sido modificados en su cantidad de carbohidratos, es decir el azúcar que contienen y los que han sido modificados en su cantidad de grasa. En estos tipos de alimentos los compuestos ya antes mencionados han sido reducidos o sustituidos.

Aunque no exista una edad adecuada para comenzar a comer los alimentos light se recomienda que no se haga en ciertas etapas de vida, como la adolescencia, ya que en esta etapa se requiere gran cantidad de nutrientes y el poco aporte de los alimentos bajos en calorías pueden ocasionar problemas a largo plazo como la desnutrición y retardo en el crecimiento.

Desde el punto de vista dietético y nutricional nada desaconseja llevar una dieta basada en alimentos con menor contenido en grasas y con menos azúcares, pero para ello no es indispensable recurrir a los alimentos light.

**d) Sentimiento de culpa por haber comido:**

La culpa que algunas personas sienten después de comer puede deberse a una serie de factores: trastornos de la alimentación o desórdenes alimenticios, sobrealimentación, temor a aumentar de peso o simplemente la incomodidad que produce sentirse demasiado lleno. Este sentimiento hace que terminen desarrollando ansiedad a la hora de comenzar las comidas o cuando ingieren muchos alimentos.

Muchos sentimientos de culpa surgen cuando no pueden cumplir con los altos estándares que otras personas o ellos mismos se han impuesto. La culpa, entonces, si no saben cómo solucionar, puede generar depresión, baja auto-estima y mucho otros problemas.

En otros casos este sentimiento se presenta después de haber comido grandes cantidades compulsivamente es decir, comer cuando no se tiene hambre fisiológico, comen por que únicamente la comida está ahí delante de ellos; generalmente estas personas juran que es la última vez que se atracan y comen como si tuvieran un hambre muy intenso, es un círculo vicioso y doloroso que sin la ayuda adecuada es difícil romper, generalmente



batallan con sus sentimientos de culpa y con la vergüenza de no poder controlar el apetito.<sup>73</sup>

**e) Preocupación excesiva por el cuerpo y la figura:**

Los cánones de belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica y de salud. Tanto así que, en este último aspecto, se llega a considerar sus consecuencias sobre el organismo como un grave problema de salud pública. Se observa cómo se establecen unos cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para alguno de los sujetos que se ven envueltos en tales mecanismos de presión.

El concepto de belleza a partir del siglo XX equivale a la extrema delgadez y a la juventud, un concepto poco alcanzable y menos saludable. La belleza es un concepto que va más allá de lo puramente estético, va a definir en gran medida nuestra visión del mundo y nuestra manera de relacionarnos con él, implica aquello que consideramos bello, hermoso, eterno en nuestra memoria y, por lo tanto, merecedor de amar y conservar.<sup>74</sup>

**f) Hacer ejercicios excesivos para bajar de peso:**

La obsesión por el ejercicio va aumentando en forma de deportes o en largas e interminables caminatas, subiendo y bajando escaleras o nadando; casi nunca se sientan, incluso llegan a comer de pie, duermen poco y son hiperactivos en la obsesión de quemar calorías, también resulta singular la propensión hacia cualquier actividad que requiera de intenso ejercicio muscular.<sup>75</sup>

En los últimos años existe un espectacular incremento en el número de personas que acuden a los gimnasios con el fin de realizar programas de entrenamiento muscular. Este fenómeno ha sido atribuido a la presión social por mantener un cuerpo flexible, armonioso y desarrollado muscularmente, ajustándolo a unos cánones de belleza específicos. Aún son pocos los trabajos que han buscado analizar los factores motivacionales que llevan a los sujetos a desarrollar este tipo de actividad física, y los

existentes han mostrado que no son sólo variables estéticas las que median en la iniciación a la musculación.

**g) Hacer dietas restrictivas:**

La restricción alimentaria es considerada como una reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede ir desde la simple evitación de un alimento o la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado en el que escasamente se consume agua.<sup>76</sup>

Realizar dietas inadecuadas y muy estrictas es uno de los principales factores que desencadenan los TCA. Estas dietas restrictivas los adolescentes comen muy poco y poco variado y posteriormente tienen una serie de repercusiones tanto físicas como psicológicas, como sufrir problemas de concentración, hablar y pensar continuamente en comida, padecer depresión, ansiedad e irritabilidad, desinteresarse por la sexualidad y tener tendencia al aislamiento social.

Así, cuando estas personas no pueden controlar su restricción alimentaria, se dan un atracón (ingieren una cantidad excesiva de comida), lo que les provoca un sentimiento de culpa. Entonces vuelven a su dieta restrictiva o alguna otra conducta compensatoria inapropiada (laxantes, vómitos, ejercicio excesivo, ayunos). Se trata de un círculo vicioso peligroso y difícil de romper.<sup>77</sup>

**h) Gusto por sentir el estómago vacío:**

Muchas personas se sienten satisfechos al sentir el estómago vacío por ello empiezan a saltar comidas, pensando que esto les permitirá bajar de peso, sin darse cuenta que están poniendo su cuerpo en peligro de adquirir enfermedades gástricas complicadas; pero en algunos casos ocurre todo lo contrario llevándolos a subir de peso ya que estuvieron en largos periodos de ayuno y la siguiente vez que comen lo hacen en grandes cantidades.

En algunas personas la sensación de hambre está asociada a la tensión nerviosa, al aburrimiento, la depresión o la soledad, debido a esto en la anorexia principalmente las personas disfrutan la sensación de sentir el estómago vacío así saben y se sienten satisfechos de que hay disminución de calorías en el cuerpo y sienten la felicidad de que el peso corporal disminuirá.

**i) Gusto por probar comidas nuevas:**

El acto de alimentarse se convierte, en una oportunidad de convivencia y de relación con los congéneres: grandes, pequeños y medianos banquetes, desayunos y meriendas frugales, marcan los momentos estelares de las relaciones interpersonales. Incluso en nuestros días, la reunión en torno a la mesa sigue siendo el lugar privilegiado para concretar un negocio, iniciar un idilio, celebrar una fecha especial.

Aunque en ocasiones nos parezca difícil de creer, la vida del hombre gira alrededor de la alimentación, incluso en aquellos casos en los cuales el acceso a los alimentos no corresponde con los requerimientos elementales de la sobrevivencia.

Uno de los obstáculos más grandes de la vida moderna se encuentra en las inoportunas limitaciones que impone a la hora de sentarse con los pies debajo de la mesa; es decir, la modificación de una situación natural como es la de realizar el acto de alimentación en las mínimas condiciones necesarias: con pausa, con tranquilidad, ingiriendo las cantidades y la calidad de alimentos necesarios y desarrollando el proceso de masticación y digestión como corresponde.

**2. CONDUCTAS RIESGOSAS CON RESPECTO AL FACTOR DE CONDUCTAS BULÍMICAS Y PREOCUPACIÓN POR LOS ALIMENTOS**

Existe preocupación excesiva en el dilema de comer o no comer; pensamiento que va abocado a el gusto o el sabor de sentir las comidas seguido por la sensación de culpabilidad después de haber ingerido grandes cantidades sobre todo de alimentos ricos en calorías, azúcares, grasa, etc.

Es frecuente en estos adolescentes el atracón de comida, vómitos después de comer, se sienten dependientes totales de la comida, y la constante preocupación por los alimentos. Estos episodios frecuentes de voracidad son seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia existe una alteración de la percepción. Las características esenciales de riesgo a adquirir la enfermedad de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, el auto evaluación de los individuos con esta alteración se encuentra excesivamente influida por el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos 2 veces en la semana durante un periodo de tres meses.

Gallardo M, Fernandez A. (2002), Muchas de estas personas que tienen este tipo de conductas riesgosas generalmente suelen mantener un peso dentro de los parámetros normales (saludable), como también algunos de ellos tienen un sobrepeso moderado.

**Entre las conductas de riesgo encontramos:**

- Preocupación por los alimentos
- Atracciones donde no se para de comer
- Vomito después de comido
- Sensación de que la comida controla la vida
- Impulso de vomitar después de comer.

**a) Preocupación por los alimentos:**

Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa. Las personas con riesgo de bulimia tienden a preocuparse en la comida específicamente en comer, estas personas son comedoras compulsivas, que luego se provocan el vómito tras la ingesta del alimento para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.<sup>78</sup>

Giraldo S. (2005), estas personas se preocupan por los alimentos que ingerirán , pensamiento que va abocado a el gusto o el sabor de sentir las comidas; inicialmente el adolescente empieza a comer demasiado debido a la demanda de su cuerpo por la etapa de crecimiento lo cual en algunos adolescentes se desencadena hacia un riesgo de trastorno debido a que empiezan a consumir grandes cantidades, sobrepasando el nivel de calorías que necesita el organismo y llega un momento en que se dan cuenta que están con riesgo al sobrepeso.<sup>79</sup>

Consumen todo tipo de alimentos en grandes cantidades y luego consumen todo tipo de productos y servicios para que no parezca que han consumido todo lo anterior; y en medio, todo lo comprable para congelar por un instante el desencanto y la soledad. Todo ello, en el mejor de los casos, no contribuye más que a adelgazar nuestros bolsillos y nuestra autoestima. Intentan llenar un vacío existencial y lo que consiguen es añadir un vacío más, el de la economía finalmente la salud queda perjudicada.<sup>80</sup>

**b) Atracones donde no paran de comer:**

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, auto desprecio, desesperación, decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la autoinducción del vómito voluntario, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno como forma de compensar el exceso y ejercicio físico excesivo, por lo menos dos veces por semana durante seis meses.

Sienten que no pueden parar de comer, seguido por la sensación de culpabilidad después de ingerir grandes cantidades de alimentos; estos llamados atracones porque todo este proceso de comer se da en un corto tiempo, el consumo sobre todo de alimentos ricos en calorías, azúcares, grasa, sintiendo que el alimento controla su vida o que su vida gira alrededor de los alimentos, todas estas conductas se convierten en un círculo vicioso, ya que más adelante van consumiendo mayores cantidades de alimentos en una sola vez, y sufren al no poder controlarlo.<sup>81</sup>

Un atracón consiste en ingerir, en un periodo de tiempo limitado, una cantidad grande de comida con una sensación de pérdida de control. Ejemplo de atracón: Un paquete de galletas, medio bote de leche condensada, dos latas de atún, el arroz frío de la nevera que sobró de ayer, dos helados y un paquete de pan de molde en menos de media hora. Lo habitual suele ser que el atracón esté compuesto de los alimentos considerados “prohibidos” para la persona, es decir, todo aquello que “engorda” y que se puede vomitar con facilidad.<sup>82</sup>

**c) Sensación de que la comida controla la vida:**

El placer que producen los alimentos al momento ser consumido. La ingestión de comida rica en azúcares y calorías afecta al llamado núcleo accumbens, relacionado con la recompensa, el placer y la adicción. Dicha zona del cerebro se activa más intensamente con un trozo de comida apetitosa.

**d) Impulso de vomitar después de comer:**

La náusea es la sensación del malestar en el estómago sin dolor que puedes experimentar de vez en cuando. Es el resultado de la alteración psicológica y angustia.

Expulsión violenta del contenido del estómago por la boca. Se trata de un acto reflejo generalmente precedido de náuseas, secreción abundante de saliva, eructos y modificaciones del ritmo respiratorio. Muchas veces representa un mecanismo fisiológico para expulsar una sustancia nociva, aunque también es síntoma de diversos estados patológicos como gastritis, apendicitis, meningitis, tumores cerebrales o enfermedades del metabolismo. El tratamiento consiste en atacar sus causas, corregir la deshidratación y la pérdida de sales y administrar antieméticos y antiespasmódicos. También se denomina hemesis.

Muchas personas recurren a estas técnicas para eliminar las calorías ingeridas durante la comida. Este procedimiento es peligroso ya que "legaliza" la presencia previa de los atracones y además no producen pérdida de peso. Por el contrario, pueden provocar serios y graves problemas de salud.

Madruga A. (2005), las técnicas del vomito son para eliminar las calorías ingeridas después de comer cualquier comida, este procedimiento es peligroso ya que después de los atracones y además no producen pérdida de peso. Por el contrario, pueden provocar serios y graves problemas de salud.

El déficit del ion potasio se caracteriza por fatiga, pérdida de fuerza, irritabilidad, depresión, etc., puede producir arritmias cardíacas e incluso, en casos extremos, la muerte. También pueden darse problemas gastrointestinales como por ejemplo úlceras esofágicas y lesiones en las paredes del estómago, deshidratación y problemas dentales (pérdida del esmalte a causa del ácido clorhídrico del estómago).

### **3. CONDUCTAS RIESGOSAS CON RESPECTO AL FACTOR DE CONTROL ORAL PRESIÓN PERCIBIDA**

Los mecanismos que regulan el hambre y la saciedad son complejos y obedecen, en general, a patrones neurobiológicos. Sin embargo, existen otros estímulos, situaciones y conductas que nos impulsan a comer, aunque no tengamos hambre. Uno de los responsables de la ingesta excesiva es "comer de manera mecánica", sin prestar atención ni distinguir la sensación de hambre real de las ganas de comer que bien puede responder a un apetito desordenado.

En este factor los adolescentes generalmente siguen dietas estrictas privándose totalmente de alimentos o reducen la cantidad de alimento que se necesita diariamente controlando su ingesta diaria, a veces ocupa mucho tiempo en ingerir sus alimentos, esto

causa la preocupación de las personas que lo rodean en el cual el adolescente tiene la sensación de que el adolescente se siente exageradamente presionado, además percibe de que los demás quieren que coma más esto provoca conflictos familiares ya que siente que van contra su voluntad.

**Entre las conductas de riesgo encontramos:**

- Seguir dietas restrictivas.
- Reducir la cantidad de alimentos
- Sensación de que los demás quieren que coma más
- Mayor tiempo en ingerir alimentos.
- Control de la ingesta diaria
- Presión de los demás para que coma

**a) Seguir dietas restrictivas:**

Las personas que hacen algún tipo de dieta restrictiva tienen 18 veces más probabilidades de caer en trastornos de conducta alimentaria, como bulimia o anorexia.

Se entiende por hacer dieta restrictiva comer insuficientes cantidades de comida durante el día, menores a las necesarias para mantener una salud normal. Comer alimentos bajos en calorías, no aportar al cuerpo los nutrientes necesarios para poder funcionar correctamente y sin déficits, saltarse alguna de las tres comidas principales (no comer regularmente) y rechazar los hidratos de carbono y las grasas.

La restricción alimentaria es considerada como una reducción o abstinencia en el comer y el beber o la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado, se considera como una de las puertas de entrada de la anorexia nerviosa; debido a que este riesgo de conducta alimentaria se convierte en un círculo vicioso, ya que más adelante, llegan a obsesionarse con su cuerpo y terminan restringiendo totalmente tipos de alimentos, principalmente los que contienen hidratos de carbono.<sup>83</sup>

**b) Reducir la cantidad de alimentos:**

La reducción de los alimentos es causada por la comida, el peso y la figura. Las adolescentes con anorexia rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas. Son adolescentes que centran su interés en la figura y el peso, modificando éste a través de la dieta, consideran que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad más allá de los parámetros normales. Pueden llegar a ser anoréxicas por una excesiva receptividad y sumisión a los



mensajes de los medios de comunicación que preconizan un estereotipo femenino muy concreto y por otra parte poco asequible para la mayoría de ellas.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL TEST DE GARNER Y GARFINKEL**

Se clasifica en tres factores:

#### **a. FACTOR CONDUCTAS DE EVITACIÓN DEL ALIMENTO**

1. Miedo a la idea de estar con sobrepeso
2. Preocupación por el contenido calórico de los alimentos
3. Evita comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas, etc)
4. Sentimiento de culpabilidad después haber comido
5. Preocupación por la delgadez
6. Pensamiento de quemar calorías cuando hace ejercicio
7. Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo
8. Evita los alimentos que contienen azúcar
9. Consumo de alimentos dietéticos (diet o light)
10. Culpabilidad después de comer dulces
11. Ajuste a conductas de dieta
12. Gusto de sentir el estómago vacío
13. Disfruta probar nuevas comidas

#### **b. FACTOR CONDUCTAS BULÍMICAS Y PREOCUPACIÓN POR LOS ALIMENTOS**

14. Preocupación por los alimentos
15. Atracciones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer
16. Vómitos después de haber comido
17. Sentimiento de que la comida controla su vida
18. Pensamiento exagerado en la comida
19. Impulso de vomitar después de ingerir alimentos

#### **c. FACTOR CONTROL ORAL**

20. Evita comer cuando tiene hambre
21. Corta los alimentos en trozos pequeños
22. Sentimiento de que los demás quieren que coma más
23. Sentimiento de que los demás piensan que está muy delgada
24. Tarda en ingerir alimentos
25. Mantener un control de la ingesta



26. Sentimiento de que los demás lo presionan para comer

### III. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- VARIABLE DE ESTUDIO**

- Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INDICE
<b>Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria:</b> Son todas aquellas conductas o actitudes que pueden llevar al adolescente a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, entre ellos: conductas de evitación del alimento, conductas bulímicas y preocupación por los alimentos, control oral y presión percibida.	<b>Dimensión 1:</b> conductas de evitación del alimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miedo a la idea de estar con sobrepeso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evita alimentos con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Culpabilidad después haber comido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por la delgadez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensamiento en quemar calorías mediante el hace ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Casi siempre</li> <li>A veces</li> <li>Nunca</li> </ul>	3 2 1 0

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INDICE
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita todos los alimentos que contienen azúcar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alimentos dietéticos (diet o light)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpabilidad después de comer dulces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuste a comportamientos dietarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gusto de sentir el estómago vacío</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta probando comidas nuevas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
	<b>Dimensión 2:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación por los alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
	Conductas bulímicas y preocupación por los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atracones de comida con el sentimiento que no se puede parar de comer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómitos después de haber comido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de que la comida controla su vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento excesivo y ocupación en la comida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>0</li> </ul>

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INDICE
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso de vomitar luego de comer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<p>3 2 1 0</p>
	<b>Dimensión 3:</b> control oral y presión percibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita comer cuando tiene hambre</li> <li>• Corta los alimentos en trozos pequeños</li> <li>• Siente que los demás quieren que coma más</li> <li>• Pensamiento de los demás que está muy delgada</li> <li>• Comer más lento que los demás</li> <li>• Mantener un control de la ingesta</li> <li>• presión de los demás para comer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>	<p>3 2 1 0  3 2 1 0  3 2 1 0  3 2 1 0  3 2 1 0</p>

#### IV. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

##### 4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la institución educativa secundaria Adventista Puno – 2013

##### 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los comportamientos riesgosos de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión de conductas de evitación de alimentos en las adolescentes.
- Identificar los comportamientos riesgosos de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión de conductas bulímicas y preocupación por la comida en las adolescentes.
- Identificar los comportamientos riesgosos de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión de conductas de control oral y presión percibida en las adolescentes.

#### V. DISEÑO METODOLÓGICO

##### 5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

###### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, porque está orientado a determinar como es y cómo está la situación de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y los datos son recolectados en un solo momento.

###### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En la presente investigación se aplicó el diseño descriptivo simple el cual está representado por el siguiente diagrama.



**Dónde:**

**N** = Representa la población de las adolescentes, de la institución educativa secundaria particular Adventista Puno; en la que desarrollara el estudio

**O** = Representa el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la institución educativa secundaria particular Adventista Puno

**5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:**

El presente estudio de investigación se realizó en la Institución Educativa Particular “Colegio Adventista Puno, ubicada en el Jirón Deza 454 – Puno, es una institución mixta, de nivel secundario con 480 alumnos, de los cuales existen porcentajes iguales entre varones y mujeres.

La institución está comprometida a contribuir en la formación académica de la población estudiantil Puneña; además de ser considerada una de las mejores instituciones educativas particulares de nuestra ciudad, conocidos por impartir buenos valores, cabe resaltar que cuenta con los niveles de inicial, primaria y secundaria; Muchos de los alumnos provienen de la misma jurisdicción de Puno, cuyos padres en la mayoría están con nivel de instrucción superior, su situación económica está entre media y alta, los estudiantes son de diferentes religiones, la institución predica la religión adventista ya sea en horas de religión y/o tutoría, en el cual promueve mantener el cuerpo saludable y además consideran que atentar contra el cuerpo es considerado como un pecado ya que ellos consideran al cuerpo como el templo de Dios, teóricamente todos los adolescentes están en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, por tal razón dicho estudio se aplica a los adolescentes de esta institución.

### 5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra de estudio estuvo constituida por todas las adolescentes mujeres del tercero, cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Particular Adventista de la ciudad de Puno, se detalla en el siguiente cuadro:

GRADO	SECCION	NUMERO
3ro	“A” Y “B”	23
4to	“A” Y “B”	22
5to	“A” Y “B”	19
<b>TOTAL</b>		<b>64</b>

#### 5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Tener una edad entre 14 a 18 años de edad.
- Mujeres adolescentes.

### 5.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 5.4.1. TÉCNICA:

Se aplicó la técnica de **encuesta**, ya que es un procedimiento indirecto entre el investigador y los sujetos de estudio utilizando un documento, el cual es destinado a obtener respuestas en relación al problema de estudio en las adolescentes de la institución educativa particular Adventista Puno.

#### 5.4.2. INSTRUMENTO

Se utilizó el **test** de GarnerGarfinkel EAT26. El test de actitudes ante la comida es un test ampliamente usado para detectar riesgo de trastornos de conducta alimentaria. El test de actitudes alimentarias (EAT 26), fue creado por Garner y Garfinkel, en el año 1982, para detectar el riesgo de padecer la anorexia nerviosa y bulimia. Durante el mismo año, Garner y Garfinkel aplicaron la escala y sometieron cada uno de los ITEMS a un análisis factorial, identificando los 26 reactivos más significativos, a partir de los cuales elaboraron una versión abreviada de la escala original denominada EAT 26.

**Calificación del instrumento:**

El EAT-26 es una prueba de tamizaje, que consta de 26 ítems y que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica. El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 4 categorías de frecuencia: Siempre, casi siempre, a veces, nunca. Las preguntas desde la 1 a 12 y de 14 al 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca 0 puntos, a veces 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 13 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre 0 puntos; casi siempre 1 punto, a veces 2 y nunca 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta (conductas de evitación de alimentos), compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 preocupación por la alimentos (atracones y vómitos), que contiene los reactivos 14, 15, 16, 17, 18 y Control Oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso) compuesto por los ítems 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

El factor “conductas de evitación de alimentos” de dicha escala es el más significativo predictor en cuanto a la capacidad de anticipar y confirmar una patología anoréxica. Este factor incluye la preocupación por obtener un perfil esbelto y la severa restricción de la ingesta especialmente en relación con los hidratos de carbono.

El factor “preocupación por la comida”, valora dos conceptos altamente relacionados al riesgo de adquirir el trastorno bulimia, estas personas con indicios de bulimia son propensas a tener preocupación por la comida.

En el factor “control oral y presión percibida” se valora principalmente los conceptos relacionados en la abstinencia de comer, encontrar formas para no ingerir alimentos, además de la presión que percibe por parte de los demás para aumentar de peso.

El puntaje final, es el resultado del riesgo hacia los dos trastornos más resaltantes (anorexia y bulimia).

Al ser una prueba de tamizaje, se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte.



Las bases teóricas que se definen en el presente trabajo, van de fundamento para determinar la relación entre el riesgo de trastornos de la conducta en las adolescente para determinar la sintomatología relevante que presentan las adolescentes con riesgo de poder desarrollar dicha enfermedad.

Este instrumento fue aplicado en Chile Santiago, en el año 2009, por Lic. Leonor Corada Luis, Lic. Alejandra Montedónico Arancibia, evalúan la sensibilidad del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 para detectar cambios una vez que se realiza una intervención específica en una población de preadolescentes y adolescentes, se pudo llevar a cabo en su totalidad entregando datos relevantes para el análisis propuesto. Esto se relaciona estrechamente con la utilidad que pretende lograr el estudio en términos de intentar ser un aporte a la Validez del instrumento. Cabe mencionar que el EAT-26 se ha establecido como un instrumento definitivo en la identificación de Trastornos de la Conducta Alimentaria obteniéndose un 95% de confiabilidad.

#### ESCALA DE CALIFICACIÓN:

Los resultados del instrumento fueron categorizados de la siguiente forma

#### CUADRO DE DIMENSIONES Y DE ITEMS

DIMENSIÓN	ITEMS	PUNTAJE
conductas de evitación del alimento	1 al 13	0 a 39
preocupación por los alimentos	14 al 19	0 a 18
control oral	20 al 26	0 a 21

#### PUNTAJES TOTALES POR CATEGORIAS

CATEGORIA	Puntaje de riesgo de evitación del alimento	Puntaje de riesgo de preocupación por los alimentos	Puntaje de riesgo de control oral
Sin riesgo	< 10	< 5	< 5
Con riesgo	10	5	5

**RESULTADO GENERAL:**

Se considera persona en riesgo de adquirir trastornos de la conducta alimentaria, cuando a la calificación del test obtiene una puntuación mayor o igual a 20 y sin riesgo cuando la puntuación obtenida es menor a 20.

RESULTADO	PUNTAJE OBTENIDO
CON RIESGO	20 puntos
SIN RIESGO	< 20 puntos

**5.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades en las diferentes fases:

**a) FASE DE COORDINACIÓN**

- Se Solicitó carta de presentación de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, ante la Institución educativa para facilitar la ejecución del estudio.
- Se realizó el trámite por escrito, al Director de la Institución Educativa Secundaria Particular Adventista la autorización para la ejecución y aplicación del instrumento y se obtuvo facilidades para el trabajo de investigación.
- Se coordinó con el director, subdirector y docentes; con la finalidad de establecer el cronograma para la aplicación del instrumento.

**b) FASE DE EJECUCIÓN**

- Se ubicó las aulas correspondientes según coordinaciones previas.
- Se realizó la presentación correspondiente, explicando la finalidad del estudio.
- Se explica la modalidad del llenado del test, el tiempo de duración del test que es 15 minutos, además se indicó que no existen respuestas correctas o incorrectas y que se debe responder con sinceridad.
- La recolección de datos se realizó sección por sección, según cronograma establecido.

- La investigadora permaneció en el aula junto a las adolescentes para disipar las dudas que se presenten durante el proceso.
- Antes de recoger los instrumentos, se verifico el llenado completo.
- Se agradeció a las adolescentes y docentes por el tiempo brindado.
- Una vez terminada la recolección de datos, la información fue sistematizada.
- Finalmente los resultados se presentan en base a la estadística descriptiva porcentual, en gráficos y/o cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

## 5.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis porcentual haciendo uso de la estadística descriptiva.

### 5.6.1. Procedimiento descriptivo:

Se realizó el conteo, selección y codificación de los instrumentos, según la categorización y puntuación.

Posteriormente, la cuantificación de cada variable se realizó a través del programa estadístico Excel, ejecutable para el cálculo de:

- Porcentajes
- Cuadros estadísticos
- Gráficos estadísticos

### 5.6.2. Análisis de Datos:

Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva porcentual.

**Formula**

$$P = \frac{x}{N} \times 100$$

**Dónde:**

P = Porcentaje

X = conformación de la población en riesgo de TCA

N = población de estudio.

## VI. RESULTADOS Y DISCUSIONES



## CUADRO 01

**COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA DIMENSIÓN DE CONDUCTAS DE EVITACIÓN DE ALIMENTOS EN LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO – 2013.**

COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE LA CONDUCTA DE EVITACIÓN DEL ALIMENTO	NUNCA		A VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Miedo a la idea de estar con sobrepeso	12	18.8	29	45.3	9	14.1	14	21.9	64	100
Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos	13	20.3	28	43.8	13	20.3	10	15.6	64	100
Evita alimentos con alto contenido de carbohidratos	20	31.3	33	51.6	5	7.8	6	9.4	64	100
Culpabilidad después haber comido	38	59.4	16	25.0	1	1.6	9	14.1	64	100
Preocupación por la delgadez	22	34.4	24	37.5	10	15.6	8	12.5	64	100
Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico	19	29.7	25	39.1	11	17.2	9	14.1	64	100
Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo	14	21.9	29	45.3	10	15.6	11	17.2	64	100
Evita todos los alimentos con azúcar	27	42.2	23	35.9	9	14.1	5	7.8	64	100
Consumo de alimentos dietéticos	32	50.0	21	32.8	8	12.3	3	4.7	64	100
Culpabilidad después de comer dulces	32	50.0	20	31.3	4	6.3	8	12.5	64	100
Ajuste a comportamientos dietarios	29	45.3	22	34.4	8	12.5	5	7.8	64	100
Gusto de sentir el estómago vacío	32	50.0	21	32.8	4	6.3	7	10.9	64	100
Disfruta probando comidas nuevas y apetitosas	20	31.3	16	25.0	22	34.4	6	9.4	64	100

El cuadro muestra las conductas de evitación del alimento, donde se observa que un 21.9 % de estudiantes señalan que siempre tienen “Miedo a la idea de estar con sobrepeso”, seguido por un 17.2% que siempre tienen “preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo”, y un 15.6 % que “Tienen en cuenta el contenido calórico de los alimentos”. Un 20.3% de adolescentes casi siempre “Tienen en cuenta el contenido calórico de los alimentos, 17.2% “piensa en hacer ejercicio físico sobre todo para quemar calorías”, y un 15.6 % “desean tener un cuerpo más delgado” y se “preocupan por la idea de tener grasa en el cuerpo”. Finalmente un 59.4% de estudiantes nunca se sienten culpables después de haber comido.

Según el Garner y Garfinkel las conducta o actitudes que lleva al adolescente a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; manifestado por actitudes del comportamiento en la alimentación y autopercepción físico y psicológico.

Para Way (1996), el riesgo de trastornos alimentarios como cualquier otro es un riesgo de adicción, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; la base del riesgo de padecer la patología de la anorexia es el miedo al sobrepeso. Por ello, las actitudes negativas que se forman respecto al cuerpo como lo refiere Fernández y Aranda (1997), se constituye en conductas predisponentes y desencadenantes de los problemas alimentarios.

Con respecto a los riesgos de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión de conductas de evitación de alimentos; según refiere Rigol C y Ugalde A. (2006), los adolescentes optan diferentes conductas, de tal forma que impiden la toma de alimentos y reducir o tener en cuenta el consumo de calorías, consideran además que el primer signo de alarma lo dan las adolescentes con sus ideas de estar con sobrepeso, sin embargo, estas conductas que en un principio deberían ser consideradas inocuas pasan a constituirse en consecuencias, cuando se llena de prejuicios donde la belleza es un cuerpo delgado, las que se configura como una forma más de opresión y de percepción de estar con sobrepeso.

Para Pascalini D, y Llorens A. (2010) Muchas adolescentes en la actualidad empiezan a memorizar el contenido calórico de los alimentos, y según Perez P. (2011) los adolescentes revisan los cuadros calóricos de los productos envasados y hasta llevar agenda, los cuales les ayuda a controlar el consumo de alimentos todo esto con el fin de no subir o perder peso; por otro lado Mancilla, (2002) indica que la restricción alimentaria es considerada como una

reducción o abstinencia en el comer y el beber o la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado, se considera como una de las puertas de entrada de la anorexia nerviosa; debido a que este riesgo de conducta alimentaria se convierte en un círculo vicioso, ya que más adelante, llegan a obsesionarse con su cuerpo y terminan restringiendo totalmente tipos de alimentos, principalmente los que contienen hidratos de carbono. Al respecto Guzman H. (2011) en su estudio en la facultad de nutrición de la universidad de Veracruz España, afirma que el 45.94% de la población tiene preocupación por estar con sobrepeso; los resultados del estudio realizado en la institución educativa María Auxiliadora de Puno por Ccarí H. (2011), concluye que la mayoría de las adolescentes tienen conductas de mediano y alto riesgo.

Los resultados comparados con el estudio de Guzman H., realizada en la Universidad de Vera Cruz España sobre conductas alimentarias de riesgo, difieren mínimamente, porque el porcentaje encontrado es que 45.94 % de la población tiene preocupación por engordar, así mismo con Rigol C. y Ugalde A. en Madrid España quienes concluyen que el primer signo de alarma para los trastornos de la conducta alimentaria es la idea de estar con sobrepeso. Existe mucha diferencia con los resultados de la presente investigación, probablemente por la globalización y la revolución monótona de los estilos de la moda que se difunden a nivel mundial, donde las adolescentes por tratar de amoldarse a la moda actual, se ven atraídas por querer estar acorde con la actualidad por eso es que aparece el sufrimiento o el miedo al sobrepeso.

Otro de los comportamientos riesgosos es, tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos, comparando con el estudio de Pascalini D, y Llorens A. realizado en la Universidad de Buenos Aires Argentina, muchos adolescentes memorizan el contenido calórico de los alimentos y Perez P. en su estudio señala que muchos adolescentes revisan los cuadros calóricos de los productos envasados, no hay diferencia probablemente porque el adolescente busca información y como se sabe el internet, la radio, los mismos productos envasados llevan un cuadro nutricional. Otro comportamiento riesgoso resaltante es la preocupación por la delgadez donde Loreto Z. realiza un estudio en escolares de la región Metropolitana de Chile sobre prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios, la diferencia es mínima, donde el 7.4 % tienen obsesión con la delgadez, esta diferencia probablemente se atribuya a la ubicación del estudio, a la población aplicada. Y otro comportamiento riesgoso



es el pensamiento de quemar calorías mediante el ejercicio físico en exceso, coincidiendo con Alonso J. en su estudio, trastornos de la conducta alimentaria y el deporte, concluyendo que muchos adolescentes hacen ejercicio solo con el objetivo de quemar caloría. En consecuencia afecta la conducta y condición de salud.

En la dimensión de conductas de evitación del alimento un porcentaje significativo de adolescentes presentaron comportamientos riesgosos a desencadenar trastorno de la conducta alimentaria evidenciado por conductas que se realizan siempre y casi siempre, comola conducta del miedo al sobrepeso, tener en cuenta la cantidad de calorías consumidas al día, les preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo, hacer ejercicios con el fin de quemar calorías, restricción de alimentos con alto contenido de carbohidratos, la preocupación de tener un cuerpo delgado, todas estas conductas son considerados como una puerta de entrada a la anorexia nerviosa.

Por lo tanto la enfermera debe considerar su intervención educativa en el tema de alimentación saludable, haciendo hincapié en aspectos relacionados al incremento de peso y el contenido calórico, requerimiento calórico, manejo del deporte y no la restricción alimentaria. Es posible que la desinformación conlleve a presentar conductas riesgosas.

#### CUADRO 02

### COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA DIMENSIÓN DE CONDUCTAS BULÍMICAS Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA EN LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO – 2013.

COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE CONDUCTAS BULIMICAS Y PREOCUPACION POR LA COMIDA	NUNCA		A VECES		CASI SIEMPR E		SIEMPR E		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%	N°	%
Preocupación por los alimentos	30	46.9	20	31.3	8	12.5	6	9.4	64	100
Atracones de comida con el sentimiento que no se puede parar de comer	34	53.1	24	37.5	4	6.3	2	3.1	64	100
Vomita después de haber comido	49	76.6	8	12.5	5	7.8	2	3.1	64	100

Sentimiento de que la comida controla su vida	39	60.9	18	28.1	6	9.4	1	1.6	64	100
Pensamiento excesivo y ocupación en la comida	37	57.8	19	29.7	3	4.7	5	7.8	64	100
Impulso de vomitar después de comer	43	67.2	12	18.8	5	7.8	4	6.3	64	100

*Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno-2013.*

El cuadro muestra las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos según las dimensiones del test de Garner Garfinkelf, donde se observa que siempre practican estos comportamientos: un 9.4 % de adolescentes señalan que tienen “Preocupación por los alimentos”, seguido por un 7.8 % que “Piensan excesivamente y se ocupan de la comida”, y un 6.3% tienen “Impulso de vomitar después de comer”. Casi siempre practican estos comportamientos: un 12.5 % encontrando nuevamente a que tienen “Preocupación por los alimentos”, un 9.4 % tienen “Sentimientos de que la comida controla su vida”, y un 7.8 % tienen “Impulso de vomitar después de comer”. Finalmente un 76.6 % de alumnas manifiestan nunca haber “vomitado después de haber comido”.

Para Toro y Vilardell (1987), las personas con riesgo de bulimia tienden a preocuparse en la comida específicamente en comer, estas personas son comedoras compulsivas, que luego se provocan el vómito tras la ingesta del alimento para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

Para Sonia G. (2005), estas personas se preocupan por los alimentos que ingerirán , pensamiento que va abocado a el gusto o el sabor de sentir las comidas; inicialmente el adolescente empieza a comer demasiado debido a la demanda de su cuerpo por la etapa de crecimiento lo cual en algunos adolescentes se desencadena hacia un riesgo de trastorno debido a que empiezan a consumir grandes cantidades, sobrepasando el nivel de calorías que necesita el organismo y llega un momento en que se dan cuenta que están con riesgo al sobrepeso, Oliva R., Vazques A.,(2009), sienten que no pueden parar de comerseguido por la sensación de culpabilidad después de ingerir grandes cantidades de alimentos; estos llamados atracones porque todo este proceso de comer se da en un corto tiempo, el consumo sobre todo de alimentos ricos en calorías, azucares , grasa, sintiendo que el alimento controla su vida o que su vida gira alrededor de los alimentos, todas estas conductas se convierten en

un círculo vicioso, ya que más adelante van consumiendo mayores cantidades de alimentos en una sola vez, y sufren al no poder controlarlo.

Asimismo, Madruga A. (2005), estas técnicas del vomito son utilizados por las adolescentes supuestamente para eliminar las calorías ingeridas después de comer cualquier comida, este procedimiento es peligroso ya que después de los atracones y además no producen pérdida de peso.

Corroborando con el estudio de Guzman H. (2011), realizado en España, el resultado es que 10.81% se preocupa por los alimentos, Condori V. (2011), realizado en Puno Juliaca, donde el 13.64 % tienen preocupación constante por los alimentos, la diferencia se atribuye, probablemente a la ubicación de nuestro estudio, la institución educativa Adventista inculca valores saludables, pero lamentablemente es inevitable de que los adolescentes no puedan seguir la moda actual.

Otro de los comportamientos riesgosos es, pensamiento excesivo y ocupación en la comida, comparando con el estudio de Condori V, donde el 13.64 % a menudo piensan y se ocupan de la comida, diferencia mínima, sea probablemente por ubicación y el tiempo de estudio. Otro de los comportamientos riesgosos es , impulso de vomitar después de comer, comparando con el estudio de Condori V, donde el resultado es un porcentaje es muy bajo, difiere con el presente estudio probablemente por el tiempo y la moda actual comparada con la moda de hace pocos años.

Otra conducta riesgosa es el impulso de vomitar después de comer, comparando con el estudio de Guzman H. donde el resultado es que el 2.7 % se induce el vómito, en el presente estudio la mayoría de adolescentes solo tienen el impulso de vomitar sin llegar al vómito, la diferencia es probablemente por la ubicación del estudio y la inculcación de valores de respeto hacia el cuerpo, que se da en la institución educativa.

En la dimensión de conductas bulímicas preocupación por los alimentos un porcentaje significativo de adolescentes presentaron comportamientos más riesgosos a desencadenar trastorno de la conducta alimentaria evidenciado por comportamientos que se realizan siempre y casi siempre, como preocuparse por los alimentos, pensamiento excesivo y ocupación en la comida, impulso de vomitar después de comer y sentimiento de que la comida controla su vida, todo esto dirigidos a conseguir un peso ideal. La enfermera debe

considerar su intervención educativa priorizando el tema de consecuencias de las conductas bulímicas y la consecuencia física de los vómitos a nivel cardíaco, gástrico, además de que se debe incentivar el cumplimiento de horarios de alimentación, cantidad y alimentación saludable equilibrada, para prevenir el riesgo de salud del adolescente hacia el peligro de caer en la bulimia, sin medir las consecuencias fatales que origina esta enfermedad.

**CUADRO 03**  
**COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA DIMENSIÓN DE CONTROL ORAL Y PRESIÓN PERCIBIDA EN LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO – 2013.**

COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS DE CONTROL ORAL Y PRESION PERCIBIDA	NUNCA		A VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N	%	N°	%	N°	%
Evita comer cuando tiene hambre	37	57.8	18	28.1	5	7.8	4	6.3	64	100
Corta los alimentos en trozos pequeños	22	34.4	28	43.8	6	9.4	8	12.5	64	100
Siente que los demás quiere que coma mas	30	46.9	22	34.4	7	10.9	5	7.8	64	100
Percepción de que los demás piensan que está muy delgada	36	56.3	20	31.3	6	9.4	2	3.1	64	100
Come más lento que los demás	14	21.9	27	42.2	9	14.1	14	21.9	64	100
Mantiene un control en la ingesta	9	14.1	28	43.8	15	23.4	12	18.8	64	100
Siente presión de los demás para comer	32	50.0	15	23.4	8	12.5	9	14.1	64	100

*Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno- 2013.*

El cuadro muestra los comportamientos riesgosos de trastornos de la conducta alimentaria en el control oral y presión percibida, donde los comportamientos más riesgosos se observa en un 21.9 % “Comen más lento que los demás”, un 18.8 % “Mantener un control en la ingesta de alimentos”; y un 12.5 % perciben “presión de los demás para comer”, Un 23.4 % indican que “Mantienen un control en la ingesta”. Finalmente un 57.8 % de adolescentes indican que nunca “Evitan comer cuando tienen hambre”.

Por su parte Garfinkel P. y Garner D. (1992), en su libro señalan que, las conductas de riesgo de presión percibida, principalmente están dadas por el ambiente familiar, además de que la familia es la matriz sobre la que se construye la personalidad del adolescente; además el hogar es el medio donde se socializa la comida, la función de la alimentación de los hijos juega un papel muy importante en los padres desde que sus hijos son pequeños y por lo tanto, disminución de la ingesta alimentaria por parte de la adolescente desencadena una fuerte ansiedad en todos los integrantes de la familia y personas cercanas. Al respecto García Rodríguez (1993) indica que, los trastornos alimenticios es la fobia a la obesidad, con el deseo irracional de estar delgada y una alteración del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente, con la percepción corporal que se le da a conocer al adolescente, proveniente del entorno familiar y social

Para Pascalini D, y Llorens A. (2010), la reducción del alimento, causado por la comida, el peso y la figura. Las adolescentes en riesgo rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, ansían el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas. Son adolescentes que centran su interés en la figura y el peso, modificando éste a través de la dieta, consideran que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad más allá de los parámetros normales. Pueden llegar a ser anoréxicas por una excesiva receptividad y sumisión a un estereotipo femenino muy concreto y por otra parte poco asequible para la mayoría de ellas.

Es por ello que la familia y las personas de su entorno empiezan a preocuparse y tratan de que la adolescente opte medidas correctas referentes a la adecuada alimentación, tratando de hacerle entender que el no comer le causara alteraciones en el organismo o simplemente actuaran de forma indirecta manifestándole a la adolescente la delgadez en que se encuentra o simplemente como la mayoría de las madres trataran de meterle presión para que coman al menos una cantidad pequeña, y el adolescente empieza a sentir que los demás le presionan y prefieren que coma más, todo este círculo hace que el adolescente opte medidas como en el momento de que el plato o la comida esta frente a ellos empiezan a tardarse más en ingerir cada bocado, también empiezan a hacer trozos pequeños, ya que dentro de ellos se produce un conflicto interno sobre todo de los supuestas consecuencias después de comer.

Por otro lado, cuando las adolescentes realizan dieta, se evidencia la pérdida de peso y los padres se preocupan y centran su conversación en la alimentación; pero ante la

imposibilidad de cumplir las repetidas promesas de comer normalmente o aumentar de peso por la adolescente, las relaciones con personas dentro del hogar y las personas de su entorno, se irán deteriorando; sin embargo, La familia suelen enterarse del caso la adolescente empieza a deprimirse o hasta llegan al intento de suicidio por el solo hecho de que no pueden bajar de peso.

Entorno a esto;Condori V., en su estudio en adolescentes en Puno Juliaca, afirma que el 4.55 % come más lento que los demás, comprando con el 21.9 % del presente estudio la diferencia es notable, esto porcalmente por la ubicación y el tiempo de estudio. Otro comportamiento riesgoso es el adolescente mantiene un control de la ingesta, comparando con el estudio de Mancilla, Donde señala que la mayoría de adolescente mantiene un control de la ingesta, reduciendo o absteniéndose a ingerir alimentos. Otro comportamiento riesgoso es que el adolescente siente presión de los demás para comer.

En contraste con los estudios previos, se puede deducir que se ha acrecentado las conductas riesgosas de control oral y presión percibida, esto probablemente por la globalización y la moda actual que se impone.Por lo expuesto, podemos concluir que un porcentaje considerable de adolescentes presentan comportamientos más riesgoso y una parte significativa presentan conductas menos riesgosas a los trastornos de la conducta alimentaria. La enfermera debe considerar su intervención en la ingesta adecuada según requerimientos nutricionales en la etapa de la adolescencia, además coordinar con la institución para llevar un instructor capacitado en el aspecto psicológico.

## CUADRO 04

**“RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN LAS  
ADOLECENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA  
ADVENTISTA PUNO – 2013”**

CATEGORIA DE RIESGOS DE TRASTORNO	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conducta de evitación del alimento	38	59.4	26	40.6	64	100
Preocupación por los alimentos	16	25.0	48	75.0	64	100
Control Oral y presión percibida	45	70.3	19	29.7	64	100
RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	31	48.4	33	51.6	64	100

*Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de*

Respecto a los riesgos de trastorno de la conducta alimentaria, se observa que el 51.6% de estudiantes del colegio Adventista se presentan sin riesgo, 48.4% presentan riesgo de trastornos alimentarios. Los comportamientos riesgosos de los trastornos de la conducta alimentaria puestas en práctica son: control oral y presión percibida representa un acumulado del 70.3% respectivamente; conductas de evitación de alimentos que representa 59.4% y conductas bulímicas y preocupación por los alimentos del 25%.

Estos datos evidencian que existe un porcentaje significativo en la dimensión de “control oral y presión percibida” El cual se predice, anticipa el riesgo al trastorno alimentario abocado a la percepción y la psicología del adolescente, además que en estas dimensiones mencionan la lentitud en ingerir sus alimentos, se controlan en ingerir alimentos y perciben que los demás personas lo presionan para que coma, seguido por las conductas riesgosas de “conductas de evitación del alimento” es el que predice, anticipa la patología de anorexia, además en esta dimensión incluye el miedo a estar con sobrepeso, tener en cuenta la calorías ingeridas y el deseo de tener un cuerpo más delgado. Definitivamente la presencia del riesgo hacia estos trastornos llevara a la adolescente a la autodestrucción de sí misma, incluso si no se interviene en el momento adecuado puede llevarla a la muerte.

Loubat O. M. (2006), indica que el riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, en general, proviene de una percepción equivocada de su imagen corporal, y en la búsqueda



errónea de la perfección de su cuerpo; adoptan un comportamiento según aligeran su carga emocional de culpa, sin pensar que esta situación afecta gravemente la salud física de la adolescente. Con respecto a los adolescentes en riesgo de padecer trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), Toro, Salamero y Martínez (1995), indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, es la base de los trastornos de la anorexia y la bulimia.

Al respecto Maganto, Del Rio y Roiz (2000), refieren que en la actualidad, la anorexia y la bulimia expresa las contradicciones de la identidad de la mujer de la actualidad, observándose más en la etapa adolescente donde surgen los cambios sexuales de la misma, optándose por la aceptación o el rechazo de la misma.

Por otro lado Cuny (2004), menciona que el riesgo de trastornos alimentarios tiene comienzo a una edad más temprana a la adolescencia, y viene estrechamente relacionada con la percepción y aceptación de su aspecto corporal, y los cambios que se suscitan durante el paso de la pubertad a la adolescencia y posteriormente a la juventud.

Barragan A, Moiso M.(2007), durante esta etapa de vida los adolescentes se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadoras de riesgo, esto porque piensan que a ellas jamás les ocurrirá algún percance; esta sensación les facilita a las adolescentes a realizar conductas de riesgo que con el pasar del tiempo pueden llegar a desencadenar en la enfermedad, es decir en los trastornos de la conducta alimentaria ya sea la bulimia , anorexia o las dos enfermedades al mismo tiempo; asimismo las adolescentes están preocupadas por su apariencia física, en la imaginación de tener un cuerpo atractivo, están muy pendiente de la moda, se preocupan por la opinión de sus amigos o amigas ya que les parece muy importante hasta más que la opinión de sus padres.

Por otro lado, el riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, se define como toda aquella manifestación por factores de conducta de evitación de alimentos, significativo predictor en cuanto a la capacidad de anticipar y confirmar una patología anoréxica caracterizado principalmente por obtener un perfil esbelto y la severa restricción de la ingesta especialmente los alimentos con contenido de hidratos de carbono. También, en el factor preocupación por el alimento predice y confirma una patología bulímica, ya que los que está en riesgo de padecer la enfermedad de la bulimia tienen preocupación por la comida, consumo excesivo de alimentos (atracones) en un solo tiempo y como son conscientes de

que la comida que ingirieron tiene un valor alto de calorías recurren al vomito; asimismo, en el factor oral y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso, comportamientos que se caracterizan por una grave limitación de la dieta autoimpuesta, en rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal; además existe una alteración de la percepción de la forma y silueta corporal.

Asimismo, algunas adolescentes con sus características propias de esta etapa de vida, por estar en constante comparación con los demás y por el miedo a engordar, hace que bajen de peso por cualquier medio que ellas tengan conocimiento, llevándolas al riesgo de la anorexia nerviosa y la bulimia, esto evidenciados por la angustia de subir de peso, control en los alimentos, hasta la disminución de peso, es decir la desnutrición, en el caso de riesgo a la bulimia se empieza con la preocupación exagerada por el consumo de alimentos sintiendo que la comida controla su vida y al sentirse atrapadas en este círculo y al darse cuenta que suben de peso, empiezan a optar medidas poco saludables como: provocarse el vómito.

El estudio de Condori V, (2011) realizado en la Institución Educativa particular Luz Andina-Juliaca, para la recolección de datos aplico la Escala EAT-26 de GarnerGarfinkel, El 21.2% presentaron riesgo. Por otro lado Loaisa M, (2010) realizado en la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno”, los resultados obtenidos del estudios fueron que el 42.2% presentan riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, comparando, a los estudios previos, se puede decir que existe una disminución relativa, ya que en el presente estudio el 51.6% no presentan riesgos, en contraste con los trabajos mencionados en el que la mayoría de los estudiantes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Esto probablemente por la religión adventista que se predica en el colegio donde se realizó el presente estudio además de la diferencia en la cantidad de la población.

Por lo expuesto se puede concluir indicando que la diferencia porcentual es poco significativo entre las adolescentes con riesgo y sin riesgo, el porcentaje mayoritario de adolescentes están sin riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, con la poca diferencia de adolescentes que presenta riesgo de padecer el trastorno alimentario; dirigidos principalmente a la adopción de comportamientos riesgosos en las conductas de evitación de alimentos, conductas bulímicas y preocupación por los alimentos, y control oral y presión percibida, los cuales podrían deberse a la misma etapa de la adolescencia, pues fijándose y queriéndose acercar a un modelo de belleza actual basado en un cuerpo delgado, se optan

conductas poco saludables en la alimentación que llevan a comportamientos riesgosos como por ejemplo : privándose la alimentación y pensamientos de sobrepeso, manteniendo un control de la ingesta, el cual es perjudicial en la etapa del adolescente ya que se encuentra en pleno desarrollo físico y etapa de aprendizaje.

Po otro lado, hay estudiante que obtienen un bajo puntaje y no presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y se ha podido ver que esta gran mayoría de estudiantes manifiestan creer en Dios y la gran mayoría de ellas son de religión adventista; asimismo las adolescentes que tienen un puntaje elevado las cuales se encuentra en riesgo, manifiestan no pertenecer a ninguna religión.



## VII. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación permitieron llegar a las siguientes conclusiones.

- **PRIMERA:**

Los comportamientos riesgosos de las conductas de evitación de alimentos, son: “Miedo a la idea de estar con sobrepeso”, “Tienen en cuenta el contenido calórico de los alimentos”, “Se preocupan por la idea de tener grasa en el cuerpo” y “Hacen ejercicio físico solo para quemar calorías”, mientras la mitad de estudiantes no sienten “Culpabilidad después de haber comido”.

- **SEGUNDA:**

Los comportamientos riesgosos de conductas bulímicas y preocupación por los alimentos, son: “Preocupación por los alimentos”, “Pensamiento excesivo y ocupación en la comida”, “Impulso de vomitar después de comer” y “Sentimiento de que la comida controla su vida”. Mientras que la conducta menos riesgosa es que el adolescente no “Vomita después de comer”.

- **TERCERA:**

Los comportamientos riesgosos en el control oral y presión percibida, son: “Comen más lento que los demás”, “Mantienen un control de la ingesta”, “Sienten presión de los demás para comer”. Mientras que la conducta menos riesgosa es que el adolescente no “Evita comer cuando tiene hambre”.

- **CUARTA:**

Casi la mitad de estudiantes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, pero la diferencia porcentual es mínima entre estudiantes sin riesgo y con riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

## VIII. RECOMENDACIONES

### A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ADVENTISTA PUNO

- A los Docentes de la Institución Educativa se recomienda tratar temas sobre los trastornos de conducta alimentaria, en donde se aborde el tema de la prevención de la anorexia y bulimia, alimentación, imagen corporal, autoestima y auto concepto y como fomentar entornos saludables para las adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de este trastorno.
- A la plana de docentes, proporcionar información de fortalecimiento en la toma de decisiones en cuanto a la salud, fortaleciendo su percepción como adolescente.
- A la plana de docentes, se recomienda fortalecer las reuniones de escuela de padres; donde se traten temas concernientes a las primeras conductas riesgosas de trastornos de la alimentación, socialización de las comidas en familia, para que los adolescentes opten conductas saludables.
- Al Director, coordinar con los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención en salud de su ámbito, para que conjuntamente elaboren estrategias de intervención orientadas a formar estilos de vida saludables, dirigidos a los adolescentes, principalmente en prevención de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

### A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

- La Enfermera debe considerar su intervención en comportamientos riesgosos, priorizando temas de sobrepeso en adolescentes, contenido calórico del alimento, ejercicio físico adecuado, consecuencia de los vómitos, ingesta adecuada de acuerdo a la etapa de la adolescencia, autoestima y reciprocidad con los padres y familia en la alimentación. Para así prevenir en forma temprana los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

- Fortalecer la educación sobre prevención de trastornos de conducta alimentaria, a través de las enfermeras mediante los programas de salud del adolescente y salud mental, tomando en cuenta la importancia de la prevención primaria.
- Realizar evaluaciones periódicas a los adolescentes en las instituciones educativas aplicando test que ayuden a identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
- Promover la estrategia de salud del escolar y adolescente en “familias fuertes y límites” basada en evidencias como: dinámica familiar basada en el dialogo; desarrollando en las adolescentes empatía, comunicación asertiva, pensamiento crítico, toma de decisiones, proyectos de vida y consejería dirigido a los padres de familia para que sus hijos adolescentes tengan menos conductas de riesgo.

#### **A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

- A los Bachilleres de Enfermería y profesiones afines, realizar estudios de investigación relacionados al tema, partiendo del presente trabajo, aplicando intervenciones educativas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria la misma población, con lo cual pueden contribuirse en la disminución el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria
- A los estudiantes durante las prácticas pre-profesionales en la asignatura de enfermería en salud del escolar y adolescente, enfatizar la educación sobre prevención de trastornos de conducta alimentaria, con la finalidad de contribuir en la disminución de estos trastornos durante la etapa de la adolescencia.

## A LOS PADRES DE FAMILIA

- Prestar atención a cualquier conducta riesgosa de los trastornos de la alimentación como brindar confianza a sus hijos para que ellos puedan manifestarle cualquier preocupación e incertidumbre que tengan respecto a su aspecto físico y alimentación.
- Identificar conductas riesgosas de trastornos de la conducta alimentaria, buscar apoyo psicológico en la institución educativa o centro de salud.
- Gestionar la constitución de apoyo psicológico en la institución educativa.





**IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1. FLORENZANO R, ZEGERS B. “Psicología Médica”. Editorial mediterráneo. Chile: Mediterráneo, 1999; Pág. 182
2. CESTARO O. “Trastorno de la conducta alimentaria anorexia nerviosa – bulimia nerviosa”. [En Línea], [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.drwebsa.com.ar/drw/prof\\_mes/articulos/art\\_011.pdf](http://www.drwebsa.com.ar/drw/prof_mes/articulos/art_011.pdf)
3. MASH E. “Trastornos de la conducta alimentaria”, (2003).
4. BBC Mundo “trastornos alimentarios” Madrid, [En Línea], (2012). [fecha de acceso: 24 de noviembre del 2013]; URL disponible en: [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/07/101217\\_trastornos\\_alimentarios\\_bulimia\\_anorexia\\_jp.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/07/101217_trastornos_alimentarios_bulimia_anorexia_jp.shtml)
5. ALBOR C. “Estadística de Trastornos de la conducta alimentaria”. Madrid-Bilbao. [En Línea], (2012). [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://psicosanse.es/wp-content/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>
6. BEHARA. R. “Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev. Méd Chile 1998; 126:1085-1092
7. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (MINSA). Trastornos Alimenticios en Adolescentes del Perú. 2010.
8. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO 2011.
9. LOAIZA Y. “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con factores psicosociales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno 2010”. [Tesis] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano Puno 2010.
10. CCARI Y. “Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora de Puno 2011”. [Tesis] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano Puno 2010.
11. CONDORI R. “Factores Psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes de la Institución Educativa Particular Luz Andina- Juliaca”. [Tesis] Facultad de Enfermería UNA Puno 2011
12. HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA- SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.
13. PEÑALBA M. PROCOPIO G. “La alimentación de los adventistas del séptimo día como modelo de una dieta ovolacteovegetariana - Buenos Aires, Noviembre de 2005. Pág. 18.
14. CHIMPÉN C, OVIEDO M. “Influencia de la espiritualidad en los estilos de afrontamiento de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa” prisma social - N° 8 junio 2012 revista de ciencias sociales ISSN: 1989-3469

15. RAMÓN F. “Influencia de la religión en los trastornos alimenticios” UGR; [En Línea],2011, [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://suite101.net/article/influencia-de-la-religion-en-los-trastornos-alimentarios-a43421>
16. AUCEDO T, PEÑA A, FERNÁNDEZ T, GARCÍA J. “Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud “ - Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2010; [En Línea], [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol10\\_num2/articulos/identificacion.pdf](http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/identificacion.pdf)
17. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN. “Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición”, 2008; [En Línea], [fecha de acceso:08 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/articulo4.pdf>
18. LORETO Z. “ Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana”, Chile ( 2006); [En Línea], [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext)
19. URZÚA A., CASTRO S., LILLO A., LEAL C. “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile” Vol. 38 2011, págs: 128-135”Revista chilena de nutrición. [En Línea], [fecha de acceso:06 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182011000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182011000200003&script=sci_arttext)
20. BEHARA R. “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar” Chile= Scientific Electronic Library Online.
21. GUZMAN H. “ Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición de la Universidad de Veracruz” España- 2011, pag - 02
22. SÁNCHEZ M. “Conductas de riesgo de anorexia nerviosa relacionada con edad y grado de estudios en adolescentes. [Tesis] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Perú, 2009
23. RIVERA D. “Conocimientos y conductas riesgosas a la anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas”, [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina. E.A.P. de enfermería. Lima Perú. 2007.
24. LOAIZA Y. “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con factores psicosociales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno 2010”. [Tesis] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano Puno 2010.

25. CCARI Y. “Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora de Puno 2011”. [Tesis] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano Puno 2010.
26. CONDORI R. “Factores Psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes de la Institución Educativa Particular Luz Andina- Juliaca”. [Tesis] Facultad de Enfermería UNA Puno 2011
27. PINEDA S., ALIÑO M. “Manual de prácticas clínicas para la atención del adolescente” México 2005; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capituloconceptode\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capituloconceptode_adolescencia.pdf)
28. MORANDI T., COZZETTI E., LEWINTAL C., CORNELLÀ J. “La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas Y Sociales”; Madrid 2007. [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)
29. UNICEF. “Adolescencia” Nueva York, 2002; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
<http://www.unicef.org/guatemala/spanish/adolescencia.pdf>
30. MORANDI T., COZZETTI E., LEWINTAL C., CORNELLÀ J. “Manual De Salud Reproductiva En La Adolescencia”; España 2001; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/00%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/00%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)
31. GRAN S., WAGNER B. “the adolescent growth of the skeletal mass and its implications to mineral requirements”. En: Heald FP, ed. Adolescent nutrition and growth, Nueva York, Meredith, 1969: 139-162
32. LARA J. “Adolescencia cambios físicos y cognitivos”; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia>
33. RAMOS A. “¿Qué es la adolescencia?” , 2009; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:”<http://www.mailxmail.com/curso-prevencion-conocimiento-embarazo-adolescentes/que-es-adolescencia>
34. ADOLESCENCIA, ; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
<http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolescencia.%20Los%20cambios.pdf>
35. CAPELLI S., GRECO F., ITURBE M. “Adolescencia”; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[http://www.oni.escuelas.edu.ar/2002/santa\\_fe/adolescencia/inter%C3%A9s\\_por\\_la\\_apariencia\\_f%C3%ADsica.htm](http://www.oni.escuelas.edu.ar/2002/santa_fe/adolescencia/inter%C3%A9s_por_la_apariencia_f%C3%ADsica.htm)

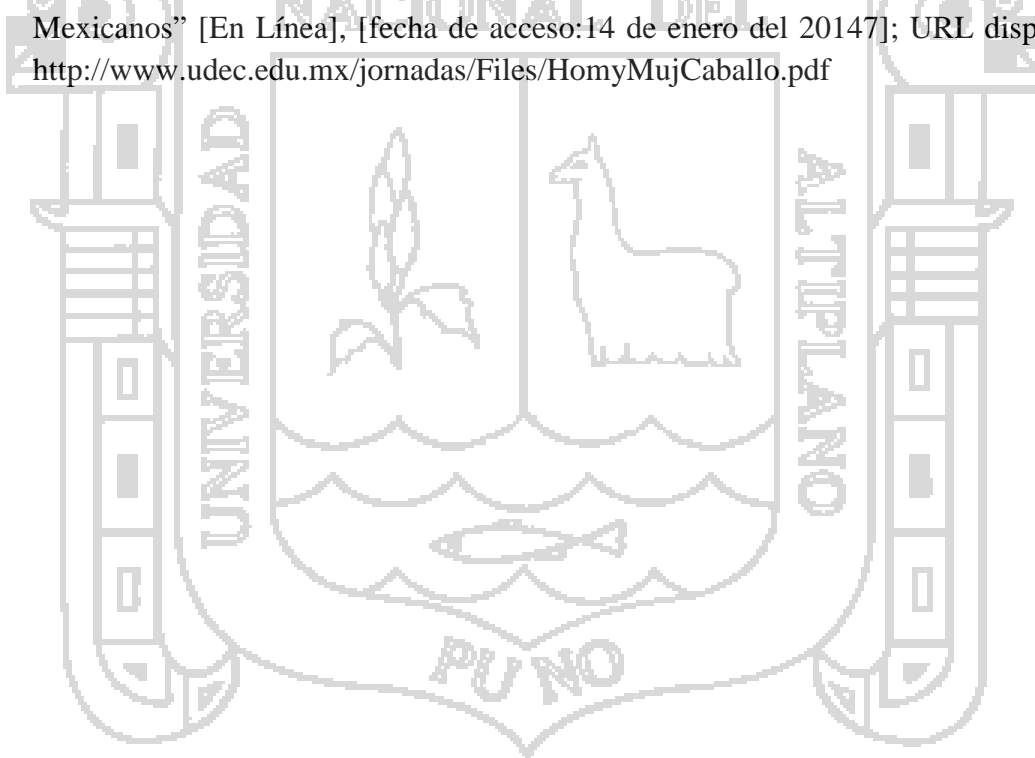
36. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN. “Adolescencia y desarrollo”, Venezuela 2010; [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>
37. TORO, SALAMERO Y MARTINES, E. (1995) “La evaluación de la influencia sociocultural sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa”, en: revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, vol.22.
38. CUNY J. Actitud y sentimiento de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de Lima. [En Línea], [fecha de acceso: 06 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[http://www.fresno.ulima.edu.pe/sf%5csf\\_bdfde.nsf/imagenes/ccb9b0d9bfgd522522-persona4-cuny.pdf](http://www.fresno.ulima.edu.pe/sf%5csf_bdfde.nsf/imagenes/ccb9b0d9bfgd522522-persona4-cuny.pdf)
39. ÁLVAREZ G. “Síntomatología en jóvenes con trastorno alimentario ”México (2000); 8:582-589.
40. STANLEY H. “Psicología de la adolescencia” , 1904 [En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
[www.jeffreyarnett.com/articles/Arnett\\_2006\\_HP2.pdf](http://www.jeffreyarnett.com/articles/Arnett_2006_HP2.pdf)
41. COLEMAN Y HENDRY. “Cambios Físicos y Psicológicos en la adolescencia”, en prensa 2003.
42. DUNCAN Y COLS. “Maduración en adolescentes”, (1990), [en línea]. [fecha de acceso 27 de diciembre del 2013]URL disponible en:  
<https://buleria.unileon.es/.../2011GAMARDO%20HERNÁNDEZ,%20PE>
43. ALSAKER. “psicología del adolescente” (1992), [en línea]. [fecha de acceso 27 de diciembre del 2013]URL disponible en:  
<http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0048-57050504383S>
44. HUNOT C. “Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria”. Revista Salud Pública y Nutrición. 2008; 9:2-21.
45. SELVINI M., CIRILLO S. “Muchachas anoréxicas y Bulímica. La terapia familiar”. Barcelona (1999). [en línea]. [fecha de acceso 27 de diciembre del 2013]URL disponible en: [www.naciongay/trastornos\\_alimenticios002\\_005/pdf](http://www.naciongay/trastornos_alimenticios002_005/pdf).
46. GARFINKEL G. (1992). “Interpretación del EAT – 26”.
47. ACEITUNO M. “Libro de la salud del Hospital Clínico de Barcelona y la Fundación BBVA”. Barcelona: Editorial Nerea, 2007:459-466.
48. LOUBAT O M (2006) “Un Factor de Riesgo en la Adolescencia. Resultados Preliminares en Base a Grupos Focales con Adolescentes y Profesores”; [En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524104>
49. WAY, K (1996) “Anorexia nerviosa, Bulimia, Causas, Consecuencias, Tratamiento y Recuperación.” Barcelona Bellaterra

50. FERNÁNDEZ ARANDA (1997). «Bulimia Nerviosa Y Trastornos De La Personalidad. Una Revisión Teórica De La Literatura». *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, **3** (002): P. 335-349.
51. GARCIA F. (1993) “Las adoradoras de la delgadez, anorexia nerviosa”. Madrid, Ediciones Días de Santos, S.A.
52. BECKER AE., GRINSPOON SK., KLIBANSKI A., HERZOG DB. “Desórdenes alimentarios Nuevos avances de medicina”, 1999; 340(14):1092–1098.
53. GABINETE PSICOPEDAGÓGICO “Trastornos de la alimentación”; [En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies\\_carlos\\_cano/Departamentos/orientacion/Profes5/alimentacion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies_carlos_cano/Departamentos/orientacion/Profes5/alimentacion.pdf)
54. ROSENZTHERJN R., TREASUREHN J. “Trastornos de la conducta alimentaria”(2009);[En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en: [Ttp://ral.adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a03v01n3.pdf](http://ral.adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a03v01n3.pdf)
55. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E HISTORIA – ENERO 2008. [En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://trastornosdeconductaalimentaria.blogspot.com/2008/01/qu-son-los-trastornos-de-conducta.html>
56. HIDALGO V., GÜEMES H. “Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia”; [En Línea], [fecha de acceso: 15 de octubre del 2013]; URL disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Trastornos\\_comportamiento\\_alimentario\\_anorexia\\_bulimia.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_comportamiento_alimentario_anorexia_bulimia.pdf)
57. BBC Mundo “trastornos alimentarios” Madrid- 2012, [En Línea], [fecha de acceso: 24 de noviembre del 2013]; URL disponible en: [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/07/101217\\_trastornos\\_alimentarios\\_bulimia\\_anorexia\\_jp.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/07/101217_trastornos_alimentarios_bulimia_anorexia_jp.shtml)
58. DÍEZ H. “La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar” , marzo, Madrid 2005; [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>
59. KORSTANJE M. “Reconsiderando el Concepto de Riesgo”. 2010, Revista. N. 22: 1-20. Universidad de Chile.
60. CASTIEL L., AYRES J. “Riesgo concepto básico de la epidemiología “Buenos Aires Argentina setiembre 2009. Artículo 323.
61. BARRAGÁN A, MOISO M.(2007), “Padres frente a los trastornos alimenticios: un punto de encuentro para todos los padres” (2011) [ en línea],[fecha de acceso 26 de noviembre del 2013] disponible en: <http://padresliceosorollab.wordpress.com>
62. SILVER “Anorexia Nerviosa En Adolescentes”. En: PEREZ L. (1998), “psicología”. Editorial Navarrete. Pág. 55. Lima – Perú.



63. SÁEZ “ Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes”. En: PASCALINI D., LLORENS A. (2010) “salud y bienestar del adolescente y joven: una mirada integral OPS/OMS”. Universidad de Buenos Aires. Argentina. Ag 295.
64. SERRATO (2000). “Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria” PASCALINI D., LLORENS A. (2010).p.159.
65. PASCALINI D., LLORENS A. (2010). “salud y bienestar del adolescente y joven: una mirada integral OPS/OMS”. Universidad de Buenos Aires. Argentina.p.112
66. PASCALINI D., LLORENS A. obcit,p 282 y 285
67. PASCALINI D., LLORENS A. obcit,p p. 554
68. PINTO J., CARBAJAL A. “La dieta equilibrada, prudente o saludable. Nutrición y Salud”. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid, 2006.
69. RIGOL C., Y UGALDE A. (2006), “Enfermería en salud mental y psiquiatría”, ed. MASSON. 2da edición. Barcelona España. P, 242.
70. RIGOL C., UGALDE A. (2006) ob. Cit. P. 242.
71. SOROLLA L. “Padres frente a los trastornos alimenticios: un punto de encuentro para todos los padres” (2011) [ en línea],[fecha de acceso 26 de noviembre del 2013] disponible en:<http://padresliceosorollab.wordpress.com/2011/03/13los-padres-frente-a-los-trastornos-alimentarios/>
72. PÉREZ P. “Roductosligh. Ventajas y desventajas de los productos light”. (20/04/2011). [en línea]. [fecha de acceso 09 de noviembre 2013] disponible en:<http://quimica2cchazcapotzalco.blogspot.com>.
73. ALVAREZ G., MENI B. “Bulimia y anorexia”(28/10/2007); [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible: <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>.
74. GUEDES S. “ Contra la cultura de la delgadez”; [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible: <http://www.pensamientocritico.org/songue0406.html>
75. ALONSO J. “Trastornos de la conducta alimentaria y el deporte” (2006). [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible:[https://www.google.com.pe/?gws\\_rd=cr&ei=3irMUpf5Oo3LkAf\\_7YHYCw#q=TRASTORNO+ALIEMNTARIO+Y+EJERCICIO+FISICO](https://www.google.com.pe/?gws_rd=cr&ei=3irMUpf5Oo3LkAf_7YHYCw#q=TRASTORNO+ALIEMNTARIO+Y+EJERCICIO+FISICO)
76. VÁZQUEZ, FUENTES, BÁEZ, ÁLVAREZ Y MANCILLA. “Restricción alimentaria y conductas de riesgo” (2002) [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013] <http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/articulo4.pdf>
77. ROJO, LIVIANOS, LLANOS Y COLS. (2003). [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013] <http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/articulo4.pdf>
78. TORO Y VILARDELL. “Trastornos de la conducta alimentaría: Cuando la Imagen física se convierte en juego” (1987) [En Línea], [fecha de acceso: 05 de mayo del

- 2014] disponible en: <http://visionpsicologica.blogspot.com/2008/07/trastornos-de-la-conducta-alimentara.html>.
79. GIRALDO S. (2005) “Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria” [En Línea], [fecha de acceso: 05 de mayo del 2014] disponible en : <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/4249>
80. GUEDES S. “contra la cultura de la delgadez” [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible: <http://www.pensamientocritico.org/songue0406.html>
81. OLIVA R., VAZQUES A. “Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios” (2009)[En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&script=sci_arttext)
82. CENTRO DE TERAPIAS Y CRECIMIENTO PERSONAL- 2011 [En Línea], [fecha de acceso: 27 de octubre del 2013]; URL disponible: <http://www.avalonzenter.com/los-atracones-%C2%BFque-son-exactamente/>
83. MANCILLA J. “Trastornos De La Conducta Alimentaria En Hombres Y Mujeres Mexicanos” [En Línea], [fecha de acceso:14 de enero del 20147]; URL disponible: <http://www.udec.edu.mx/jornadas/Files/HomyMujCaballo.pdf>









**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ENCUESTA DE RIESGOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**EDAD:** 14 AÑOS ( ) 15 AÑOS ( ) 16 AÑOS ( ) **GRADO:** .....

**FECHA:**...../...../.....

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, marca tu respuesta con una (X), en uno de los casilleros. Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas. El presente cuestionario es de carácter anónimo.

N°	AFIRMACIONES	Nunca	A veces	Casi siempre	siempre
01	Me da miedo pesar demasiado				
02	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos				
03	Evito, especialmente, comer alimentos con alto contenido de carbohidratos (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)				
04	Me siento muy culpable después haber comido				
05	Me preocupa el deseo de tener un cuerpo más delgado				
06	Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías.				
07	Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo				
08	Procuro no comer alimentos que contienen azúcar				
09	Como alimentos dietéticos (diet o light)				
10	Me siento culpable después de comer dulces				

11	Me comprometo a hacer dieta (régimen)				
12	Me gusta sentir el estómago vacío				
13	Disfruto probando comidas nuevas y apetitosas				
14	La comida para mi es una preocupación constante				
15	He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer				
16	Vomito después de haber comido				
17	Siento que los alimentos controlan mi vida				
18	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida				
19	Tengo ganas de vomitar después de comer				
20	Procuro no comer, aunque tenga hambre				
21	Cuando como corto mis alimentos en trozos pequeños				
22	Noto que los demás preferirían que yo comiera mas				
23	Los demás piensan que estoy demasiado delgada				
24	Tardo en comer más que las otras personas.				
25	Me controlo en las comidas				
26	Noto que los demás me presionan para que coma más.				

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## CUADRO ANEXO 01

**Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la dimensión conductas de evitación del alimento en las adolescentes de la institución educativa secundaria adventista puno – 2013.**

AFIRMACIONES	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Me da miedo pesar demasiado	12	18.8	29	45.3	9	14.1	14	21.9	64	100
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos	13	20.3	28	43.8	13	20.3	10	15.6	64	100
Evito, especialmente, comer alimentos con alto contenido de carbohidratos	20	31.3	33	51.6	5	7.8	6	9.4	64	100
Me siento muy culpable después haber comido	38	59.4	16	25.0	1	1.6	9	14.1	64	100
Me preocupa el deseo de tener un cuerpo más delgado	22	34.4	24	37.5	10	15.6	8	12.5	64	100
Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías.	19	29.7	25	39.1	11	17.2	9	14.1	64	100
Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo	14	21.9	29	39.1	10	17.2	11	14.1	64	100
Procuro no comer alimentos que contienen azúcar	27	42.2	23	35.9	9	14.1	5	7.8	64	100
Como alimentos dietéticos (diet o light)	32	50	21	32.8	8	12.3	3	4.7	64	100
Me siento culpable después de comer dulces	32	50	20	31.3	4	6.3	8	12.5	64	100
Me comprometo a hacer dieta ( régimen)	29	45.3	22	34.4	8	12.5	5	7.8	64	100
Me gusta sentir el estómago vacío	32	50	21	32.8	4	6.3	7	10.9	64	100
Disfruto probando comidas nuevas y apetitosas	20	31.3	16	25	22	34.4	6	9.4	64	100

Fuente: Encuesta aplicado a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno- 2013.

**CUADRO ANEXO 02**  
**RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA**  
**DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR LOS ALIMENTOS EN LAS**  
**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA**  
**ADVENTISTA PUNO – 2013.**

AFIRMACIONES	Nunca		A veces		Casi siempre		siempre		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La comida para mi es una preocupación constante	30	46.9	20	31.3	8	12.5	6	9.4	64	100
He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer	34	53.1	24	37.5	4	6.3	2	3.1	64	100
Vomito después de haber comido	49	76.6	8	12.5	5	7.8	2	3.1	64	100
Siento que los alimentos controlan mi vida	39	60.9	18	28.1	6	9.4	1	1.6	64	100
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	37	57.8	19	29.7	3	4.7	5	7.8	64	100
Tengo ganas de vomitar después de comer	43	67.2	12	18.8	5	7.8	4	6.3	64	100

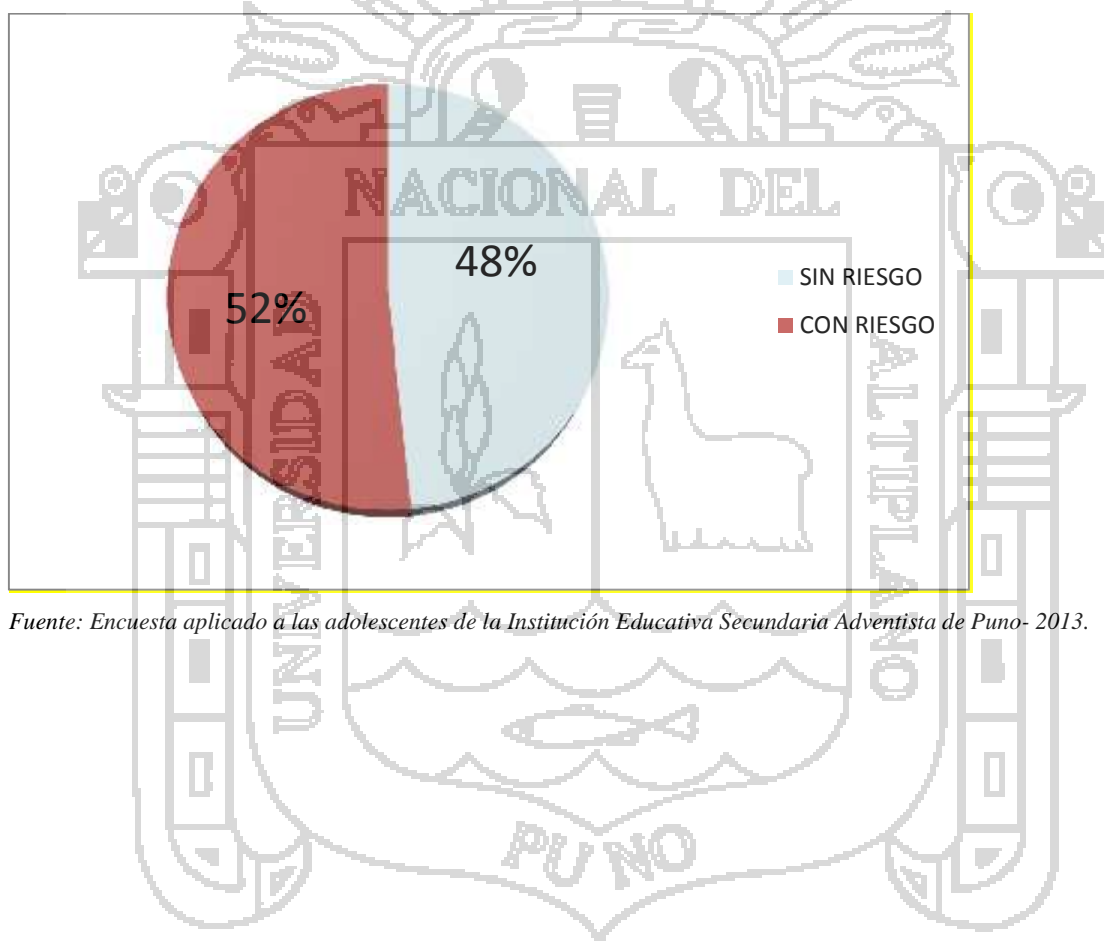
*Fuente: Encuesta aplicado a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno- 2013.*

**CUADRO ANEXO 03**  
**RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA**  
**DIMENSION CONTROL ORAL Y PRESIÓN PERCIBIDA EN LAS**  
**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA**  
**ADVENTISTA PUNO – 2013.**

AFIRMACIONES	Nunca		A veces		Casi siempre		siempre		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Procuro no comer, aunque tenga hambre	37	57.8	18	28.1	5	7.8	4	6.3	64	100
Cuando como corto mis alimentos en trozos pequeños	22	34.4	28	43.8	6	9.4	8	12.5	64	100
Noto que los demás preferirían que yo comiera mas	30	46.9	22	34.4	7	10.9	5	7.8	64	100
Los demás piensan que estoy demasiado delgada	36	56.3	20	31.3	6	9.4	2	3.1	64	100
Tardo en comer más que las otras personas.	14	21.9	27	42.2	9	14.1	14	21.9	64	100
Me controlo en las comidas	9	14.1	28	43.8	15	23.4	12	18.8	64	100
Noto que los demás me presionan para que coma más.	32	50	15	23.4	8	12.5	9	14.1	64	100

Fuente: Encuesta aplicado a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno- 2013.

**GRAFICO N° 01**  
**RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN LAS**  
**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA**  
**ADVENTISTA PUNO – 2013**



*Fuente: Encuesta aplicado a las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista de Puno- 2013.*