

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA**

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



**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS
Y PRESENCIA DE BULIMIA EN LAS ADOLESCENTES
DEL 5^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES, ICA-JUNIO
2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER:

VEGA LUJAN, ROSA YVETTE

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

**ICA – PERÚ
2017**

ASESORA
Lic. Victoria Ponce de Flores

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el mi autor de vida, quien me dio la oportunidad de estar aquí.

A mi asesora, por su apoyo constante e imprescindible en la culminación de la investigación.

A mi Alma Mater la Universidad Privada San Juan Bautista, por acogerme durante los cinco años académicos y permitirme ser una profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y a todos los licenciados(as) como docentes, por su constante dedicación y apoyo brindado durante mi formación profesional.

DEDICATORIA

Dedicado a Dios nuestro creador quien guía mis pasos y a sus más fieles discípulos “Mis Padres”: José y Janette, por la comprensión y consejos brindados; ¡Los amo! Este triunfo es de ustedes.

A mi abuela Jesús Margarita, aunque no esté físicamente con nosotros, pero sé que desde el cielo me cuida y me guía que todo salga bien; porque siempre recibí palabras de aliento, la importancia de continuar y que las cosas se consiguen con esfuerzo.

A mi sobrino Declan, por darme la alegría e inocencia que solo él sabe brindar.

A mis hermanos Rosario, Lesli y Joseph por creer en mí que siempre han estado junto a mí, brindándome su apoyo constante e incondicional en todo este proceso. Muchas gracias sin ustedes no cumpliría mis sueños.

RESUMEN

Los trastornos alimenticios afectan a nuestra sociedad desde siglos anteriores en especial a los adolescentes, entre los cuales está la bulimia que constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en la sociedad. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica junio 2016. **Método:** la presente investigación es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, de corte transversal; con una muestra no probabilista representativa de 40 adolescentes de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes seleccionados por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario y el test EATING ATTITUDES TEST EAT-26. Este último instrumento validado que consta de 26 ítems. **Resultados:** entre los factores de riesgo de los trastornos Alimenticios en Adolescentes el predominante según dimensión sociocultural es la influencia de publicidad en actitudes (72%), según dimensión psicológica es la autovaloración disminuida (50%), según el aspecto familiar el predominante es conflictos familiares (65%); en la Presencia de bulimia es No significativa (60%), según la dimensión percepción personal (62%) es no significativa y autocontrol con la comida (58%) es significativa. **Conclusión:** se determinó entre los factores de riesgo de trastornos alimenticios en Adolescentes son predominantes según dimensión sociocultural es la influencia de publicidad en actitudes, según dimensión psicológica es la autovaloración disminuida, según la dimensión familiar el predominante son los conflictos familiares; en la presencia de bulimia son No significantes.

Palabras claves: factores de riesgo - trastornos alimenticios - bulimia.

ABSTRACT

The disorders of eating behavior affect our society since former centuries especially to teenagers, among them the bulimia which constitutes an emerging health problem that has a strong impact in society. **Objective:** Determine the risk factors of nourishment disorders and the presence of bulimia in teenagers and the presence of bulimia in teenagers of the 5th grade of the "Nuestra Señora de las Mercedes" educative institution in Ica in June 2016. **Method:** the current investigation is of quantitative type, descriptive design, transversal cut with a non-probabilistic sample representative of 40 teenagers of the "N.S.D.M" educational institution chosen by convenience. For the recollecting of data, the questionnaire and the Eating attitudes test EAT-26 was used. This last validated instrument had 26 items. **Results:** Among the risk factors for Eating Disorders in Adolescents, the prevalent according to sociocultural dimension is the influence of advertising in attitudes (72%), according to psychological dimension is the self-evaluation decreased (50%), according to the family aspect the predominant is family conflicts (65%); In the presence of bulimia is not significant (60%), according to the personal perception dimension (62%) is non-significant and self-control with food (58%) is significant.

Conclusion: it was determined that among the risk factors of nourishment disorders in teenagers predominant according to the sociocultural dimension is the influence of publicity in attitudes, according to the psychological dimension is the diminished self-assessment, according to the family dimension the one of the predominant are the family conflicts, in the presence of bulimia, are not significant.

Key Word: factors of risk - nourishing disorder - bulimia.

PRESENTACIÓN

Actualmente existe una nueva epidemia que está amenazando la salud e incluso, la vida de los adolescentes, donde resalta la anorexia y la bulimia. El énfasis que se concede al aspecto físico en la cultura occidental influye a muchos adolescentes que se sienten insatisfechas con su imagen corporal. Los Trastornos alimenticios en adolescentes, generalmente se presentan en sociedades donde la delgadez es sinónimo de belleza y aceptación. La Organización Mundial de Salud (OMS) *“reporta que la anorexia y bulimia son causas de muerte y de enfermedades psicológicas en países desarrollados y en vías de desarrollo”*. Es claro que la población adolescente en el país no escapa de este problema por diferentes factores de riesgo psicológicos, psicosociales, físicos; puesto que ellos se rigen de estereotipos estéticos para ser aceptados.

Los medios de comunicación influyen en el desarrollo de esta enfermedad, los más resaltantes con todo esto son: librerías, programas de televisión, las películas con estereotipos de modelos de cuerpo ideal, los modelos hacen uso del Photoshop (fotos retocadas) y no existen en la realidad, porque es subestimar a las personas, condenarlas al éxito o al fracaso por uno solo de sus atributos “el aspecto”, que además es una de las características más determinadas genéticamente y por lo tanto menos controlable (talla y peso).

Hablar de bulimia es cuestionar nuestra cultura; sobre todo, definir lo atractivo con parámetros más extensos, para que la mayoría de las personas, y no sólo una reducida parte, pueda sentirse bien con su imagen personal. Necesitamos poner énfasis en otras características (ingenio, integridad, talento, inteligencia, sentido del humor) a la hora de evaluar las aptitudes de las personas.

Se está considerando ciertas medidas que son prometedoras porque son dirigidas desde la raíz del problema, desde el mundo de la política, de la

moda y de la salud, sobre todo de enfermería que pondrá énfasis en la prevención y el control de los trastornos alimenticios, ya que es un problema de salud pública de interés nacional, se hará uso de ciertas actividades para incentivar la creación de un programa nacional, campañas informativas, seminarios, talleres, incorporación de educación alimentaria nutricional en el sistema educativo en todos los niveles y la promoción de la actividad física, entre otros.

El estudio tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica -junio 2016

El presente estudio está estructurado en 5 capítulos: El **capítulo I** comprende, el problema, que está constituido por el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación del problema, objetivo general, objetivo específico y el propósito de estudio. En el **capítulo II** comprende, marco teórico, que está constituido por antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variable y definición operacional de términos. En el **capítulo III** comprende, metodología de la investigación, que está constituido por tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el **capítulo IV** comprende, Resultados y discusión. En el **capítulo V** comprende: Conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
I.d. OBJETIVOS	
I.d.1. GENERAL	19
I.d.2. ESPECÍFICOS	19
I.c. JUSTIFICACIÓN	20
I.e. PROPÓSITO	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	21
II.b. BASE TEÓRICA	32
II.c. HIPÓTESIS	45
II.d. VARIABLE	45
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	46

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO	47
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	47
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADO	50
IV.b. DISCUSIÓN	57

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES	63
V.b. RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	65
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

Nº	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LAS ADOLESCENTE DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA -JUNIO 2016	50
2	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR SOCIOCULTURAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016	86
3	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR PSICOLÒGICO EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016	87
4	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÓN FACTOR FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016	88
5	PRESENCIA DE BULIMIA SEGÙN LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN PERSONAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	89

6	PRESENCIA DE BULIMIA SEGÚN LA DIMENSIÓN AUTOCONTROL CON LAS COMIDAS EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	90
7	PRESENCIA DE BULIMIA GLOBAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	91

LISTA DE GRÀFICOS

Nº	TÍTULO	Pág.
1	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR SOCIOCULTURAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	51
2	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR PSICOLÒGICO EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	52
3	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	53
4	PRESENCIA DE BULIMIA SEGÙN LA DIMENSIÒN PERCEPCIÒN PERSONAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	54

5	PRESENCIA DE BULIMIA SEGÙN LA DIMENSIÒN AUTOCONTROL CON LAS COMIDA EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016	55
6	PRESENCIA DE BULIMIA GLOBAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016	56

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO N°01	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	75
ANEXO N°02	INSTRUMENTO	77
ANEXO N°03	TABLA DE CODIGO	82
ANEXO N°04	VALIDACION DEL INSTRUMENTO	84
ANEXO N°05	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	85
ANEXO N°06	TABLAS DE FRECUENCIA	86
ANEXO N°07	TABLA MATRIZ	92

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que *“el 16.23% de las mujeres y el 3.3% de los hombres, entre 12 y 24 años, sufren algún tipo de trastorno alimentario el cual repercute negativamente en el estado nutricional de este grupo etario”*¹.

La prevalencia diagnóstica de trastornos alimentario en Gran Canaria es semejante a la del resto de España. Sin embargo, la prevalencia de riesgo de desarrollar dichos trastornos es especialmente elevada en Gran Canaria, teniendo en cuenta los datos de estudios tanto nacionales como internacionales. *“La prevalencia global de trastornos alimenticios fue de 4,11% (5,46% de mujeres, 2,55% de hombres). La prevalencia para la anorexia nerviosa fue de 0,19%, para la bulimia nerviosa de 0,57% y para el trastorno de la conducta alimentaria no especificado de 3,34%”*².

En estos estudios se ha observado por los múltiples resultados que las mujeres son más frecuentes en involucrarse en actividades del cuidado del cuerpo haciendo uso de diferentes acciones para llegar a su objetivo. No obstante, en otras investigaciones como en la Universidad Veracruzana se realizó un estudio en el que se utilizó la escala de Gardner en jóvenes de 13 años, el 8% de la población mostró riesgo de conducta alimentaria y 10% enfermedad instalada. *“En este estudio efectuado en jóvenes de 13 a 16 años, se encontró que 5% de la población estaba en riesgo y que 4% posiblemente sufría una alteración, sobre todo en el caso de las mujeres lo que confirma que el sexo femenino tiende a encabezar los trastornos de la alimentación”*³.

La prevalencia varía de acuerdo con la región, Gran Canaria (España) se encontró una prevalencia (4,11%), en Chile (4%), en Japón (2,4%). En el Perú se realizó un estudio a 2141 adolescentes de Lima Metropolitana, *“se encontró que 351 adolescentes el 16,4% tenían al menos un trastorno alimentario anorexia, bulimia, atracones o dietas, de ellos 62 casos tenían más de un diagnóstico”*⁴.

En el Perú uno de cada diez adolescentes, de entre 11 y 19 años, tienen “anorexia y bulimia”, es decir trastornos alimenticios que afectan seriamente la salud y pueden volverse crónicos e incluso provocar la muerte del adolescente si no se recibe tratamiento. Se ha comprobado con estos estudios que los trastornos alimenticios afecta a gran parte de los adolescentes y se caracterizan por el miedo exagerado a aumentar de peso, se considera que el 40% son por factores genéticos y el 60% por factores socioculturales debido a que la sociedad implanta la delgadez del cuerpo como el “físico ideal” lo cual hace que los adolescentes adopten actitudes o comportamientos que los lleven a alcanzar este físico porque al no tenerlo se deprimen, se autocritican y se desvalorizan⁵.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (Minsa) realizaron estudios epidemiológicos que demuestran que el 7.3 % y 11.4% de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país sufre trastornos alimentarios entre ellos la bulimia y la anorexia. El director del área de niños y adolescentes de dicho establecimiento de salud refiere: *“que estas enfermedades comprometen el desarrollo normal de los adolescentes debido a cambios en sus hábitos alimenticios y actividades en general, lo que genera complicaciones físicas y mentales. También, que por lo general son mujeres adolescentes las que adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar un intenso miedo a engordar o distorsión de la imagen corporal”*. Este estudio epidemiológico se llevó a cabo en las ciudades de Lima, Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa,

Tarapoto, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado, Bagua, Tacna, Arequipa, Chimbote Trujillo, Piura y Ica ⁶.

Así mismos otros estudios similares en Lima en el Instituto Nacional de Salud Mental Delgado Noguchi, han encontrado que la *“prevalencia de anorexia nerviosa (0,1%) y bulimia nerviosa (0,8%) en las adolescentes, a pesar de que esta prevalencia es menor a la descrita en otros países, el estudio también encontró que la prevalencia de conductas bulímicas era de 3,8% y la de tendencias a problemas alimentarios era de 8,3%. Se realizaron estudios similares por la misma institución, en la sierra y selva peruana donde los resultados de prevalencia fueron menores a diferencia las que se encontraron en Lima”* ⁷.

Por lo tanto, se considera que estos múltiples resultados no son menos importantes ya que este problema alimenticio “bulimia”, resalta en la adolescencia como uno de los trastornos alimenticios más influyentes, por múltiples factores, estos resultados difieren de otros ya que muestra un valor menor. Ya sea con una mayor o menor incidencia por los diferentes estudios realizados por distintos países, por ello se considera un problema de salud pública.

Un estudio realizado con adolescentes escolares de Lima *“encontró que 16,4 % presentó uno o más trastornos alimenticios y el 51,1 % factores de riesgo de trastornos alimentarios. De las personas que aceptaron ser pesadas y medidas, el 85,7% desea tener un peso inferior al normal para su talla, el 56,7 % desea tener un bajo peso severo y sólo un 13,3 % presentan un nivel de peso normal ya que se encuentran satisfechas con su cuerpo”* ⁸.

Esta realidad no es ajena a la región de Ica, ya que se observan casos de trastornos alimenticios por los múltiples factores de riesgo que atribuyen en ello, por eso se eligió la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes ya que este problema alimentario aún resalta más en mujeres que en varones, en tal sentido se plantea la siguiente interrogante:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica - junio 2016?

I.c. OBJETIVOS

I.c.1.OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica - junio 2016

I.c.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1: Identificar los factores de riesgo de trastornos alimenticios en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, según sea:

- Factor sociocultural
- Factor psicológico
- Factor familiar

OE2: Identificar la presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, según sea:

- Percepción personal
- Autocontrol con las comidas.

I.d. JUSTIFICACIÓN

Este problema de salud pública afecta a una gran parte de la sociedad, sobre todo a los adolescentes. Actualmente, la anorexia y la bulimia constituyen una epidemia que atenta principalmente contra la salud física y psicológica de muchas mujeres, se vive en un mundo colmado de contradicciones, en el que mientras millones de personas mueren por causa de malnutrición debida a la pobreza, las adolescentes y jóvenes sufren trastornos en la conducta del comer y están mal nutridas como consecuencia de presiones socioculturales que inducen a un sobre control del peso y de la imagen corporal. Por tanto, este trastorno cada vez se hace más riesgoso, y deja serias secuelas por lo que se considera de importancia en salud pública y trascendente, en razón que se ha observado incremento de trastornos alimentarios en adolescentes a nivel mundial, los mismos que corresponde enfrentar este problema al equipo de salud, dentro de los cuales el profesional de enfermería cumple un papel importante ya que debe tener al alcance datos reales que le permitan contribuir con conocimiento. Tiene aporte social por que tendrá alcance a los profesores y padres de familia.

I.e. PROPÓSITO:

Los resultados del estudio serán alcanzados a las autoridades de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, para la elaboración de estrategias y/o programas de capacitación sobre la prevención de trastornos alimenticios y presencia de bulimia para incorporar actividades Preventivo-Promocionales que llevará a orientar a este grupo poblacional sobre la importancia de alimentarse adecuadamente y mantener la salud física, psicológica en niveles óptimos. Así mismo se pondrá al alcance de los profesionales de la salud, y sobre todo de enfermería para tomar en cuenta la prevención de esta enfermedad a estudiantes, padres de familia y personal educativo para fortalecer y/o apoyar a las personas en riesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Rutzstein G, Scappatura M, Murawski B. En el año 2014 realizaron un estudio de tipo transversal, descriptivo. Con el objetivo de identificar el **PERFECCIONISMO Y BAJA AUTOESTIMA A TRAVÉS DEL CONTINUO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES MUJERES DE BUENOS AIRES - ARGENTINA**. *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de 200 mujeres entre 13 y 19 años: 167 estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y 33 pacientes con diagnóstico de TA según el DSM IV-TR, que se encontraban en tratamiento en dos instituciones especializadas (una pública y una privada). Se conformaron tres grupos en función de la presencia de TA o de riesgo de TA evaluada a través de una entrevista diagnóstica basada en el Eating Disorder Examination: adolescentes con TA (n=46), adolescentes con riesgo de TA (n=17) y adolescentes sin TA ni riesgo de TA (n=137). Los estudiantes completaron los ciertos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios, inventario de trastornos alimentarios-3, escala de autoestima de Rosenberg y Almost Perfect Scale-Revised. Conclusiones: Los resultados apoyan la teoría del continuo en los TA. Las adolescentes con RTA presentaron puntuaciones intermedias en perfeccionismo y baja autoestima. Además, los resultados apoyan el carácter disfuncional de uno de los componentes del perfeccionismo. La presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los TA en adolescentes de población no clínica (RTA), refuerza la importancia de destinar esfuerzos a la prevención de los TA en la adolescencia”⁹.*

Silva N, Milton D. En el año 2014 realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Con el objetivo de identificar el **RIESGOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DEL ÚLTIMO AÑO DE LA ENSEÑANZA MEDIA EN INSTITUTOS ADVENTISTAS DE ARGENTINA**. *“Se realizó el estudio a 432 alumnos del último año del secundario, 218 mujeres y 214 varones entre 15 y 20 años, pertenecientes a 18 institutos adventistas de Argentina. Se les aplicó el test EAT-26, y se les preguntó peso y talla para obtener el índice de masa corporal. Resultados: el 13,7% de la muestra total presentó riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, siendo el 11,34% en mujeres y el 2,31% en hombres. Conclusiones: se determinó que una proporción significativamente mayor de adolescentes mujeres presentó riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. No se encontró relación entre la creencia religiosa y su práctica con el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario. Las mayores preocupaciones que manifestaron los adolescentes fueron: querer estar más delgados, angustia por estar más gordos, pensamiento en las calorías que queman cuando realizan deporte y disgusto por probar nuevos y sabrosos platos”*¹⁰.

Díaz L. En el año 2013 realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL ITS DAB EN LA CIUDAD DE LOJA- ECUADOR**. *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de 296 adolescentes, 166 mujeres y 130 hombres, de 14 a 19 años. Se aplicó el Eating Test Actitudes y el Cuestionario de Influencias sobre el modelo estético corporal. El 13% presentaron trastornos alimentarios; de los cuales, el trastorno más común es el Trastorno alimentario no especificado con un 42%, la anorexia nerviosa atípica se presentó en un 32%, y la bulimia nerviosa atípica en el 26%. El género femenino estuvo más frecuente en todos los trastornos alimentarios. En cuanto a la edad de presentación, la anorexia nerviosa se presentó más frecuente en la edad*

de 16 años, la bulimia en la edad de 15 años y el Trastorno alimentario no especificado en la edad de 15 años. El 29% de los adolescentes tienen factores socioculturales de riesgo y están afectados por la influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal y modelos estéticos corporales. Se entregó información mediante trípticos para concientizar a maestros y adolescentes acerca de trastornos alimentarios”¹¹.

Beltrán C, Pincay M. En el año 2014 realizaron estudios de tipo observacional, de campo y descriptivo con el objetivo de **DETERMINAR LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DE UNA IMAGEN CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO FISCAL “LA LIBERTAD”- ECUADOR.** *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de estudio de 150 estudiantes. Se utilizó la encuesta como instrumento de obtención de datos en la cual se comprobó cual es el factor que está afectando a los adolescentes y por consiguiente causando un trastorno de imagen corporal evidenciado en cambios de implicación social. En los datos de la encuesta el resultado es que el medio de comunicación más influyente es la televisión con el 33% en donde explica que es un medio que difunde la belleza y la perfección del cuerpo, así también se pudo detectar que un 31% de los adolescentes del colegio fiscal La Libertad siente preocupación por su aspecto físico. Conclusiones: Los resultados obtenidos y al desconocimiento de los estudiantes, sobre cómo llevar y tener una buena imagen corporal pero basada en una alimentación y actividad física adecuada, se planteada la propuesta induciendo una autoimagen saludable en donde se impartirán talleres educativos de temas que ayuden a tener una imagen corporal adecuada y así prevenir trastornos de imagen corporal”¹².*

Cruz BR, Ávila EM, Velázquez LH, Estrella CD. En el año 2013 realizaron un estudio tipo no experimental, transversal y de alcance correlacional, con el objetivo de realizar una **EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TCA EN ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN- MEXICO**. *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de 112 participantes (88 mujeres y 24 hombres) estudiantes de la licenciatura en nutrición de una universidad pública de Mérida, Yucatán al momento de la evaluación 15.9% de las mujeres y el 20.8% de los hombres presentaron insatisfacción corporal. Los hombres presentaron significativamente mayor malestar patológico, influencia de la publicidad y perfeccionismo que las mujeres. Tanto en hombres y mujeres se muestra una correlación significativa entre la interiorización de un cuerpo delgado y la insatisfacción corporal. Casi la mitad de los participantes (48%) presenta una interiorización del modelo estético de delgadez. Conclusiones: Se encontraron correlaciones significativas entre la interiorización de un modelo estético delgado y la insatisfacción corporal, lo cual indica que dicha insatisfacción está mediada por aquellos estándares provenientes de los medios de comunicación”*¹³.

Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MA, Munguía AE. En el año 2013 realizaron un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal con el objetivo de conocer la **PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES-MEXICO**. *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra no aleatoria a conveniencia, conformada por 273 estudiantes de 13 a 16 años. Se desarrolló la prueba de actitudes hacia la alimentación EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. Resultados: se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con promedio de edad de 14.02 y 13.89 años, respectivamente. El índice de masa corporal, en promedio, fue de 21.09 en hombres y de 22.69 en mujeres, que se ubicó en la categoría de sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó 5%, según la encuesta EAT, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Conclusión: la prevalencia de trastornos alimentarios en el grupo estudiado es*

*significativamente baja. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen”*¹⁴.

Oliva Y, Ordóñez M. En el año 2016 realizaron estudios de tipo Estudio cuantitativo, observacional, transversa, con el objetivo determinar **LA CONCORDANCIA ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES- MEXICO**. *“Realizado en 84 alumnos, 54.1% hombres y 45.9%, mujeres, con edades entre 10 y 17 años, que cursaban educación básica y secundaria en una localidad suburbana de alta marginación, en Yucatán. Se auto-administró a los estudiantes, el pictograma de Stunkard, para registrar la percepción de la imagen corporal. Para calcular el índice de masa corporal se registraron medidas antropométricas de peso y talla, usando una báscula digital marca Tanita, modelo TBC 310 y un estadímetro marca SECA de 2 metros de longitud. Los puntos de corte fueron los establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Conclusiones: Los resultados respecto a la percepción de la imagen corporal, mostraron una concordancia insignificante ($k= 0.067$, $p < 0.5$); en mujeres es baja, con un valor de $k= .223$; se perciben normales aun cuando presentan bajo peso, mientras que, las que presentan obesidad, subestiman su estado. En cuanto a los hombres, en los casos de obesidad, la imagen y el IMC son coincidentes, aunque, al mismo tiempo, subestiman la percepción corporal en bajo peso”*¹⁵.

Álvarez M, Bautista C y Serra M. En el año 2013 realizaron un estudio descriptivo, cuyo objetivo es evaluar la **PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES- ESPAÑA**. *“Las muestras se seleccionaron al azar un total de 1342 participantes de centros educativos de la isla de Gran Canaria, España. Se empleó un diseño transversal de dos fases que incluía un primer cuestionario de cribado (EAT-40 con el punto de corte establecido en 20) y una entrevista clínica semi-estructurada (EDE). También se evaluaron variables sociodemográficas y el estado ponderal de los alumnos. Conclusiones: El*

año 2013 estudiamos a participantes de 15 centros educativos de Gran Canaria. En la primera fase se halló una prevalencia de riesgo de 27,42% (33% de mujeres, 20,6% de hombres). En la segunda fase, 538 participantes accedieron a ser evaluados mediante entrevista clínica (285 en riesgo, con altas puntuaciones en el EAT; 253 seleccionados del grupo sin riesgo). La prevalencia global de trastorno de la conducta alimentaria fue de 4,11% (5,46% de mujeres, 2,55% de hombres). Empleando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, la prevalencia para la anorexia nerviosa fue de 0,19%, para la bulimia nerviosa de 0,57% y para el trastorno de la conducta alimentaria no especificado de 3,34%”¹⁶.

García J, Solbes. En el año 2012 realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, con el objetivo de **ANALIZA LA IMAGEN CORPORAL Y EL RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES**. “Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de 563, mediante la aplicación de dos cuestionarios: el EDI-3-RF y el IMAGEN. Los resultados muestran una proporción elevada de universitarios que se encuentran en riesgo de padecer un trastorno de este tipo. Además, se observaron niveles significativos de obsesión por la delgadez, rasgos bulímicos o insatisfacción corporal, todos ellos claros factores de riesgo asociados al desarrollo de estas patologías. Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en casi todas las variables, sin que se observaran diferencias relacionadas con la edad. Los resultados constatan la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención en este tipo de población”¹⁷.

Castro R. En el año 2014 realizaron estudios de tipo cuantitativo no experimental que utiliza una combinación de métodos descriptivos y correlacionales, con el objetivo del presente estudio son analizar **LOS NIVELES DE TCA Y AUTOCONCEPTO EN LA MUESTRA DE DEPORTISTAS. ESPAÑA**. “La muestra estuvo constituida por 154 deportistas de musculación de la provincia de Jaén (España) que fueron

sometidos a los dos instrumentos psicológicos (EDI-2 y AF5) utilizados para medir puntuaciones de TCA y Autoconcepto. Se obtuvieron numerosas relaciones significativas entre las dimensiones de los instrumentos utilizados asociando bajos niveles de Autoconcepto a elevadas tasas de TCA ($p < .05$), entre ellas destaca la relación inversa entre la dimensión Emocional del Autoconcepto con casi la totalidad de las dimensiones del TCA. Asimismo, existieron diferencias significativas en aspectos sociodemográficos (sexo, edad, nivel estudios y horas semanales empleadas en el gimnasio) con respecto a numerosos indicadores de conducta alimentaria de riesgo y niveles de Autoconcepto ($p < .05$). Se han podido caracterizar dichos trastornos y relacionarlos con aspectos comportamentales y sociodemográficos. Los resultados son válidos para aplicar tratamiento al trastorno abordar aspectos preventivos desde los ámbitos, médico, deportivo y educativo”¹⁸.

Rodríguez S, Díaz S, Ortega R, Mata J, Fernández S. En el año 2013 realizaron una investigación experimental con el objetivo de determinar **LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA PRESIÓN DE LA FAMILIA Y DEL GRUPO DE IGUALES COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ESPAÑA.** "En el estudio participaron 1479 niños y adolescentes (676 chicos y 803 chicas) de edades comprendidas entre 10 y 18 años y un Índice de Masa Corporal (IMC) comprendido entre 13.20 y 40.40 procedentes de distintos colegios e institutos de Andalucía Oriental. Conclusiones: Se encontró que los chicos (as) que pensaban que su peso no era correcto presentaban mayor sintomatología de TCA, comparados con los chicos (as) que no lo pensaban, especialmente las chicas; los chicos (as) que pensaban que debían bajar de peso por ellos mismos, recomendación de familiares y/o amigos presentaron mayor sintomatología de TCA que aquellos que no lo pensaban. La IC es un factor de riesgo para el desarrollo de TCA en niños y adolescentes, y aún más en las chicas,

pudiendo estar influida por las actitudes de los padres e iguales hacia el peso”¹⁹.

Antecedentes Nacionales

Díaz C, Molina C. En el año 2013 realizaron un estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo comparativo, de corte transversal; con el objetivo de determinar el **RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS – PERÙ**. *“Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra probabilista representativa de 150 adolescentes de la Institución Educativa Privada y 176 adolescentes de la Institución Educativa Pública que serán seleccionados aleatoriamente. Para la recolección de datos se aplicará el cuestionario EAT-26 que consta de 26 ítems, la confiabilidad es del 84. Posteriormente, el análisis de datos se realizará en Microsoft Excel versión 2010 mediante el programa de Excel SPSS versión 19. Resultados: No, existen diferencias en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria entre los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre-2013. Conclusiones: Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria. Los adolescentes en etapa tardía, de género femenino y que pertenecen a una estructura familiar monoparental y extensa de ambas Instituciones Educativas obtuvieron mayor puntaje. Asimismo, se encontró que el puntaje obtenido en el Factor control Oral es mayor en ambas instituciones educativas”²⁰.*

Angulo D, Navarro G. En el año 2015 realizaron estudios de tipo el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional. Con el objetivo de determinar la asociación entre **FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS - 2015.PERÙ**. *“La población fue de 372 estudiantes y la muestra*

de 189 a quienes se aplicó dos instrumentos: Registro de Factores de Riesgo Biopsicológicos, con una validez de 97,14% y confiabilidad de 81,8% en la autoimagen corporal y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-3, con una validez de 97,14% y confiabilidad de 84,1% para la variable Búsqueda de delgadez, 82,2% para bulimia y 81,6% para Insatisfacción corporal, mediante el juicio de expertos para la validez y coeficiente Alfa de Cronbach para la confiabilidad. En el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows vista 2010. El nivel de confianza fue 95% y nivel de significancia de $\alpha 0,05 < \alpha 0,05$ para aceptar la hipótesis planteada se empleó la prueba estadística no paramétrica de asociación para variables nominales Coeficiente de contingencia, cuyos resultados fueron: en factores de riesgo biopsicológicos, 79,9% en edad de inicio de etapa adolescente, 51,3% del sexo masculino, 58,7% con estado nutricional normal, 61,4% con autoestima alta y 52,4% con autoimagen corporal insatisfactoria; en los trastornos de conducta alimentaria, 82,5% se encontraban sin trastornos. Al asociar factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre edad y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,027$; $< \alpha 0,05$), sexo y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,023$; $< \alpha 0,05$), estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,004$; $< \alpha 0,05$), autoestima y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,024$; $< \alpha 0,05$), autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,000 < \alpha 0,05$)”²¹.

Montoya M. En el año 2012 realizaron estudios de tipo cuantitativo y diseño descriptivo correlacional y según tiempo de ocurrencia es de corte transversal con el objetivo de **DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA TUPAC AMARU II, EN EL DISTRITO DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO -LIMA.PERÙ**. “Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra de 175 adolescentes de

educación secundaria, la técnica empleada fue la encuesta con su instrumento el cuestionario, uno para cada variable de estudio; el primero que consta de 19 preguntas que permitió recolectar información sobre aspectos de la conducta alimentaria a de riesgo, basado en el Test EAT-40; el segundo consta de 21 preguntas para conocer los factores asociados al riesgo padecer trastornos de la conducta alimentaria. Ambos instrumentos fueron sometidos a validación de contenido, constructo y criterio, aplicándose la prueba de concordancia de juicio de expertos y confiabilidad. Resultados: se encontró que el 58.9% de adolescentes tiene edades entre 14 y 16 años, perteneciendo a la adolescencia media, seguidamente esta la adolescencia temprana (10-13 años) con un 27.4%; y el resto pertenece a la adolescencia tardía, referente al sexo de la población muestra el 53.7% es femenino. Se encontró que existe el riesgo a trastorno de conducta alimentaria(TCA) en un 50.9% de adolescentes, de los cuales el 54.3% está en riesgo de padecer anorexia y bulimia respectivamente; el 57.3% de adolescentes mujeres y el 42.7% de hombres está en riesgo. Conclusiones: Los resultados que el factor psicológico (inadecuada percepción de imagen corporal e inadecuado autoconcepto), el factor social (uso inadecuado de los medios de publicidad y de la moda) y respecto al factor familiar respecto a los estilos de padres (autoritario, negligentes) está asociada significativamente al riesgo de TCA en adolescentes con $P < 0,05$ "²².

Yupanqui D. En el año 2012 realizó un estudio cualitativo, con un diseño no experimental. Con el objetivo de determinar si se asocia el nivel **DE AUTOESTIMA Y LA DINÁMICA FAMILIAR CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE TACNA, 2012 – PERÙ**. “La muestra fue no probabilística la cual estuvo compuesta por 217 adolescentes de 12 a 19 años. Se recabó la investigación en base a cuestionarios. Resultados: Se analizaron 217 encuestas. Demuestran que no existe relación significativa con un $p > 0,05$ por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

Conclusiones: No hay relación entre el nivel de autoestima y dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios”²³.

Los antecedentes tomados en cuenta enfocan el tema desde diferentes aspectos, los mismos que encuentran serios problemas relacionados a la conducta alimentaria, es notorio que existen múltiples factores que están determinando esta patología, este problema dejó de ser un problema de países desarrollados; en el Perú se tiene investigaciones que demostraron altos porcentajes de alteraciones alimentarias. Los resultados de las diferentes investigaciones permitirán confrontar resultados con esta investigación, permitiendo un análisis con valor científico.

II.b. BASE TEÓRICA

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Enfermedad psiquiátrica y crónica, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes, que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso. Produce un deterioro físico y psicosocial, en consecuencia, aparece una malnutrición que afecta a todo el organismo y al funcionamiento cerebral, lo que provoca un “trastorno mental”. Se ha relacionado con una seria morbilidad, así como una significativa mortalidad, constituyendo un problema de salud pública, por su curso clínico prolongado y su tendencia a la cronificación ²⁴.

Estas alteraciones conllevan como consecuencia problemas físicos y/o del funcionamiento psicosocial del individuo. La valoración del rendimiento en diferentes áreas “social, laboral y familiar”; está también muy mediada por la silueta, el peso y su capacidad para controlarlos; en muchas ocasiones la elevada necesidad de control de sus vidas es desplazada a la necesidad de control de la comida ²⁵.

Los trastornos alimenticios constituyen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y comportamientos encaminados a controlar el peso; esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Sus características principales son un comportamiento distorsionado de la alimentación, una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal ²⁶.

Tiene la siguiente clasificación, anorexia Nerviosa se caracteriza por el deseo incontrolable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos como la dieta restrictiva. La Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios de ingesta voraz e incontrolada de alimentos en poco tiempo, haciendo uso de ciertas actividades como los vómitos auto inducidos, uso de laxantes, diuréticos e hiperactividad física. Trastornos de

la Conducta No Especificados se caracterizan por que no cumplen ciertos criterios esenciales para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa ²⁷.

FACTORES DE RIESGO

Se considera un factor de riesgo a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar expuesta a padecer un proceso mórbido; sus características se relacionan a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. En las ciencias de la salud el riesgo es entendido como la probabilidad de padecer una determinada enfermedad o padecimiento que indique directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas ²⁸.

Factores para los trastornos alimentarios

Se enfocan muchos factores, pueden ser de orden social, familiar, psicológico o biológico, pero sea de una u otra manera, hay que aprender a identificar las causas para revertir la situación. Para este estudio se ha priorizado algunos factores que podrían estar presentes como riesgo:

Factor sociocultural

Se considera que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los trastornos alimenticios son influenciadas por presiones socioculturales, entre ellos tenemos: los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes. Los resultados indican que, sobre todo la familia ejerce influencia en los niños y en los/las adolescentes más jóvenes, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación ²⁹.

Numerosos estudiosos han evidenciado investigaciones que señalan a los medios de comunicación y a la publicidad como factores externos

desencadenantes de los trastornos en la imagen corporal. Esta influencia va en aumento, en la actualidad los niños construyen cada vez más sus identidades dentro de una cultura mediática de consumo, por lo que se convierten en consumidores de todo tipo de productos desde edades muy tempranas. Se trata de productos que complementan la apariencia física, y que no pocas veces persiguen modificarla, para lo que utilizan estrategias que juegan con la insatisfacción y la aspiración de una apariencia ideal. Los estereotipos visuales son una fuente importante de ideas simplificadas que pueden reforzar los prejuicios y convicciones tanto sobre otros como sobre el propio cuerpo ³⁰.

La Coacción publicitaria, considera que los medios de comunicación, realizan la difusión de la delgadez y consiguiente la interiorización de la cultura ; el adolescentes recibe los mensaje, es invadido y manipulado hasta el punto de llegar a ser víctima de personas que son expertos en marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, entre otros; que deciden cómo debe ser el cuerpo ideal ³¹.

Factor psicológico

Durante la adolescencia, la dieta parece ser una forma de tener control sobre su organismo para buscar así su identidad personal. Desde un punto psicológico, ciertas actitudes como el hecho de no aceptarse como son, tener baja autoestima, falta de seguridad, carencias de identidad, ser perfeccionista, preocuparse en exceso por lo que piensan los demás de sí mismos, poco control sobre la vida propia, pocas relaciones sociales; afectan para dar inicio al problema de trastornos alimentarios. En la personalidad de estos pacientes se encuentran otras características como el de inmadurez, hipersensibilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, tendencias obsesivo-compulsivas ³².

Las adolescentes presentan alteración en la percepción de la imagen del esquema corporal. Deseo incontrolable de adelgazar y miedo a engordar,

se niega a incrementar su peso por encima de un valor que ella establece y que está muy por debajo de lo que le corresponde a su talla, edad y sexo. Adoptan ciertas actitudes con relación a la alimentación, actúan con exageración, hacen uso de un mecanismo para adelgazar, realizan ejercicios intensos, caminan sin cesar y no reconocen la fatiga, incluso durante el sueño. Su vida de relación está marcada por ciertas contradicciones de dependencia a los objetos y al mismo tiempo su deseo de demostrar autosuficiencia ³³.

No hay que olvidar que la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad, ya que el autoconcepto se constituye en un factor de protección. La depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, y el auto concepto resulto un factor de protección ³⁴.

En cuanto a este factor, diversas teorías se han propuesto explicar la naturaleza de este trastorno entre ellas tenemos:

- Teoría Psicodinámica: los adolescentes presentan problemas de autonomía, aceptación de las dificultades, fracaso y falta de control en la vida social.
- Teoría Cognitivo Conductual: aquí hay una influencia de ideas en el desarrollo de problemas alimenticios y comportamientos en el control de peso, todo lo mencionado predice la presencia del trastorno en adolescentes con alta preocupación por el cuerpo y la imagen corporal.
- Teoría sistémica: aquí se resalta la importancia del ambiente familiar. Se trata de familias de disfuncionales (conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda) ³⁵.

Spindler y Milos (2007) realizó estudios en pacientes con trastornos alimenticios cuyos resultados *“indican que la comorbilidad ansiosa está relacionada con los síntomas que definen a los trastornos alimenticios, como la realización de dietas erróneas, las preocupaciones en torno al peso y a la imagen corporal; los atracones alimentarios y las purgas”*.

Bardone-Cone (2010) *“explican en su estudio que, cuanto más elevada es la puntuación en la obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, también es mayor la ansiedad y la depresión de los participantes. Existen datos suficientes que muestran que éstos son un factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria”* ³⁶.

Factor familiar

Es el más estudiado en trastornos alimenticios y hace mención a ciertas características:

- Malos hábitos alimentarios: ya que el exceso conduce a aun sobre peso con la posterior necesidad de perderlo como sea haciendo uso frecuente de dietas en la familia por mantener la estética corporal.
- Los trastornos alimenticios también son más comunes en familias en las que existe presión para ser delgados, ya que la preocupación excesiva de los padres por el físico y por estos temas de estética, se transmiten estas preocupaciones a los hijos repitiendo estos comportamientos posteriormente.
- Familias sobreprotectoras, inflexibles, imparciales, críticos o ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos, ansiedad, dudas, toman el control por medio del peso y la comida ³⁷.
- Familia disfuncional, cuando el adolescente proviene de una familia: uniparental, conductas promiscuas, consumo de drogas u otras sustancias adictivas, conflictos familiares.

- Una persona podría tener mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio si tiene antecedentes familiares con trastornos alimenticios ³⁸.

Bulimia

Este trastorno se caracteriza por un patrón de conducta alimentaria disfuncional, donde hay presencia de ciertos episodios de ingesta voraz, generalmente vividos con sensación de pérdida de control, la realización de purgas para evitar ganar peso y, secundariamente, aliviar los enormes sentimientos de culpa, ansiedad o miedo a engordar. Además de las alteraciones alimentarias, el síndrome presenta una constelación de alteraciones cognitivas y emocionales, además de una habitual profusión de psicopatología asociada. Las adolescentes bulímicas, suelen ser personas que tienen una baja autoestima, falta de control de los impulsos, una baja tolerancia a la frustración, un elevado egocentrismo, una autoimagen negativa y dañada, tendencia al perfeccionismo.

“Sus principales características consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos métodos pueden ser vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos”. Refirió Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux Espinoza (2007): Así también Pascual, Etxebarria Echeburúa (2011) ³⁹.

Se clasifican en dos tipos:

- Purgativo: se caracterizan ya que hacen uso de una serie de dietas extremas, ejercicio intenso, sin lograr los resultados esperados, apoyándose de vómitos y/o un uso inadecuado de laxantes, diuréticos y enemas tras el episodio bulímico, ya que sienten insatisfechas con su imagen corporal.

- No purgativo: se caracteriza por realizar ciertas técnicas inapropiadas que compensan para llegar al objetivo, entre ellas tenemos ayunar y la práctica de ejercicio intenso, no se induce el vómito, ni el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas usualmente después de un atracón.

En cuanto a características personales:

El adolescente tiene una propia percepción de su propio cuerpo relacionado con su imagen corporal todo ello unificado, existen ciertos estereotipos que hacen que el adolescente adopte ciertas conductas o aptitudes para desarrollar esta enfermedad, los diferentes factores como el perfeccionismo, críticas, burlas, disfunción familiar, déficit en habilidades sociales y dificultades en las relaciones interpersonales.

Rodríguez y Gempeler ,realizo un estudio a 32 pacientes de sexo femenino, hizo uso de una aplicación de un conjunto de medidas sobre imagen corporal, creencias sobre el comer y autoimagen, entre otras, identificaron nueve posibles factores externos precipitantes asociados con este trastorno, éstos son: *“burlas (críticas o adulación excesivas relacionadas con el cuerpo), sobrepeso real durante la prueba, sobrepeso percibido, viajes sin los padres, formas de maltrato diferentes al físico, separación de los padres, abuso sexual, matrimonio de uno de los padres, proceso de crecimiento y maduración rápida, concluyendo que lo que denominan corporalidad constituía el eje fundamental del trastorno”* ⁴⁰.

Según autocontrol por las comidas:

El autocontrol en el comer son aquellas actitudes donde se va reforzar, el control sobre lo que se come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria. En el aspecto psicológico si está comprometido, cualquier actividad no resultara debido a la influencia sensorial o perceptiva

que puede estar ocasionando el problema. En las bulímicas, deben aprender a comer en pequeñas cantidades de comidas, no conduce necesariamente a un atracón y purga. La terapia antes de finalizar se recomienda que el menú semanal del paciente incorpore pequeñas cantidades antes prohibidas, de manera que compruebe que consumir esos alimentos no lleva automáticamente a un atracón.

Los síntomas que se presentan son difíciles de detectar, están ligados a los hábitos y comportamientos del adolescente para controlar su peso entre ellos tenemos: Ansiedad para comer, vómitos, abuso de medicamentos (laxantes y diuréticos), seguimiento de dietas diversas, deshidratación, aumento y descensos de peso bruscos, aumento de caries dentales, irregularidades menstruales, ardor esofágico, dolor abdominal, letargo, fatiga, cefaleas, constipación/diarrea, tumefacción de manos y pies, depresión, entre otros.

Los signos son manifestaciones clínicas que se presentan en los adolescentes en esta enfermedad que son los siguientes: Callosidades en manos (signo de Russell), hipertrofia de las glándulas salivales, erosión del esmalte dentario, enfermedad periodontal, caries, Petequias faciales (lesiones pequeñas de color rojo), irritación perioral (erupción roja alrededor de la boca), úlceras orales, hematemesis, edemas (tobillos, periorbitario), distensión abdominal ⁴¹.

Complicaciones en la bulimia

Complicaciones cardiovasculares: Hipotensión, bradicardia, arritmias.

Complicaciones digestivas: Alteraciones en el ritmo evacuatorio (diarrea y estreñimiento), distensión abdominal.

Complicaciones renales: Edemas periféricos y cálculos renales.

Complicaciones hematológicas: Anemia difícil de revertir, leucopenia (lo que determina mayor propensión a las infecciones), trombocitopenia, hipoplasia en medula ósea.

Complicaciones endocrinológicas: disminución de los niveles de cortisol y de la hormona de crecimiento. Atrofia mamaria de labios mayores y de la vagina en las mujeres, disminución de niveles de testosterona y anomalía testicular en los hombres.

Complicaciones óseas: Osteopenia, osteoporosis (aumento del riesgo de fracturas patológicas), estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea.

Complicaciones dermatológicas y dentales: Piel seca pálida, agrietada o escamosa, lanugo (como consecuencia del aumento de cortisol), equimosis por la trombocitopenia. Callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell). Erosiones del esmalte dental ⁴².

Diagnóstico

Presencia de atracones recurrentes. Se caracteriza por los hechos siguientes:

- a. La deglución en un periodo determinado dentro de dos horas, en una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- b. Actitudes compensatorias inapropiadas y recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, el ayuno y el ejercicio excesivo.
- c. Los atracones y las actitudes compensatorias inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana. La autoevaluación se ve indebidamente influida por el peso y la imagen corporal ⁴³.

Tratamiento

El tratamiento se realizará por el personal de salud calificado y dependerá de las necesidades del adolescente, se basará en asesoramiento nutricional y psicoterapia, en especial en la “Terapia cognitivo conductual” esto ayudará al adolescente a concentrarse en sus problemas actuales y como resolverlos. Los tratamientos que se utilizaran para este trastorno ayudaran a determinar ciertos pensamientos distorsionados, reconocerlos y modificar las creencias erróneas sobre la imagen corporal, relacionarse con los demás de forma eficaz. La terapia podrá ser individual, grupal y familiar ⁴⁴.

Intervención de enfermería

La enfermera tiene un papel importante en el equipo de atención sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades a fin de contribuir a la disminución de factores de riesgo del entorno del adolescente. Las intervenciones de enfermería se basan en la educación, es decir se brinda información a las personas para que adquieran conocimientos sobre un adecuado manejo de su salud y tomen conciencia de esta realidad. Es por ello, que surge la iniciativa de una intervención educativa de enfermería para padres e hijos y así poder incorporar intervenciones para evitar o disminuir los índices de trastornos alimenticios ⁴⁵.

La enfermería de salud pública desarrolla un programa de educación para la salud, como educadora, cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud de la población promoviendo prácticas y hábitos saludables, su método de trabajo es la visita domiciliaria, a los colegios y a la comunidad para enseñar al grupo cómo cuidar su salud, con el fin de promover el aprendizaje evitar y/o disminuir los índices de trastornos alimenticios ⁴⁶.

El personal de enfermería debe realizar una serie de intervenciones, para poder mejorar la calidad de vida de esas personas con trastornos

alimenticios, las funciones de la enfermería son muchas, en este caso, es la asistencial como:

- Controlar el peso de forma rutinaria.
- Controlar la ingesta y eliminación.
- Administración de refuerzos del programa modificación de conducta. De esta manera la enfermera les explicará a los pacientes y familiares la importancia de estos programas para su salud.
- Técnicas de observación de conducta y expresión emocional. Ayudándoles a desahogarse, y compartir con ellos todas sus experiencias, y dudas que puedan tener a cerca de su enfermedad.
- Terapia de apoyo para aumentar su autoestima, obtener una imagen realista de sí mismo y mejorar la comunicación con los familiares ⁴⁷.
- Grupos de nutrición. Estos grupos servirán para informar a todas aquellas personas que padezcan este tipo de trastornos, de las dietas o hábitos de alimentación más adecuados para su situación.
- Trabajo en el comedor: enseñanza de un patrón de comida adecuado. En este trabajo les podrán enseñar a las personas: a comerse toda la comida, a comer en un espacio de tiempo determinado, seguir un orden de pasos, participar en una conversación durante la comida.
- Acompañar al paciente al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas.

Lo que se quiere conseguir, es una buena educación para la salud, para que muchas personas puedan seguir con sus actividades cotidianas, teniendo una buena calidad de vida; y alejándose de todos esos problemas que los llevaron a caer en la desnutrición a causa de los desórdenes alimentarios ⁴⁸.

Teoría de enfermería

Modelo de promoción de la salud: Nola Pender

Nola Pender teórica de enfermería; con su modelo Promoción de la salud, cuyo objetivo fue integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar cambios positivos en la vida de las personas. Representa las interrelaciones entre factores cognitivo-perceptuales, ya que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, cuyo resultado es la participación en conductas favorables para la salud. La enfermería es una profesión que se ocupa principalmente de los cuidados, posee todas las herramientas para acompañar a las personas y sus familiares en el cuidado de la salud. En este sentido, Nola Pender *“considera que promocionar la salud significa evitar o disminuir algún riesgo para la salud y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida”*⁴⁹.

Esta teoría permitirá al personal de enfermería como educadora ponga énfasis en la promoción de la salud, para que de esta manera se tome más conciencia de esta realidad, ya que permitirá ayudar al adolescente a identificar sus necesidades y motivar a través de estas su cambio de conducta para optimizar la salud, así evitar el desarrollo de trastornos alimenticios en los adolescentes, no obstante, debemos tener un vínculo con la institución educativa y la familia para desarrollar ciertas actividades en beneficio del adolescente.

Modelo de los Procesos Vitales: Martha Rogers

Martha Rogers teórica de enfermería; con su modelo de los Procesos vitales, cuyo objetivo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Ella refiere: *“que el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia*

continuamente materia y energía; donde se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial" ⁵⁰.

Las intervenciones de enfermería se basan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, objetivos (corto y largo plazo) y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Estas acciones tienen como finalidad ayudar al individuo para reestablecer una relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud ⁵¹.

Esta teoría permitirá que las enfermeras como educadoras fortalezcan la conciencia e integridad, promover ciertos patrones de interacción existentes entre el adolescente y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud. Por ello se pondrá énfasis en su entorno social y familiar, ya que desarrollan ciertas habilidades y destrezas que pueden llegar a desarrollar actitudes negativas o positivas sobre su imagen corporal para el control de su talla y peso; el adolescente alcanzará un alto nivel de conocimiento y será capaz de reconocer los factores de riesgo que conllevan a un desarrollo de trastornos alimenticios.

II.c. HIPÒTESIS

II.c.1. HIPÒTESIS GLOBAL

Los factores de riesgo de trastornos alimenticios son predominantes y la presencia de bulimia son significativas en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica - junio 2016

II.c.2. HIPÒTESIS DERIVADAS

HD1: Los factores de riesgo de trastornos alimenticios predominantes, según dimensión sociocultural es la influencia de publicidad en actitudes, según dimensión psicológica es autovaloración disminuida y según dimensión familiar es la presencia de conflictos familiares.

HD2: La Presencia de bulimia según percepción personal y autocontrol con las comidas es significativa, en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes.

II.d. VARIABLES

V1: Variable independiente: Factores de riesgo.

V2: Variable dependiente: Presencia de bulimia.

II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Factores de riesgo: es aquello que eleva la probabilidad de adquirir o desarrollar una enfermedad o condición.

Trastorno alimenticio: se considera una enfermedad crónica y progresiva, se manifiestan a través de la conducta alimentaria, engloban múltiples factores prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal.

Presencia: hace referencia a la condición de alguien o de algo que se encuentra en un cierto lugar.

Bulimia: es una enfermedad de causas diversas psicológicas y somáticas, que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer haciendo uso de dietas, vómitos y la ingesta de diversos medicamentos como laxantes y diuréticos.

Adolescentes: la organización mundial de la salud (OMS), *“define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años”*.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación según su alcance es descriptivo, se muestran las variables, es decir los factores de riesgo y presencia de bulimia como se han observado en la realidad; el diseño es no experimental, porque no se manipulo ninguna de las variables de estudio; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es de corte transversal, porque los datos se recolectaron en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo, fue de enfoque cuantitativo, porque los resultados se expresan en frecuencias y porcentajes haciendo uso de la estadística descriptiva.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la institución educativa “Nuestra Señora de las Mercedes de la ciudad de Ica, que se encuentra ubicado en avenida José Matías manzanilla nº 446. La institución educativa es de categoría escolarizada de nivel secundario; de género femenino, consta de turno mañana y tarde; con un total de 2633 alumnas.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población para esta investigación fue de 360 adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes.

MUESTRA

Se tomó en cuenta el muestreo no probabilístico por conveniencia, constituida por 40 alumnas del turno mañana del 5^{to} grado de la I.E Nuestra Señora de las Mercedes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnas del 5^{to} grado sección “A y B” de la institución Nuestra Señora de las Mercedes.
- Alumnas que asistan en forma regular a clases.
- Alumnas que deseen participar voluntariamente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnas que no hayan asistido a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes
- Alumnas que se negaron a participar en la encuesta.
- Alumnas que no pertenecen al 5^{to} año.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para esta presente investigación, la técnica que se empleó para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron: el cuestionario y el test EATING ATTITUDES TEST EAT-26. Este último instrumento validado que consto de 26 ítems. El primer instrumento fue sometido a juicio de expertos, para su validación y se aplicó la prueba de confiabilidad mediante el Alfa de Crombach.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos del estudio se realizó el trámite administrativo correspondiente, antes de la aplicación del cuestionario se contó con la autorización de la directora de la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes, seguido de haberse planteado los objetivos y beneficios del estudio correspondiente, se procedió a utilizar el instrumento de recolección de datos. Se respetó los principios éticos considerando el respeto, privacidad, confidencialidad, la beneficencia y libre voluntad del investigado de

responder la encuesta. Los datos fueron registrados de forma anónima y solo para fines de la investigación.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectados los datos se vaciaron manualmente en la tabla matriz a fin de presentar los resultados en gráficos y tablas estadísticas. El procesamiento se realizó en forma manual y electrónica. Manualmente se ordenó y codificó los ítems de acuerdo con su valor predictivo, se realizó el paloteo y la cuantificación respectiva. Se ejecutó la elaboración de libro o tablas de códigos y la tabla matriz.

El procesamiento de datos se elaboró mediante el programa Excel 2016, haciendo uso del promedio aritmético. El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta la estadística descriptiva según los objetivos de estudio.

Para la medición de la primera variable factores de riesgo de Trastorno alimenticio se aplicó el mayor y menor valor porcentual para considerar que factores son predominantes.

Para la segunda variable: presencia de bulimia, se aplicó la siguiente escala:

Dimensión Percepción personal

- Significativa: mayor de 5
- No significativa: menor de 4.

Dimensión Autocontrol con las comidas

- Significativa: mayor de 5
- No significativa: menor de 4.

Variable global

- Presencia de bulimia Significativa: mayor de 10
- Presencia de bulimia no significativa: menor de 9.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS

TABLA 1

TABLA GENERAL DE DATOS DE LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO}
AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016

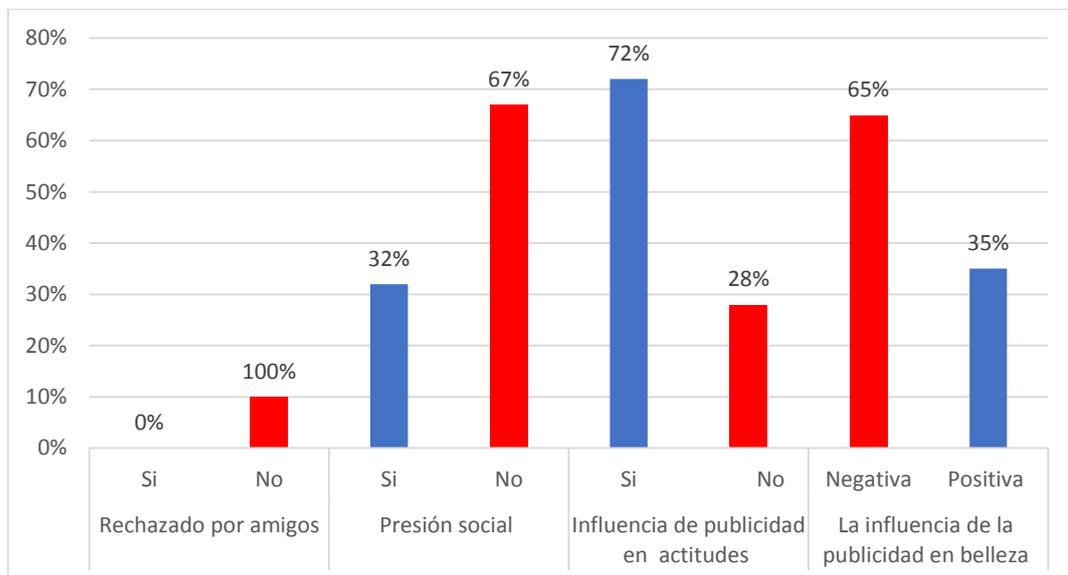
TABLA GENERAL		FRECUENCIA	%
EDAD	15-16 años	2	5%
	16-17 años	38	95%
	MAS DE 17años.	0	0%
PROCEDENCIA	URBANA	30	75%
	RURAL	10	25%
ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR	18	45%
	MONOPARENTAL	10	25%
	EXTENSA	12	30%
TOTAL		40	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a los adolescentes de la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes tienen edades de 15-16 años un 5% (2), 16-17 años 95% (38) y más de 17años ninguna; respecto a procedencia el 75% (30) es de procedencia urbana y el 25% (10) de zona rural; según estructura familiares; nuclear 45% (18), monoparental 25% (10) y extensa 30% (12).

GRÀFICO 1

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN
LA DIMENSIÒN FACTOR SOCIOCULTURAL EN LAS
ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

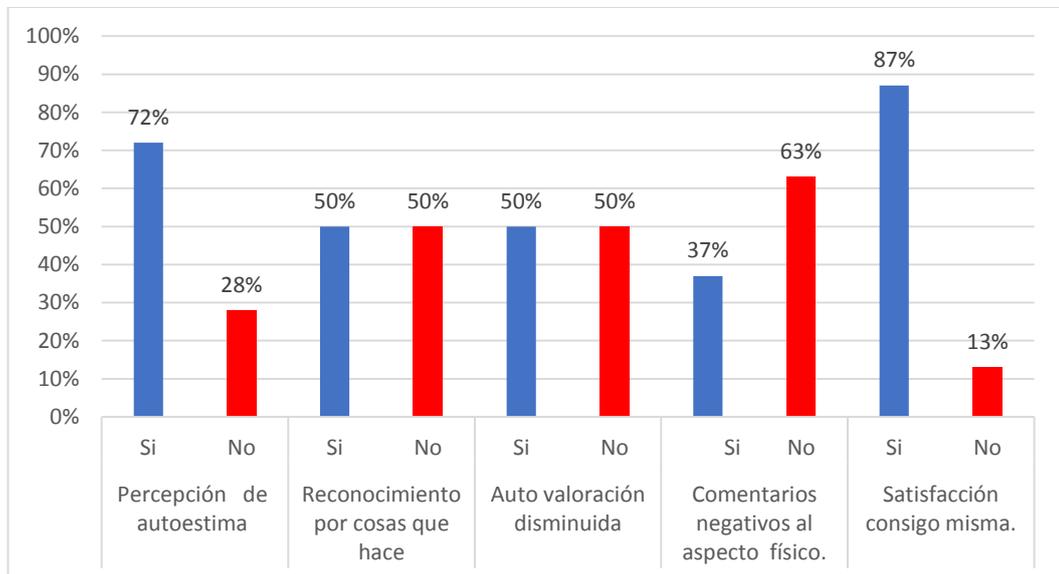


Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto al factor de riesgo sociocultural, se evidencia que los predominantes son; influencia de publicidad en actitudes con un 72%(29) e influencia negativa de publicidad en belleza con un 65%(26).

GRÀFICO 2

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR PSICOLÒGICO EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016

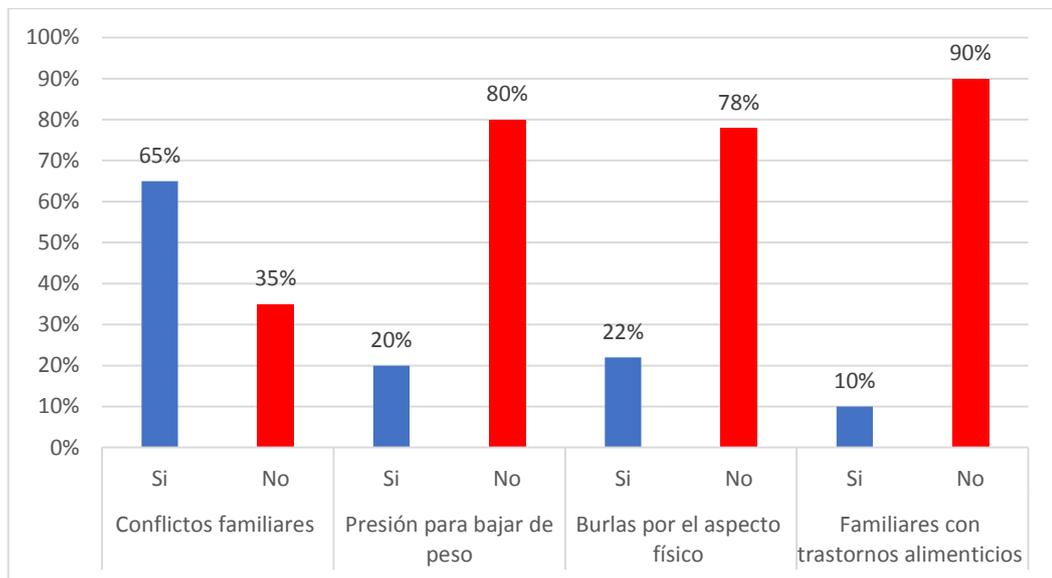


Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a los Factores de riesgo de trastornos alimenticios, según la dimensión factor psicológico se observa que el 72% (29) que tienen una percepción de autoestima alta, el 50%(20) no tienen reconocimiento por cosas que hacen, 50%(20) tiene una autovaloración disminuida, el 37% (15) reciben comentarios negativos al aspecto físico y 13% (5) no se siente satisfecha consigo misma.

GRÁFICO 3

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÚN
LA DIMENSIÓN FACTOR FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES
DEL 5^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

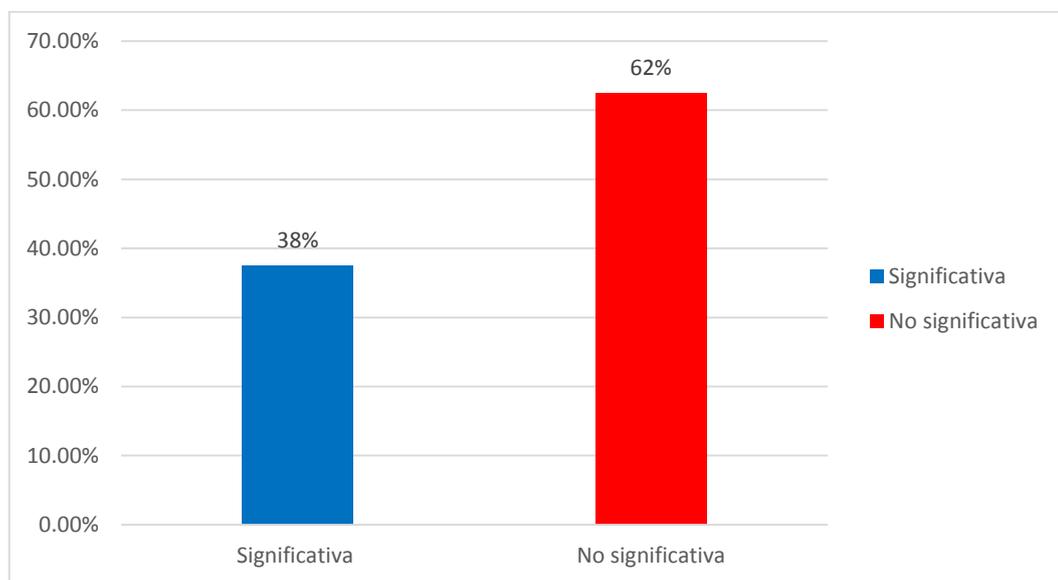


Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a los Factores de riesgo de trastornos alimenticios, según la dimensión factor familiar se observa que el 65% (26) tienen conflictos familiares, 20% (10) sienten presión familiar para bajar, 22% (11) reciben burlas por su aspecto físico de la familia y 10% (4) tienen familiares con trastornos alimenticios.

GRÁFICO 4

PRESENCIA DE BULIMIA SEGÚN LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN PERSONAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016

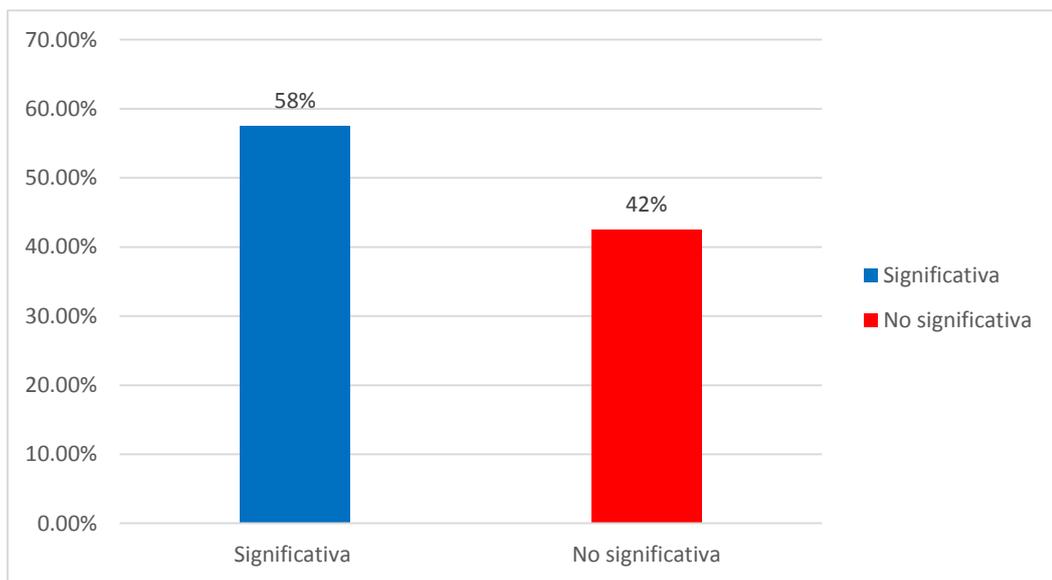


Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a la Presencia de bulimia en las adolescentes de la institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, según dimensión percepción personal se observa que en un 38%(15) es significativa y en el 62%(25) no significativa.

GRÁFICO 5

PRESENCIA DE BULIMIA SEGÚN LA DIMENSIÓN AUTOCONTROL CON LAS COMIDA EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA- JUNIO 2016



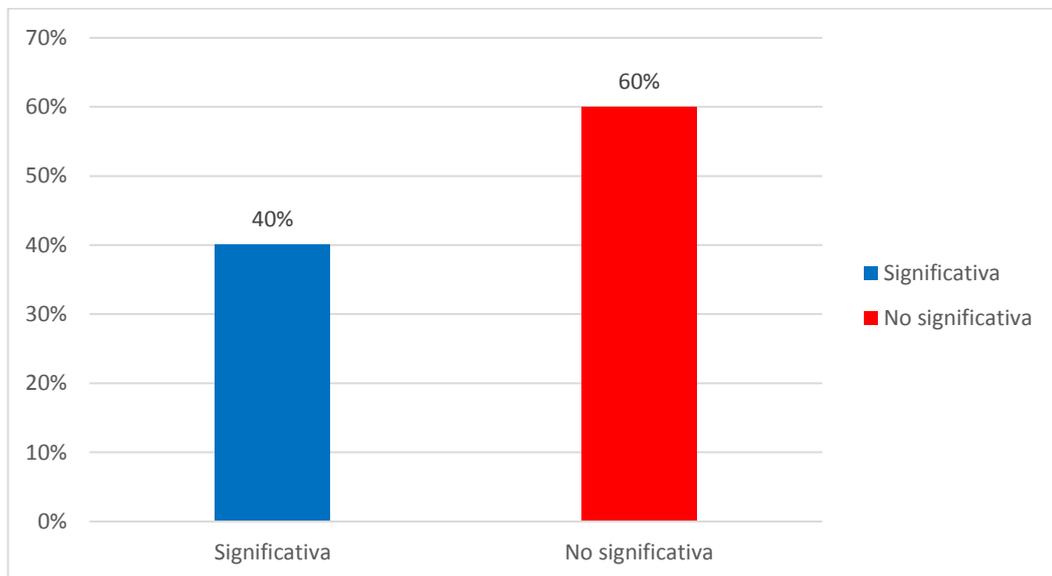
Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a la Presencia de bulimia en las adolescentes de la institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, en la dimensión Autocontrol con las comidas se observa que en el 58% (23) es significativa y el 42% (17) no significativa.

GRÀFICO 6

VARIABLE GLOBAL

PRESENCIA DE BULIMIA GLOBAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5 TO AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ICA-JUNIO 2016



Fuente: Cuestionario aplicado a las adolescentes del 5^{to} año que acudieron a la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Ica, en el mes de junio 2016.

Interpretación: Respecto a la presencia de bulimia global en las adolescentes de las Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, se observa en el 40%(16) es significativa y en el 60%(24) no significativa.

IV.b. DISCUSIÓN:

Los Trastornos Alimenticios es considerado como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes. Éstos comprenden dos tipos de alteraciones conductuales que se relacionan con la comida, el peso y otros relacionados consigo mismo y con los demás, un problema que fue preciso abordar. Luego de conocer los resultados respecto a las variables de estudio, analizamos y discutimos los aspectos de mayor relevancia, tales como:

Tabla 1: En cuanto a los datos generales de las estudiantes encuestadas se encontró que tienen edades de 15-16 años 5%, 16-17 años 95% y más de 17 años ninguna, su procedencia urbana es el 75% y rural 25%; la estructura familia nuclear 45%, monoparental 25% y extensa 30%. Al respecto Díaz C, Molina C¹⁴. Encontraron en su investigación resultados obtenidos que los adolescentes de la Institución Educativa Pública “Carlos Cueto Fernandini 3087” tienen edades de 14 años (21%), 15 años (26%), 16 años (26%) y 17 años (27%), de los cuales la mayoría pertenecen al género femenino (59%), proceden de Lima (72%) y la estructura de sus familias es nuclear (77%).

En la etapa de la adolescencia se dan múltiples cambios tanto físicos como emocionales, de tal manera que en esta etapa se debe brindar mayor énfasis a fin de identificar a tiempo cualquier manifestación de trastornos alimenticios más aun en esta época donde la sociedad inconsistente y altamente globalizada, incide en el cambio de actitud. Considerar que los adolescentes pasan por etapas adaptativas no solo en cuerpo y mente sino también conjugadas por el propio entorno, produciendo en ellos mayor vulnerabilidad.

Gráfico 1: Respecto a los factores de riesgo sociocultural, se evidencia que los predominantes son; influencia de publicidad en actitudes con un 72% e influencia negativa de publicidad en belleza con un 65%. Resultados comparables con los de Díaz L ¹¹. Quien encontró en su investigación que de los 38 adolescentes pertenecientes al grupo de bajo riesgo de poseer trastorno de la conducta alimentaria; los factores socioculturales predominantes fueron significativas en 3 de las 5 escalas; una de ellas fue la influencia de la publicidad con un 21%. De los 20 adolescentes pertenecientes al grupo de riesgo moderado de poseer trastorno de la conducta alimentaria; los factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa con 2 de las 5 escalas; una de ellas fue la influencia de la publicidad con un 30%. De 28 adolescentes pertenecientes al grupo de trastorno de la conducta alimentaria; con factores de riesgo socioculturales se encontró correlación significativa en 4 de las 5 escalas; una de ellas fue la influencia de la publicidad con un 21%. Al respecto también se puede nombrar a Beltrán C y Pincay M ¹². Encontraron en su investigación como factor que está afectando a los adolescentes es el trastorno de imagen corporal evidenciado en cambios de implicación social, además evidencia que el medio de comunicación más influyente es la televisión con el 33% en donde explica que es un medio que difunde la belleza y la perfección del cuerpo. Así mismo Montoya M ²¹. Encontró en su investigación una alta proporción de adolescentes 66.3%, presento un uso inadecuado de los medios de publicidad, mientras el uso adecuado un 33.7%. Al respecto Cruz BR, Ávila EM, Velázquez LH, Estrella CD¹³. Refieren en su investigación, que el 48.9% de las mujeres y el 45.8% de los hombres de estudiantes presentan interiorización de las influencias socioculturales acerca del modelo estético de delgadez.

Esta dimension es de suma importancia ya que la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural (los medios de comunicación). Los estudios demuestran que la publicidad influye ciertas actitudes para llegar a un físico ideal que es preocupación hoy en día en los adolescentes siendo una influencia negativa para ellos.

Gráfico 2: Respecto a los Factores de riesgo de trastornos alimenticios en las adolescentes de la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Según la dimensión factor psicológico se observa que el 72% que tienen una percepción de autoestima alta, el 50% no tienen reconocimiento por cosas que hacen, 50% tiene una auto valoración disminuida, el 37% reciben comentarios negativos al aspecto físico y 13% no se siente satisfecha consigo misma. Resultados comparables a los de Angulo D, Navarro G ²¹. Encontró que un 61,4% tienen nivel de autoestima alta y el 38,6% nivel de autoestima baja. Surichaqui M³⁶. Enfoco en su estudio como carácter perfeccionista un 18.3% con alta predisposición y un 40% con mediana predisposición. Así también Rutzstein G, Scappatura M, Murawski B⁹. Encontraron alto índice de adolescentes que presentaron puntuaciones intermedias en perfeccionismo y baja autoestima, alta presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los trastornos alimentarios. Beltrán C, Pincay M¹². Como resultado obtuvieron que un 38% de los adolescentes no se sienten satisfechos con su cuerpo. Así mismo un 33% refiere que tiene sentimientos de preocupación por su cuerpo al recibir críticas y burlas. Angulo D, Navarro G ²⁰. Evidencian que el 53,8% manifestó autoimagen corporal satisfactoria y 46,2% con autoimagen corporal insatisfactoria. Estos resultados que se dan en adolescentes son realmente preocupantes, el mismo que se debe tomar con mucha atención puesto que si bien es cierto no están con una alteración marcada, tiene ideas confusas respecto a su auto imagen y autoestima. Estos trastornos se entienden como multifactoriales.

Gráfico 3: Respecto a los Factores de riesgo de trastornos alimenticios, según la dimensión factor familiar se observa que el 65% tienen conflictos familiares, el 20% siente presión de la familia para bajar de peso, 22% recibe burlas de la familia sobre su aspecto físico y el 10% tiene familiares con trastornos alimenticios. Resultado que difieren de Yupanqui D²¹. Encontró en su investigación, las mujeres del total de los encuestados tienen familia funcional 52,83%, en disfunción moderada 48,45%, y la diferencia tienen disfunción grave 42,86%; y como resultado en el punto que no tienen antecedentes familiares que han padecido conductas de riesgo de trastornos alimentarios 89,86 %, mientras la diferencia si tienen antecedentes familiares de conductas de riesgo de trastornos alimentarios 10,14%. Rodríguez S, Díaz S¹⁹. Encontraron en su investigación que los chicos (as) piensan que su peso no es correcto debido que sus familiares les dicen que deben bajar de peso un 16%. Resultados que difieren de Surichaqui M³⁶. Encontró en su investigación sobre la dimensión familiar, respecto en cuanto a la burla de familiares encuentra un 25% con respuesta alta frente a un 50% con resultado medio.

Así mismo en la base teórica se encontró que un adolescente podría tener mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio si tienen familiares que padezcan de trastornos alimenticios³⁶. Aquí es pertinente confirmar de alguna manera que el ambiente familiar en el que se desenvuelve el adolescente influye a que se desarrollen conductas alimentarias de riesgo debido a conflictos, críticas, burlas de parte de la familia.

Gráfico 4: Respecto a la Presencia de bulimia en las adolescentes de la institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, según dimensión percepción personal se observa que en un 38% es significativa y en el 62% no significativas. Oliva Y, Ordóñez M¹⁵. Respecto a la percepción de la imagen corporal, mostraron una concordancia insignificante. Sin embargo, diferentes estudios como Castro R¹⁸. Que obtuvo numerosas relaciones significativas entre las dimensiones de los instrumentos utilizados asociando bajos niveles de Autoconcepto a elevadas tasas de trastornos de conducta alimentaria entre ellas destaca la relación inversa entre la dimensión Emocional del Autoconcepto.

La percepción del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico; en general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana manifestado como trastornos de la imagen corporal.

Gráfico 5: Respecto a la Presencia de bulimia en las adolescentes de la institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, en la dimensión Autocontrol con las comidas se observa que en el 58% es significativa y el 42% no significativa. Al respecto Díaz C, Molina C¹⁹. Sus estudios realizados en los adolescentes de la Institución Educativa Pública presentan riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria según factor control oral 30%. En el presente estudio, el factor control oral es una de las conductas de riesgo más utilizadas por los adolescentes. El control oral es aquella actitud que se va reforzar, el control sobre lo que se come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria, como, por ejemplo, autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Gráfico 6: Respecto presencia de bulimia global de trastornos alimenticios en las adolescentes de las Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, se observa el 40% es significativa y el 60% es no significativa. Sin embargo, García J, Solbes I ¹⁷. Observaron que hay niveles significativos de 29.9% en mujeres en rasgos bulímicos o insatisfacción corporal, todos ellos claros factores de riesgo asociados al desarrollo de estas patologías.

Silva N, Milton D¹⁰. Determinaron que una proporción significativamente mayor de adolescentes mujeres presentó riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, descripción de Camarillo¹⁴. Encontró que el riesgo es poco significativo. Estos resultados de esta investigación son alarmantes ya que es preciso considerar que se debe lograr intervenir en estos estudiantes, ya que se requiere apoyo temprano por especialistas para el caso; con el apoyo de enfermería, los responsables de tutoría y autoridades responsables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

El presente trabajo me ha permitido encontrar lo siguiente:

- Los factores de riesgo de trastornos alimenticios predominantes según dimensión sociocultural es la influencia de publicidad en actitudes, según dimensión psicológica es la autovaloración disminuida, según la dimensión familiar son los conflictos familiares, **por lo que se acepta la Hipótesis planteada.**
- La presencia de bulimia es no significativa en las alumnas de la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes de Ica,2016, **por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2.**

V.b. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de la salud en especial enfermería se enfoque en dicha problemática desde su espacio en los centros de salud y la comunidad, fomentando promoción de la salud y prevención de enfermedades en los adolescentes. Se requiere participación de otros profesionales de la salud que conformen un equipo multidisciplinario a fin de que el abordaje sea holístico en todos los campos en la promoción, prevención y/o tratamiento de trastornos alimenticios en los adolescentes.
- Los profesionales de enfermería plantearán estrategias conjuntas con la institución educativa para la detección e intervención oportuna y evitar los factores de riesgo en trastornos alimenticios y muchas veces la muerte; se realicen talleres, asesorías e intervenciones psicoeducativas en previsión de dichos trastornos; en las áreas de persona familia y relaciones humana, formación cívica y ciudadana que permitirán llegar a una autovaloración adecuada en el adolescente. Pues se requiere cambios sociales de gran relevancia, donde los profesionales y los padres contrarrestan los mensajes negativos de la cultura contemporánea haciendo que las adolescentes sientan que se las considera valiosas, como son, sin estereotipos.

REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones de Políticas Informe compendiado [en línea] [fecha de acceso 23 de enero del 2016]; URL disponible en:
http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
2. Álvarez ML, Bautista I, Cerra L. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Gran canaria. Madrid. Nutr Hosp. 2015; 31:2283-2288. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8583.pdf>
3. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L. y Scappatura M. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires: Un estudio de doble fase. Revista Mexicana de trastorno alimentario 2010: 1 (1), 48- 61. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3652249.pdf
4. Suclla J, Velarde E. Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicasclín. dieta. hosp. 2015; [citado 20-08-2016] 35(3):17-26. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/150415-FACTORES.pdf>
5. Martínez P, Zusman L. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitano. Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú 2013, 21 (2), 233-269
6. Aliaga L, De La Cruz T, Vega J. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. Rev. Neuropsiquiatr 2010; 73:52-61. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1658/1686>

7. MINSA- Hospital Hermilio Valdizan- Departamento de Promoción de la Salud Metal. Guía de Consejería Básica. Lima, Perú:2010, Modulo I, pág.12-14.
8. Pacheco D. Uno de cada 10 adolescentes tiene anorexia o bulimia. Gaba Perú: [citado 22-08-2013]. Disponible en:
<http://www.gabaperu.com/articulo01.php>
9. Rutzstein G, Scappatura M L, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2014 jun [citado 2016 Nov 07]; 5(1):39-49. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100006&lng=es.
10. Silva N, Milton D. Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. Actualización en Nutrición Vol. 15 N° 4 diciembre de 2014: 89-98. Disponible en:
http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_89.pdf
11. Díaz L. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes que asisten al itsdab en la ciudad de Loja. [tesis para la obtención de título de Médico General]. Ecuador. Universidad Nacional de Loja; 2013. Disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12503/1/TESIS.%20LILY%20D%C3%8CAZ.pdf>
12. Beltrán C. Trastornos de la imagen corporal relacionado con los factores socioculturales evidenciados en cambios de implicación social en los adolescentes. Colegio fiscal “La Libertad” 2013-2014. [tesis de licenciatura de enfermería]. Ecuador. Universidad estatal Península de Santa Elena;2013. Disponible en:
<http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/1674/BELT>

RAN%20BORBORPINCAY%20GONZABAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Cruz BR, Ávila EM, Velázquez LH, Estrella CD. Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. Revista mexicana de trastornos alimenticios. 2013; [citado 20 -08- 2016]; vol.4no1. Disponibles en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200715232013000100005&script=sci_arttext
14. Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MA, Munguía AE. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Rev Esp Méd Quir 2013; [citado 20-08-2016]; 18:51-55. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2013/rmq131h.pdf>
15. Oliva Y, Ordóñez M. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán Rev Biomed 2016; 27 (2). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=65778>
16. Álvarez M, Bautista C y Serra M. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Nutr Hosp. [citado 20 -08- 2016]; 2015;31(5). Disponibles en:
http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8583/pdf_8063
17. García J, Solbes I. Imagen corporal y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria española: diferencias de género. Revista de Orientación Educativa V26 N°50, pp 31-46, 2012. Recepción del artículo: 17.09. 2012. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/navarroenrique/imagencorporalyriesgodetrastorno>
18. Castro R. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y Autoconcepto en usuarios de gimnasios. Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte Vol. 10 nº 2 pp. 251-258. Disponible en:http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/13602/1/0537108_20152_0010.pdf

- 19.** Rodríguez S, Díaz S, Ortega R, Mata J, Fernández S. La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud.2013. Vol.09 no 21 a 23. Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_9_esp_21-23.pdf
- 20.** Díaz C, Molina C. Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de los Olivos. [tesis de licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2013.Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/365/1/Diaz_c%3B%20Molina_c.pdf
- 21.**Angulo D, Navarro G. Factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos - 2015. [tesis de licenciatura de enfermería]. Perú. Universidad de la Amazonia Peruana; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3299/TESES.pdf?sequence=1>
- 22.** Yupanqui D. Nivel de autoestima y la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012. [tesis de licenciatura de obstetricia]. PERU. Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann. Disponible en: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/211/96_2013_Yupanqui_Chura_DY_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1
- 23.** Montoya M. Factores asociados a riesgos de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la institución educativa nacional Túpac Amaru II-villa María del Triunfo. [tesis de licenciatura de enfermería]. PERU. Universidad Ricardo Palma; 2012. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/282/1/Montoya_m.pdf

- 24.** Martínez A: Anorexia y bulimia nerviosa. Concepto y criterios diagnósticos.cap.12. Disponible en:
<http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2000tca/cap12.pdf>
- 25.** Badia G. Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, [Tesis Doctoral]. Univesitat de Lleida, España – 2014. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/382833/Tgbr1de1.pdf?sequence=5>
- 26.** Vargas JM. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica lxx.2013; [Citado 05-05-2017] (607) 475 - 482. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- 27.** Cruz A. Trastornos alimentarios. En: Belloch, A. Manual de psicopatología. (pp. 531-556). México DF Ed. McGraw Hill.
- 28.** Monterrosa A, Boneu D, Muñoz J. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. Revista ciencias biomédicas. Vol. 3, núm. 1. 2012. Disponible en:
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1085/995>
- 29.** Portela ML, Costa J, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión Nutr Hosp. 2012;27(2):391-401. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revisi0n_07.pdf
- 30.** Rodríguez A, Montoya N. Valores percibidos en la publicidad de alimentos por jóvenes con y sin trastornos de la conducta alimentaria. Salud colect. vol.11 no.3 Lanús set. 2015. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300009
- 31.** Ayela A. Adolescentes: trastornos de alimentación. Editorial Club Universitario, 8 ene. 2010 - 134 páginas. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=e3SXamHXHHcC&pg=PA95&lp>

g=PA95&dq=coaccion+publicitario+y+trastornos+#v=onepage&q=coacion%20publicitario%20y%20trastornos&f=false

32. Useche M. Desórdenes alimenticios. Publicación, octubre 2015. Disponible en:
http://desordenesalimenticios11.blogspot.pe/2015/10/los-desordenes-alimenticios-son_2.html
33. Behar A. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Nov 08] ; 48(4): 319-334. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
34. Zegarra L, Camacho I. Trastornos de conducta y Funcionamiento Familiar en adolescentes. Revista Umbrales de Investigación. Instituto de la Facultad de Psicología UNFV. 2009; 1(1),55-66.
35. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores Psicosociales asociados a trastornos alimentarios en adolescentes de Lima Metropolitana. Psychology International. 2009: 18 (4). <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>
36. Ruíz Martínez A, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz J, Viladrich i Segué C, Halley Castillo M. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2013 jun [citado 2016 Nov 14]; 4(1): 45-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es.
37. Surichaqui M. Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución Privada Chosica. [tesis]. Perú: universidad Ricardo Palma, 2012. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/388/1/Surichaqui_mi.pdf

- 38.** Rios J, Torres C. Revisión sistemática de los determinantes socioculturales asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. [tesis]. BOGOTA: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales, 2015. Disponible en:
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/445/1/REVISI%C3%93N%20SISTEM%C3%81TICA.pdf>
- 39.** Carvajal A. Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. Revista electrónica de psicología Iztacala.2014; [Citado 05-05-2017]Vol.17(4). Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num4/Vol17No4Art9.pdf>
- 40.** Bustamante G, Justo J. Bulimia. Rev. Act. Clin. Med v.35 La Paz sep. 2013. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 41.** García G, García D. Conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa; en escolares de 6° año de primaria del Instituto José Vasconcelos de Toluca en el ciclo escolar 2013-2014. [tesis de Licenciatura de Nutrición] Universidad Autónoma del estado de México. 2014. Disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14742/Tesis.416135.pdf;sequence=1>
- 42.** Santomorfio A. Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 1° a 4° de eso (11 a 17 años de edad) en un instituto público y uno privado en la ciudad de Mataro.2016. [Tesis Doctoral]. España. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/392677/asc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 43.** Calcedo J. Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria.2016. [Tesis Doctoral]. España. Universidad de Cantabria. Disponible en:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis%20JGCG.pdf?sequence=1>

44. Velazco B, Trastornos de la Conducta Alimentaria: Alternativas de tratamiento y propuesta de mejora. [tesis de licenciatura de enfermería] Universidad de Valladolid. España. 2014. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5693/1/TFG-H97.pdf>
45. Piqueras S. Intervenciones de enfermería para el manejo de la ansiedad en personas con trastorno de la conducta alimentaria. España [tesis] Universidad de Barcelona. 2016. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100127/1/100127.pdf>
46. Hernández P, Ramos I, Yancaya x. Influencia de una intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimiento sobre anorexia nerviosa en padres de alumnos de secundaria en una institución educativa. Perú. [tesis de licenciatura de enfermería]. Universidad Cayetano heredia.2016
47. Horwizt Protocoló de manejo de en red de trastorno de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia. Instituto psiquiátrico.2012. Disponible en: http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/instituto_psiquiatrico/protocolo_en_red_del_trastorno_alimntario.pdf
48. Piñeros O, Molano C, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). Revista colombiana de psiquiatría. 2010; 39(2) 313-328, Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80615447007.pdf>
49. Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería, México servicio de publicación Universidad del Cuaca 2012.
50. Tomey, Ann Marriner. Modelos y teorías en Enfermería. Ediciones Harcourt, S.A., España. 2000. (4): 376, 11, 337.
51. Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usada en enfermería psiquiátrica. Rev.Cuid 2015; 6(2) 1108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v.6i2.172>.

BIBLIOGRAFÍA

- Ánchez A, Amo E, Maset P. Paradigma y modelos en educación para la salud. Mazarrasa. salud pública y enfermería comunitaria. Biblioteca de enfermería profesional.vol 1. Ed. McGraw-Hill-interamericana, 2ª reimpresión. Madrid., 2000.
- Ejias F, Serrano M. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Ed. Difusión avances de enfermería (DAE), Madrid, 2000.
- Loreto M, Zubarew T, Silva P, Romero Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana.ref. Chil. De pediatría, 77 (2), 153-160, 2006.
- Molina A. La importancia de las relaciones interpersonales en enfermería. Un cuidado más humanizado. [tesis licenciatura]. España. Universidad de Jaén. 2016.
- Ruiz, A, Vázquez R, Mancilla J, López X, Álvarez G, Tena A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univ Psychol. 2010;9(2):447–56.
- Vargas M. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX. Hospital Nacional Psiquiátrico. (607) 475 - 482, 2013.
- Hernández R., Fernández C., y Baptista P. Metodología de la investigación. 2da. Edición. Mc Graw Hill, México, 2000.

ANEXOS

ANEXO Nº 01
Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS	Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.	<p>Son respuestas o reacciones que van a condicionar la probabilidad de contraer un trastorno alimenticio en los adolescentes del 5^{TO} año de la Institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes, el cual se medirá a través de un cuestionario y tendrá como valor final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predominantes • Poco predominantes 	<p>Factor sociocultural</p> <p>Factor psicológico</p> <p>Factor familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación y rechazo social • Manipulación (coacción publicitaria) • Percepción de autoestima • Perfeccionista • Autovaloración • Distorsión de imagen corporal • Influencias familiares • Antecedentes familiares de trastornos de la alimentación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
PRESENCIA DE BULIMIA	Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.	<p>Es el alto número de casos de trastornos alimenticios en los adolescentes del 5^o año de la Institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes, el cual se medirá a través de un cuestionario y tendrá como valor final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significativa • No significativa 	<p>Percepción Personal</p> <p>Autocontrol con las comidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo al sobrepeso • Preocupación por el contenido calórico • Preocupación por los carbohidratos • Sentimiento de culpa al comer • Incremento de ejercicio físico • Evitar alimentos con contenido de azúcar • Ingiere alimentos dietéticos • Dieta • Impulso para vomitar. <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por los alimentos • Atracciones de comida • Vómitos • Obsesión con la comida • Presión social para comer • Control de ingesta de alimentos



ANEXO N°02 CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN:

Buenos días, soy ROSA YVETTE VEGA LUJAN, bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad San Juan Bautista. Estoy realizando, una investigación con el objetivo de Determinar los factores de riesgo de trastorno alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de secundaria.

Agradezco anticipadamente su participación, la información obtenida será anónima y confidencial.

II.RECOMENDACIÓN:

Se le recomienda leer detenidamente las preguntas y en cada área deberá responder a todos los enunciados marcando con un aspa (x) si en caso tienen duda preguntar al investigador.

III. DATOS GENERALES:

1. EDAD

- a. 15-16 años
- b. 16-17 años
- c. más de 17años.

2.PROCEDENCIA

- a. Rural
- b. Urbana

3.ESTRUCTURA FAMILIAR

- a. Nuclear
- b. Monoparental
- c. Extensa.

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

A. Factor sociocultural

1. ¿Eres rechazado por tus amigos?
 - a. Si
 - b. no

2. ¿Para ti la presión social influye en como deberías verte?
 - a. Si
 - b. No

3. ¿Consideras que la publicidad en el Perú influye en tus actitudes como adolescente?
 - a. si
 - b. no

4. ¿Cómo consideras la influencia de la publicidad respecto al modelo de belleza hacia las adolescentes?
 - a. negativa
 - b. positiva

B. Factor psicológico

5. ¿Percibes que tu autoestima impide relacionarte con los demás?
 - a. Si
 - b. No

6. ¿Sientes que tienes cosas de las cuales no te sientes orgullosa?
 - a. Si
 - b. No

7. ¿A veces te sientes inútil?

- a. Si
- b. No

8. ¿Te afecta los comentarios respecto al aspecto físico (Como estar llenita o gordita)?

- a. Si
- b. No

9. ¿Te aceptas tal como eres?

- a. Si
- b. No

C. Factor familiar

10. ¿Cree usted que los conflictos familiares influyen en los trastornos alimenticios?

- a. Si
- b. No

11. ¿Sientes presión para bajar de peso por algún miembro de tu familia para?

- a. Si
- b. No

12. ¿Se burlan de ti por tu aspecto físico en tu familia?

- a. Si
- c. No

13. ¿Tiene usted familiares que han padecido de trastornos de conducta alimentaria?

- a. Si
- b. No.

CUESTIONARIO CON ESCALA DE LICKERT

PRESENCIA DE BULIMIA

Responda de acuerdo con la frecuencia de la actividad realizada:

- 4: Siempre
- 3: Casi siempre
- 2: A veces
- 1: Nunca

BULIMIA	siempre	Casi siempre	a veces	nunca
PERCEPCIÓN PERSONAL				
1. Me asusta la idea de estar con sobrepeso				
2. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos				
3. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)				
4. Me siento culpable después de comer				
5. Me preocupo por estar más delgada				
6. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio				
7. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo				
8. Evito los alimentos que contienen azúcar				
9. Como alimentos dietéticos (diet o light)				
10. Me siento culpable después de comer dulces				
11. Me comprometo a hacer un régimen				
12. Me gusta sentir el estómago vacío				

13. Tengo el impulso de vomitar luego de comer.				
AUTOCONTROL CON LAS COMIDAS.				
14.Me preocupo por los alimentos				
15.He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer.				
16. Vomito después de a ver comido				
17. Siento que la comida controla mi vida.				
18. Pienso demasiado en la comida.				
19. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas.				
20. Evito comer cuando tengo hambre.				
21. Corto mis alimentos en trozo.				
22. Siento que los demás quieren que yo coma más.				
23.Los demás piensan que estoy muy delgado (a).				
24.Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas.				
25.Mantengo un control de ingesta.				
26.Disfruto probando nuevas comidas apetitosas.				

ANEXO Nº 03

**TABLA DE CODIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO (VARIABLE
FACTORES DE RIESGO)**

DIMENSIÓN	PREGUNTA	RESPUESTA PREDOMINANTES COD. (2)	RESPUESTA POCO PREDOMINANTES COD. (1)
FACTOR SOCIOCULTURAL	1	A	B
	2	A	B
	3	A	B
	4	A	B
FACTOR PSICOLOGICO	5	A	B
	6	A	B
	7	A	B
	8	A	B
	9	A	B
FACTOR FAMILIAR	10	A	B
	11	A	B
	12	A	B
	13	A	B

TABLA DE CODIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO CON ESCALA DE LICKERT (VARIABLE PRESENCIA DE BULIMIA)

EAT 26	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1- 25	3	2	1	0
26	0	1	2	3

Los ítems están estructurados en 2 factores:

Percepción personal: valora a sujetos que están insatisfechos con su imagen corporal y la sobreestiman. A este factor corresponden los ítems 1-13.

Autocontrol con las comidas: relacionados con la conducta bulímica y, describe autocontrol en relación con la comida y la presión social a la que se ven sometidos estos sujetos para ganar peso. Una puntuación alta está relacionada con bajo peso. A este factor corresponden los ítems 14-26.

ANEXO N° 04

CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	Exp. N°01	Exp. N°02	Exp. N°03	Exp. N°04	Exp. N°05	Exp. N°06	Exp. N°07	P
1	1	0	1	1	1	1	1	0.062
2	1	0	1	1	1	1	1	0.062
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	0	1	1	1	1	1	0.062
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	0	1	1	1	1	1	0.062
							Σ P	0.272

$$P = \frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ DE ITEMS}} = \frac{0.272}{7} = 0.04$$

► SI $P \leq 0.5$ EL INSTRUMENTO ES VALIDO.

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach (α). Se alcanzó los siguientes resultados:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum s^2 i}{s^2 t} \right]$$

$$\alpha = \frac{13}{13 - 1} \left[1 - \frac{2.22}{5.84} \right]$$

$$\alpha = \frac{13}{12} [1 - 0.38]$$

$$\alpha = 1.8[0.62]$$

$$\alpha = 1.1$$

- Se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto, este instrumento es confiable.

ANEXO N° 06

TABLA 2

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN
 LA DIMENSIÒN FACTOR SOCIOCULTURAL EN LAS
 ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA
 INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA
 SEÑORA DE LAS MERCEDES,
 ICA-JUNIO
 2016

DIMENSIÒN DE FACTOR SOCIOCULTURAL	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Rechazado por amigos	Si	0	0.00%
	No	40	100.00%
Presi3n social	Si	13	32.00%
	No	27	67.00%
Influencia de publicidad en actitudes	Si	29	72.00%
	No	11	28.00%
La influencia de la publicidad en belleza	Negativa	26	65.00%
	Positiva	14	35.00%
TOTAL		40	100%

TABLA 3

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS SEGÙN
LA DIMENSIÓN FACTOR PSICOLÓGICO EN LAS
ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

DIMENSIÓN DE FACTOR PSICOLÓGICO	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Percepción de autoestima	Si	36	90%
	No	4	10%
Reconocimiento por cosas que hace	Si	20	50%
	No	20	50%
Autovaloración disminuida	Si	20	50%
	No	20	50%
Comentarios negativos al aspecto físico.	Si	15	37%
	No	25	63%
Satisfacción consigo misma.	Si	35	87%
	No	5	13%
TOTAL		40	100%

TABLA 4

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS
SEGÙN LA DIMENSIÒN FACTOR FAMILIAR EN
LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA
INSTITUCIÒN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

DIMENSIÒN FACTOR FAMILIAR	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Conflictos familiares	Si	26	65%
	No	14	35%
Presiòn para bajar de peso	Si	8	20%
	No	32	80%
Burlas por el aspecto físico	Si	9	22%
	No	31	78%
Familiares con trastornos alimenticios	Si	4	10%
	No	36	90%
TOTAL		40	100%

TABLA 5

**PRESENCIA DE BULIMIA SEGÚN LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN
PERSONAL EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

DIMENSIÓN PERCEPCIÓN PERSONAL	FRECUENCIA	%
Significativa ≥ 5	15	38%
No significativa ≤ 4	25	62%
TOTAL	40	100%

TABLA 6

**PRESENCIA DE BULIMIA SEGÚN LA DIMENSIÓN AUTOCONTROL
CON LAS COMIDAS EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

DIMENSIÓN AUTOCONTROL CON LAS COMIDAS	FRECUENCIA	%
Significativa ≥ 5	23	58%
No significativa ≤ 4	17	42%
TOTAL	40	100%

TABLA 7

VARIABLE GLOBAL

**PRESENCIA DE BULIMIA EN LAS ADOLESCENTES DEL
5 TO AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA
SEÑORA DE LAS MERCEDES,
ICA-JUNIO
2016**

DIMENSIÓN DE BULIMIA	FRECUENCIA	%
Significativa ≥ 10	16	40%
No significativa ≤ 9	24	60%
TOTAL	40	100%

ANEXO Nº 07
TABLA MATRIZ

Encuestado	FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTICIO																
	DIMENSIÓN DE FACTOR SOCIOCULTURAL					DIMENSIÓN DE FACTOR PSICOLOGICO						DIMENSIÓN DE FACTOR FAMILIAR					Total
	1	2	3	4	ST	5	6	7	8	9	ST	10	11	12	13	ST	
1	1	2	2	2	7	2	1	2	1	2	8	2	1	1	1	5	20
2	1	1	1	1	4	2	1	1	1	2	7	2	1	1	1	5	16
3	1	1	1	2	5	2	1	1	1	2	7	2	1	1	1	5	17
4	1	1	2	2	6	2	1	1	1	2	7	1	1	1	1	4	10
5	1	1	2	2	6	2	2	1	2	2	9	2	1	1	1	5	20
6	1	1	1	2	5	2	1	1	1	2	7	1	2	1	1	5	17
7	1	1	2	2	6	2	2	2	1	2	9	2	1	1	1	5	20
8	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	10	2	2	2	1	7	24
9	1	1	2	1	5	2	2	2	2	2	10	2	1	1	1	5	20
10	1	2	2	1	6	1	1	2	2	1	7	2	1	2	2	7	20
11	1	1	1	2	5	1	1	1	2	1	6	1	1	1	1	4	17
12	1	1	2	2	6	1	2	1	1	2	7	2	1	1	1	5	18
13	1	2	2	2	7	1	2	2	2	1	8	2	2	2	1	7	22
14	1	2	2	2	7	2	2	1	1	2	8	2	1	1	1	5	20
15	1	2	2	2	7	2	1	1	1	2	7	1	1	1	1	4	18
16	1	2	2	2	7	2	1	2	1	2	8	1	1	1	1	4	19

17	1	2	2	2	7	2	1	1	1	2	7	2	1	1	1	5	19
18	1	1	1	2	5	2	1	1	1	2	7	2	1	1	2	6	18
19	1	1	2	2	6	2	2	2	2	2	10	1	2	2	1	6	22
20	1	1	2	1	5	2	1	1	1	2	7	2	1	1	1	5	17
21	1	1	2	2	6	2	2	2	2	2	10	2	1	1	1	5	21
22	1	1	1	1	4	1	2	1	2	2	8	1	2	2	1	6	18
23	1	2	2	2	7	1	2	2	1	2	8	2	2	2	2	8	23
24	1	2	2	2	7	2	1	1	2	2	8	1	1	1	1	4	19
25	1	1	2	2	6	1	1	2	2	1	7	1	2	1	1	5	18
26	1	2	2	2	7	1	2	2	1	2	8	2	1	1	1	5	20
27	1	1	1	2	5	2	2	2	2	2	10	1	2	1	1	5	18
28	1	1	1	2	5	1	2	2	1	1	7	2	1	2	1	6	18
29	1	1	2	2	6	2	1	1	1	2	7	1	1	1	1	4	17
30	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	10	2	1	1	1	5	22
31	1	1	2	2	6	2	2	1	1	2	8	2	1	1	1	5	19
32	1	1	1	2	5	2	1	1	1	2	7	1	1	1	1	4	16
33	1	2	2	2	7	1	2	2	2	2	9	2	1	2	1	6	22
34	1	1	2	2	6	1	2	2	1	2	8	2	1	2	2	7	21
35	1	1	2	2	6	2	1	1	1	2	7	2	1	1	1	5	18
36	1	1	1	2	5	2	1	1	1	2	7	1	1	1	1	4	16
37	1	1	2	2	6	2	2	2	1	2	9	2	1	1	1	5	20
38	1	1	2	2	6	2	1	1	2	2	8	2	1	1	1	5	19
39	1	1	2	2	6	2	2	2	1	2	9	2	1	1	1	5	20
40	1	1	1	2	5	2	1	2	1	2	8	1	1	1	1	4	17

Encuestados	PRESENCIA DE BULIMIA																												
	Percepción Personal														Autocontrol con la comida												total		
Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	ST	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26	ST
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	4	4	
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
3	3	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	
4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0	6	8	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	6	6	
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	5	5	
7	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	2	0	5	8	
8	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	7	1	1	0	1	1	0	0	0	0	3	0	0	7	14	
9	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	8	14	
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	5	5	
11	0	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	6	3	0	0	3	1	0	0	2	0	0	3	0	3	15	21
12	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	9	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	5	14	
13	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	0	7	13	
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0	3	13	13
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
17	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	5	
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	3	1	0	1	0	9	9	
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	3	1	0	1	0	9	9	
20	2	1	0	0	3	3	3	0	1	0	0	0	0	13	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	0	7	20

21	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	8			
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	7	7		
23	0	1	2	0	0	3	0	1	0	2	0	0	0	9	3	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	3	11	20	
24	2	2	0	2	2	2	3	0	0	3	2	0	0	18	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	2	0	0	6	24
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	
26	3	2	3	0	3	3	3	2	0	3	0	3	0	25	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	5	30
27	2	1	2	0	0	1	0	2	1	3	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	2	7	19
28	3	2	2	0	2	1	3	0	0	2	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	1	7	22	
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	3	0	2	11	11
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4
33	3	1	1	0	0	2	2	0	1	2	0	3	0	15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	18
34	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	4	8	
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
40	3	0	0	0	2	3	3	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	13