

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS A LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES Y JÓVENES ATENDIDOS POR
CONSULTORIO EXTERNO DE PSIQUIATRIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE
EL AÑO 2016**

**TESIS
PRESENTADA POR BACHILLER
JAVIER ANTONIO RIOS TREJO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESOR

Dr. Juan Carrasco Perriggo

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su siempre apoyo en cada momento difícil que se presentó a lo largo de mi vida

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios y a mi familia por ser guía de nuestras vidas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociales relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. Método: La muestra queda por 25 adolescentes y jóvenes (3 hombres y 22 mujeres) con TCA donde se encuestaron a 23 personas (3 hombres y 22 mujeres) y 2 mujeres no participaron dicho estudio. Se aplicó el cuestionario de EDI-2 donde se modificó tomando criterios inclusión y exclusión. La metodología de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. Resultado: De los 23 adolescentes y jóvenes, 87% fueron mujeres y 13% hombres. El 47.8% tuvo puntajes elevados para la obsesión por la delgadez, el 82.6% para insatisfacción corporal, 73,9% para ineficacia y 47,9% para perfeccionismo. Conclusión: Existen diferencias significativas en los factores sociales (Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal, Ineficacia y Perfeccionismo) con trastornos de la conducta alimentarios.

Palabras claves: Factores Sociales, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adolescentes y jóvenes.

ABSTRACT

Objective: To determine the social factors related to disorders of eating behavior in adolescents and young people attended by an external psychiatric clinic in the National Hospital Hipólito Unanue during 2016. Method: The sample is for 25 adolescents and young people (3 men and 22 Women) with ACT where 23 people (3 men and 22 women) were surveyed and 2 women did not participate in the study. The EDI-2 questionnaire was applied where it was modified taking inclusion and excision criteria. The descriptive, transversal and prospective methodology. Outcome: Of the 23 adolescents and young people, 87% were women and 13% were men. 47.8% had high scores for the obsession with thinness, 82.6% for body dissatisfaction, 73.9% for ineffectiveness and 47.9% for perfectionism. Conclusion: There are significant differences in social factors (obsession for thinness, body dissatisfaction, ineffectiveness and perfectionism) with eating disorders.

Key words: Social Factors, Eating Disorders, Adolescents and young people.

INTRODUCCIÓN

Los TCA constituyen trastornos alimenticios que se caracteriza por una conducta alterada antes la ingesta alimentaria encaminados a controlar el peso pueden ocasionar problemas físicos y del funcionamiento psicosocial la anorexia y bulimia nerviosa son las patologías más representadas ⁽²⁵⁾. La población que está más vulnerables son adolescentes y mujeres jóvenes ⁽¹²⁾.

En Instituto Nacional de Salud Mental Delgado- Noguchi (INSMDN), en adolescentes de lima la prevalencia en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa es de 0,1% y 0,8% ⁽⁶⁾. La causa de los TCA es multicausal ⁽²⁾. Los factores sociales tanto la insatisfacción corporal como la obsesión de la delates son características necesarias para la aparición de TCA ⁽²⁵⁾.

Es importante conocer estas patologías (anorexia y bulimia-9 ya que van aumentando cada día, una prevención y detección temprana evitaría complicaciones a corto y largo plazo.

INDÍCE

	Pág.
CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2.1. GENERAL.....	1
1.2.2. ESPECÍFICO.....	1
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	2
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.6 OBJETIVOS	3
1.6.1 GENERAL.....	3
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	3
1.7 PROPÓSITO.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
2.2 BASE TEÓRICA.....	6

2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.4. HIPÓTESIS.....	14
2.4.1. GENERAL.....	14
2.4.2. ESPECÍFICO.....	14
2.5. VARIABLES.....	15
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	15
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	17
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	17
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	19
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	20
4.1 RESULTADOS.....	20
4.2 DISCUSIÓN.....	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES.....	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	40

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla N° 1: Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por sexo.....	20
Tabla N° 2: Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por nivel educativo.....	21
Tabla N° 3: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por obsesión de la delgadez.....	22
Tabla N° 4: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por insatisfacción corporal.....	23
Tabla N° 5: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por ineficacia..	24
Tabla N° 6: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por perfeccionismo.....	25
Tabla N° 7: Comparación de los factores sociales de los trastornos de la conducta alimentaria.....	26
Tabla N° 8: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por trastorno de la conducta alimentaria.....	27
Tabla N° 9: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por factores sociales.....	28
Tabla N°10: Prueba Chi cuadrado de Pearson de obsesión por la delgadez y trastorno de la conducta alimentaria.....	29
Tabla N° 11: Prueba Chi cuadrado de Pearson de insatisfacción corporal y trastorno de la conducta alimentaria.....	30
Tabla N° 12: Prueba Chi cuadrado de Pearson de ineficacia y trastorno de la conducta alimentaria.....	31
Tabla N° 13: Prueba Chi cuadrado de Pearson de perfeccionismo y trastorno de la conducta alimentaria.....	32
Tabla N°14: Prueba de Chi cuadrado de Pearson de factores sociales y trastorno de la conducta alimentaria.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por sexo.....	20
Gráfico N° 2: Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por nivel educativo.....	21
Gráfico N° 3: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por obsesión de la delgadez.....	22
Gráfico N° 4: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por insatisfacción corporal.....	23
Gráfico N° 5: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por ineficacia.....	24
Gráfico N° 6: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por perfeccionismo.....	25
Gráfico N° 7: Comparación de los factores sociales de los trastornos de la conducta alimentaria.....	26
Gráfico N° 8: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por trastorno de la conducta alimentaria.....	27
Gráfico N° 9: Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por factores sociales.....	28

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N° 1: Operacionalización de variables.....	41
Anexo N° 2: Instrumento.....	42
Anexo N° 3: Validez de instrumentos-consulta de expertos.....	45
Anexo N° 4: Matriz de consistencia.....	46
Anexo N° 5: Consentimiento informado.....	48
Anexo N° 6: Asentamiento informado.....	49

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los TCA constituyen trastornos alimenticios que se caracteriza por una conducta alterada antes la ingesta alimentaria encaminados a controlar el peso pueden ocasionar problemas físicos y del funcionamiento psicosocial la anorexia y bulimia nerviosa son las patologías más representadas ⁽²⁵⁾. La población que está más vulnerable son adolescentes y mujeres jóvenes ⁽¹²⁾.

En la actualidad se ha aceptado en muchas culturas la extrema delgadez como prototipo la belleza donde adoptan enfoque sociocultural, se ha investigado rol que cumple la internalización de ese ideal, en las alteraciones de la imagen corporal y la alimentación en la población adolescente mujeres ⁽²²⁾. Es resultado de replicar imágenes publicitarias, donde la delgadez se convierte en el prototipo de la belleza ⁽³⁾.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. General

¿Los factores sociales están relacionado con los trastornos de la conducta trastornos conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue- Lima- Perú durante el año 2016?

1.2.2. Específicos

¿La obsesión por la delgadez se relaciona significativamente con los trastornos de la conducta alimentaria?

¿La insatisfacción corporal se relaciona significativamente con los trastornos de la conducta

¿La eficacia se relaciona significativamente con los trastornos de la conducta alimentaria?

¿El perfeccionismo se relaciona significativamente con los trastorno de la conducta alimentaria?

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación teórica

En el Perú se encuentra muy poca información sobre este tema es muy poca la importancia que se le da a pesar que va aumentando silenciosamente.

1.3.2. Justificación práctica

Los resultados de esta investigación permiten incentivar a los adolescentes y jóvenes a tomar conciencia y despertar el interés de nuevas investigaciones, teniendo como base el presente estudio.

1.3.3. Justificación metodológico

Este trabajo nos permite dar resultados confiables.

1.3.4. Justificación económico y social

Nos permite brindar información acerca de los trastornos conducta alimentaria y disminuir los casos que van aumentando cada día más.

1.4. Delimitación del área de estudio

1.4.1. Delimitación espacial: La población de estudio será encuestada en su domicilio

1.4.2. Delimitación temporal: Se realizará durante el año 2016.

1.4.3. Delimitación social: La población de estudio son los adolescentes y jóvenes diagnósticos de Trastornos de la conducta Alimentaria.

1.4.4 Delimitación conceptual: Ahora en la actualidad no hay información necesaria en los medios de comunicación para saber qué tipo de enfermedad y las complicaciones a largo plazo que puede causar.

1.5. Limitaciones de la investigación

Entre las principales limitación del estudio:

- Autorización de las adolescentes y de los padres para analizar su caso.
- Escasa información sobre el tema

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Determinar los factores sociales relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue- Lima- Perú durante el año 2016

1.6.2. Específicos

Determinar la relación entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes

Determinar la relación entre insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.

Determinar la relación entre la ineficacia y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.

Determinar la relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.

1.7. Propósito

El propósito de la investigación es darle importancia que tiene para la sociedad estar informado, incentivar a un análisis crítico y tomar a conciencia, a fin de tratar a tiempo esta patología evitando su concurrencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes bibliográficos

A nivel internacional:

Guadarrama. Se realizó un estudio en México con población de 316 personas donde se encontró que el 8% tenía síntomas de anorexia y 6% bulimia. En cuanto al sexo lo más resaltantes fueron los hombres 14%. En las mujeres, con población de 175 personas donde 6% presento síntomas de bulimia y 10% anorexia. Se concluyó que la motivación para adelgazar (presión social) son más influenciada en las mujeres ⁽⁸⁾.

Campana. Se realizó un estudio en Brasil con la población constituido de 14 voluntarios, atendidos en una clínica de Brasil. Las variables como preocupación con cuerpo, conducta evitación, control fueron evaluados con Comprobación cuerpo cuestionario (BCQ), Imagen corporal evitar cuestionario (BIAQ), Body Shape Questionnaire (BSQ). El tipo de estudio descriptivo donde mostraron niveles altos preocupación con el cuerpo, insatisfacción corporal, conducta de evitación y control. Se concluyó que conocer los componentes de la imagen corporal podría aumentar posibilidades de comprensión de la representación del cuerpo ⁽⁴⁾.

Olalde. Concluyen que la conducta alimentaria tiene múltiples factores en como la familia y los amigos, la percepción corporal y a la subjetividad que tengan sobre su cuerpo son muy importantes en la percepción del cuerpo, ya que estigmatizan la gordura y promueven la delgadez. Los medios de televisivos mediante anuncios publicitarios dan forma al imaginario social contemporáneo de la delgadez ⁽¹⁶⁾

Moreno. Se realizó un estudio en México de 298 (153 mujeres y 145 hombres) entre los 12 y 14 años donde aplicaron el BSQ y CEA. Se encontró que el 8% tiene riesgo TCA y 10% la patología instalada. Se concluyó que los

TCA constituyen un problema de salud por la sintomatología, incidencia, resistencias, asociación y edades tempranas ⁽¹⁴⁾.

Portela de Santana et al. Se encontró adolescentes con bulimia dentro de los factores como ideales de delgadez, insatisfacción corporal, el riesgo los cambios corporales en la pubertad, la presión social para ser delgada aumentan la vulnerabilidad ⁽¹⁷⁾.

Saffon. Se realizó un estudio en Brasil donde presentaron sobre la internalización del ideal de delgadez y sus efectos en las personas donde identificaron la relación de los padres y desarrollo de hábitos alimenticios y alteraciones en la imagen corporal. Se concluyó que se debe seguir estudiando los mecanismos y consecuencias para prevenir y tratar sus efectos ⁽²²⁾.

Losada. Realizaron un estudio en Argentina con la población de 71 alumnas en 13-18 años de colegios secundarios donde se aplicó el Examen de Trastornos Alimentarios (EDE 16.0) y CIMEC -26. Se observa que mayor riesgo de padecer TCA, son sensibles a la influencia de estímulos que provienen de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético caporal. En cuanto al CIMEC 26. Los resultados mostraron un puntaje promedio elevado (16.5) donde muestran que las adolescentes son susceptibles a la influencia de agentes y factores socioculturales ejercen sobre el modelo estético corporal ⁽¹³⁾.

Bordan. Se realizó un estudio en Colombia con una población de 149 sujetos de 14 – 18 años donde aplicaron el instrumento para determinar imagen corporal y bulimia Test of Edinburgh, demostrando que un alto porcentaje de bulimia 44,3% con predominio de mujeres (51.3). Dentro de las características relevantes se encontró con mayor frecuencia la depresión (56%), insatisfacción con la imagen corporal (53%). Se concluyó la familia influye en el aspecto físico ⁽²⁾.

En el Perú

Vasquez. Se realizó un estudio con la población de 92 mujeres adolescentes donde se aplicó los instrumentos de test evaluación de tendencia TCA y tes de evaluación de tendencia a TCA de evaluación de factores familiares se utilizó la prueba correlación de Pearson donde existe asociación entre comunicación familiar desfavorable y tendencia a la anorexia y bulimia en adolescentes; entre disfuncionalidad familiar y tendencia a la anorexia en adolescentes y entre autoridad paterna/materna inadecuada ⁽²⁶⁾.

Aliaga. Se realizó un estudio en Perú con población constituida por 39 participantes. Donde se observa que la mayoría son mujeres (62%) y 38% son varones. Se aplicó el cuestionario de EDI-2 donde obtuvieron que la obsesión por delgadez tuvo puntajes elevados 17.9% y para insatisfacción corporal con 28.2%. Se concluyó que no se encontró diferencias significativas entre género (excepto obsesión por delgadez) ⁽¹⁾.

2.2. Base teórica

2.2.1. Definición de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):

Son trastornos psiquiátricos caracterizados por alteración de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso como consecuencia lleva a problemas psicosociales o físicos ⁽¹⁵⁾.

2.2.2 Bulimia Nerviosa:

2.2.2.1. Definición

Trastornos psiquiátricos caracterizado por atracones (episodios recurrentes de comida en un tiempo breve), por lo general son a escondidas, seguido sentimiento de culpabilidad y auto desprecio. La persona con lleva a consumir diuréticos, laxantes, ejercicios físico excesivo, ayuno e inducción del vomito ⁽⁹⁾.

2.2.2.2. Etiología

“Bulimia” = Tener un apetito tan grande como un buey o capacidad para comer un buey “

Fines del siglo XX fue reconocida como un trastorno alimentario ⁽¹²⁾.

2.2.2.3. Tipos de Bulimia

- **Tipo purgativo:** Se realiza a través del vomito
- **Tipo no purgativo:** Se realiza a través de pastillas, diuréticos y laxantes ⁽⁹⁾.

2.2.2.4. Criterios de diagnóstico de Bulimia de acuerdo DSM IV:

A. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

B. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

C. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por

1. ingesta de alimento en un periodo de tiempo corto (2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento

D. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

E. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses ⁽²⁷⁾.

2.2.2.5. Complicaciones

- **Cardiovasculares:** alteraciones en el EGC y Prolapso mitral
- **Dermatológicas:** Callosidades en nudillos (Signo de Russell).
- **Metabólicas:** Alcalosis metabólica hipocloremica
- **Gastrointestinales:** gingivitis, esofagitis, erosión del esmalte dental, regurgitaciones, pancreatitis aguda, estreñimiento, rotura esofágica y dilatación/perforación gástrica
- **Renales:** fracaso renal agudo, Alteraciones hidroeléctricas y nefropatía hipopotasémica ⁽¹⁵⁾.

2.2.2.6. Tratamiento

TCC es un tratamiento de trastornos psiquiátricos donde ayuda al paciente a cambiar sus conductas, pensamientos, respuestas fisiológicas disfuncionales y emociones. La duración del tratamiento está entre 16 y 20 sesiones. Las reducciones de los síntomas son después de 3 a 6 sesiones semanales de tratamiento. Se ha tomado como segunda opción de terapia interpersonal los resultados no fueron tan efectivos como la TCC.

Se ha estudiado la terapia cognitivo conductual con la relación a la terapia basada en la familia donde la primera terapia tendría ciertas ventajas en la reducción de costos y rapidez de respuestas con la relación a TBF. La terapia interpersonal presenta mejores resultados que la TBF. La TCD ha

demostrado efectividad en la bulimia con respecto a la población adolescente. Finalmente las terapias tienen efecto en la reducción de peso corporal con respecto a la bulimia. El antidepresivo como la fluoxetina ha demostrada la reducción de síntomas y complicaciones.

La terapia cognitivo-conductual modifica los síntomas de la depresión, la baja autoestima, tendencia a realizar dietas extremas, así los resultados mantienen a largo plazo ⁽¹²⁾.

2.2.3. Anorexia nerviosa

2.2.3.1. Definición:

Es un trastorno psiquiátrico caracterizado por pérdida de peso, lo cual es logrado a través de restricciones de alimentos consumidos y ejercicios compulsivo. Acompañado por temor a ganar peso o negar a estar en peso bajo ⁽¹²⁾.

2.2.3.2. Tipos de Anorexia Nerviosa

- **Tipo restrictivo:** Logran un peso bajo a través de atracones (vomito, ejercicios físicos excesivos, diuréticos).
- **Tipo compulsivo/purgativo:** recurren de forma sistemática a atracones(Diuréticos, provocación del vómito, enemas y uso excesivo de laxantes ⁽¹²⁾.

2.2.3.3. Criterios de diagnóstico de Anorexia de acuerdo a DSM IV:

- A. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- B. En caso de mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (Ejm. Ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos).
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla ⁽¹²⁾.

2.2.3.4. Complicaciones

- **Cardiovascular:** bradicardia, alteraciones del ECH e hipotensión.
- **Gastrointestinales:** Retraso del vaciamiento gástrico y estreñimiento
- **Hematológico:** Pancitopena e hipoplasia de la medula ósea.
- **Endocrinológicas:** Aumento de cortisol, Disminución T3, hipogonadismo hipogonadotrófico y GH.
- **Oseas:** Osteopenia, Retraso en maduración ósea
- **Dermatológico:** Piel seca y lanugo
- **Metabólicas:** Distermia, disminución de la tasa metabólica basal, hipercolesterolemia.
- **Renales:** Fallo renal crónico, alteraciones hidroeléctricas ⁽¹⁵⁾.

2.2.3.5. Tratamiento

La evidencia apoya el tratamiento con base familiar donde es vista como el principal ayuda al adolescente a mejorar los síntomas. Tiene una efectividad de un 50 a 70% donde mejora

en adolescentes con TCA con poca duración y donde los problemas familiares no sean muy altos. Con respecto a los adultos la terapia no ha sido estudiada para adolescentes con anorexia. La terapia individual enfocada en adolescentes mostro similitud de efectividad al final del tratamiento familiar. No hay mucha evidencia que los fármacos ayuden en la mejora de los síntomas de la anorexia en fase aguda o de mantención. Se encontró que el antidepresivo (fluoxetina) puede disminuir riesgo de recaídas en los pacientes tardíos (12).

2.2.4. Factores sociales de la anorexia y bulimia nerviosa

Medios de comunicación:

En la actualidad la sociedad enfoca la belleza en los diferentes contextos culturales, económicos y sociales a través de los medios televisivos donde imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad. Los medios de comunicación realizan imágenes publicitarias donde la delgadez es hermosa e incentivan a utilizar estrategias para poder alcanzar el nivel de belleza establecido (17).

Los medios masivos de comunicación, que son una característica de la sociedad actual, donde tienen muchas implicaciones en el consumo y cambio social con capacidad de dar una opinión pública o una obligación a pequeños grupos que detentan el poder.

Cada día hay mayores opciones de canales televisivos, revistas, radios o redes informáticas, donde transmiten información que influyen en la mayoría de los televidentes. La publicidad difunde y promueve formas de consumo que se amoldan de acuerdo a las posibilidades productivas, hacia todas las personas para que

conozcan las ideologías y se convenza de la necesidad de comprarla, tenerla y consumirlas ¹⁶⁾.

Insatisfacción corporal:

La alteración de la imagen corporal es un factor perturbador para su aparición en las personas tienen la vulnerabilidad psíquica.

Según (Dolto, 1954/1992) la imagen corporal puede ser entendida concepto y experiencia que se acumula en el esquema corporal, con lo que el mundo humano de la significativaciones. El esquema corporal es la estructura de base biológica, la fuente lugar de las unidades, que requieren la imagen del cuerpo que se expresa a través de fantasía.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, el concepto de la imagen corporal se refiere la representación mental del cuerpo, es fundamental para la comprensión aspectos importantes de la personalidad y la autoestima, y que sean esenciales para la explicar ciertos trastornos como la bulimia (Zukerfeld,1996) ⁽⁵⁾.

En la mayoría de los adolescentes y jóvenes que hacen dietas y las ideas sobrevaloradas y la insatisfacción con el aspecto físico son factores que desencadenan a tener TCA. La presión social publicitaria donde fermentan la delgadez como símbolo de éxito en la vida esta preocupación es debido que las mujeres adolescentes y jóvenes quiere sentirse atractiva para el otro ⁽¹⁸⁾.

Entorno familiar y los amigos:

La adolescencia es una fase del desarrollo donde comprende el final de la infancia y el inicio de la vida adulta, implica transformaciones diversos procesos psicológicos y reorganización.

La familia está representa mediante vínculos de lazos de afecto y sentimiento donde las actitudes y conductas relacionadas con

alimentación, peso y apariencia. El aspecto de la dinámica familiar está siendo estudiado por los problemas que pueden ocasionar a tener un riesgo de trastornos. La familia tiene que estar preparada para las crisis que son tanto exteriores e interiores ya que conlleva a modificar funciones y estructuras ⁽⁶⁾.

Se ha encontrado que las familias con bulimia y anorexia tiene diferentes problemas familiares. Las personas con Anorexia consideran que sus familias presentan dificultades en la comunicación, tienden a ser rígidas y dificultades para solucionar problemas. Mientras que las personas con Bulimia perciben que tiene menor comunicación, carecen de apoyo emocional y social, son menos adaptables, cohesivas y nivel de conflicto muy elevado (Humphrey & Stern, 1988).

En este sentido, Tachi (1999) indica que de acuerdo con el funcionamiento familiar percibido que las pacientes con bulimia, posible identificar en algunas familias como caóticas (roles indefinidos, disciplina inconsistente, autoridad menguada) y otras rígidas (roles estrictos, reglas impuestas, autoritarismo) ⁽¹⁹⁾.

La familia y los amigos son donde ejercen influencia en la persona con relación a la percepción corporal, ya que en este ámbito es donde la persona se ha aceptada tal como es, ayudándole a desarrollar autoestima adecuada mediante comentarios denigrantes y la crítica. EN los grupos de ahora la aceptación se obtiene si se encuentra vestido a la moda, sano y esbelto.

Finalmente, shorff y Trompson indicaron que las influencias de los compañeros, se asocian a tener un prototipo ideal de belleza. ⁽¹⁷⁾.

Pike y Rodin (1991) encontró que los ambientes hostiles aumentan necesidad de controla su vida a través del aspecto físico mientras que

los ambientes de la familias son más críticos y poco tolerantes en el aspecto físico de los hijos que conllevan a la necesidad del adolescentes querer a cambiar su aspecto ⁽²⁴⁾.

Perfeccionismo:

El perfeccionismo está muy asociado con el desarrollo TCA, conduce a la búsqueda de un estándar perfeccionista en relación con el peso, control de los hábitos alimenticios e imagen corporal. Ahora se ha realizados estudios, sería tanto un predictor como factor de mantenimiento de los TCA ⁽²⁰⁾.

2.3. Marco conceptual

- **Trastorno de la conducta alimentaria:** Son enfermedades psiquiátricas de origen multifactorial caracterizadas por alteraciones en la ingesta de alimentos y para controlar el peso.
- **Bulimia:** Es un trastorno de la alimentación que se da por episodios repetitivos de comida y una preocupación excesiva por controlar el peso por lo cual adopta medidas extremas como por ejemplo inducción al vómito, uso de laxantes.
- **Anorexia:** Es un problema psiquiátrico que afecta mayormente a adolescente y jóvenes que tienen temor a ganar peso, rechazo de alimentos y alteración de la imagen corporal a través de los medios de comunicación.

2.4. Hipótesis

2.4.1. General

H₁: Existe asociación entre los factores sociales en adolescentes y jóvenes y los trastornos de la conducta alimentaria.

H₀: No existe asociación entre los factores sociales en adolescentes y jóvenes y los trastornos de la conducta alimentaria

2.4.2. Específicos

1. **H₀:** No hay relación entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria.

H₁: Si hay relación entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria

2. **H₀:** No existe relación entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria.

H₁: Si existe relación entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria

3. **H₀:** No hay relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria

H₁: Si hay relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria

4. **H₀:** No hay relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria

H₁: Si hay relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria

2.5. Variables

Variable dependiente: Trastorno de la conducta alimentaria

Variable independiente: Factores social.

2.6. Definición operacional de términos

- **Factores sociales:** Son aquellos factores que influyen en cada persona para interactuar unos con otros.
- **Trastorno de la conducta alimentaria:** Son alteraciones severas en la ingesta de alimentos.
- **Obsesión por la delgadez:** Es la obsesión insaciable de estar delgada a través de métodos para bajar de peso (diuréticos, vómitos, etc).
- **Insatisfacción corporal:** Evalúa que la persona no se siente satisfecho por la forma de su aspecto físico

- **Ineficacia:** Evalúa sentimientos de falta de control sobre la propia vida, inseguridad, vacío, incapacidad general y auto desprecio.
- **Perfeccionismo:** Mide el grado que la persona solo sean aceptables rendimientos personal excelente y está convencido que los demás esperan resultados excepcionales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

- Investigación Cuantitativa, Descriptivo, transversal y Prospectivo.

3.2.2. Nivel de investigación

- Investigación Descriptiva

3.2. Población y muestra

La población de estudio serán los adolescentes y jóvenes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria.

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

Previa autorización de los padres de familia de los adolescentes. Se utilizara como técnica de recolección de datos las encuestas donde se modificó el cuestionario EDI- 2 donde consta de 39 preguntas, teniendo en cuenta el criterio de inclusión validado mediante juicios de expertos. El EDI-2 es un instrumento auto informe muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompaña a la anorexia nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) donde encuentran escalas a evaluar como obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia y perfeccionismo. La duración no hay tiempo limitado, pero la mayoría de personas terminan en 10 minutos. Las respuestas dadas a cada pregunta pueden puntuar de cero a cinco (0 a 5):

Siempre = 5

Casi siempre= 4

A menudo= 3

A veces= 2

Pocas veces= 1

Nunca= 0

3.4. Diseño de recolección de datos

Se recolectaron los datos de fuente primaria o de primera mano durante la ejecución de estudio. Se modificó el cuestionario de EDI-2 donde consta de 39 preguntas, teniendo en cuenta el criterio de inclusión validado mediante juicios de expertos.

Procedimientos de recolección

- Autorización o permiso de los padres de familia por parte de los adolescentes.
- El tiempo de recojo de aproximadamente de octubre a noviembre del 2016
- Aplicación de los criterios de inclusión y exclusión en los pacientes con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria
- Llenar la hoja de recolección de datos
- Elaboración de los datos. Se plantearon las siguientes fases:
 - a) Se procederá a elaborar una base de datos en el programa SPSS Statistics versión 21 y Microsoff Excel, esta base de datos fue remitida a un estadístico profesional.
 - b) Se analizara los datos por la estadística descriptiva donde fueron ingresados en una base de datos y procesados usando el programa SPSS Statistics versión 21.
 - c) Para determinar la asociación entre los factores sociales y los trastornos de la conducta alimentaria se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (X^2) considerando $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron registrados por Microsoft Excel y luego exportamos al programa SPSS Statistics 21. Se presentaron la distribución de frecuencias absolutas y el porcentaje para las variables cualitativas (Insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, ineficacia y perfeccionismo). Para determinar si existe asociación entre los factores sociales y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes se empleara el Test de Chi cuadrado. Todas las pruebas estadísticas se realizan con un nivel de significancia del 95%. Un valor $p < 0.05$ denotaría diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de comparación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Durante el periodo de estudio son 25 adolescentes y jóvenes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria donde se encuestaron a 23 personas y 2 personas no participaron dicho estudio. El 91.3% son jóvenes (18-29 años) y el 8,7 son adolescentes (13-17 años).

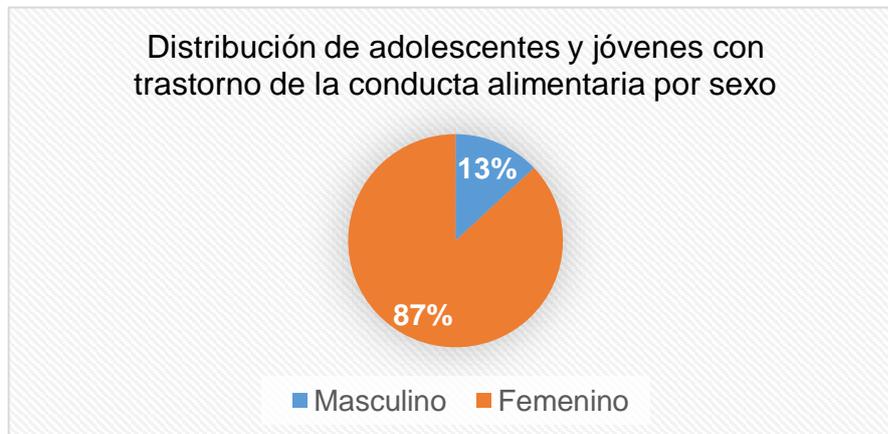
Tabla N° 1:

Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por sexo

Sexo	N	%
Masculino	3	13
Femenino	20	87
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

Gráfico N° 1:



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

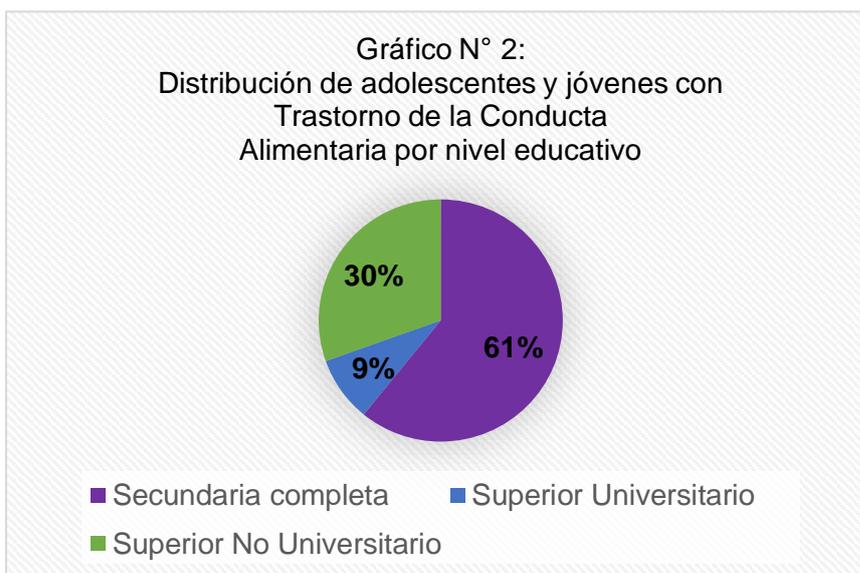
En la tabla N° 1 y gráfico N° 1 se observa que del 100% de la población, en su mayoría son mujeres 87% mientras que 13% son hombres.

Tabla N° 2:

Distribución de adolescentes y jóvenes con trastorno de la conducta alimentaria por nivel educativo

Nivel Educativo	n	%
Primaria completa	0	0
Primaria incompleta	0	0
Secundaria completa	14	60.9
Secundaria incompleta	0	0
Superior Universitario	2	8.7
Superior No Universitario	7	30.4
Analfabeto	0	0
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 y gráfico N° 2 se observa que del 100% de la población el 60.9% tienen secundaria completa mientras que el 8.7% tienen superior universitario.

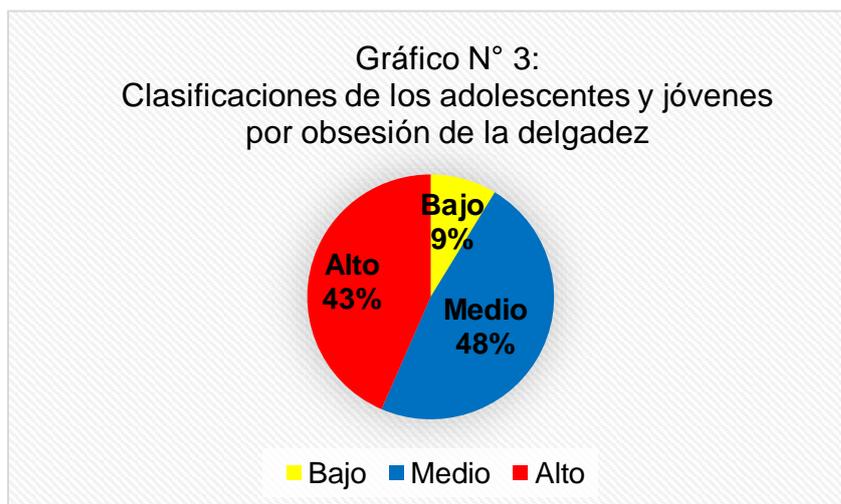
Tabla N° 3:

Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por obsesión de la delgadez

Obsesión por la Delgadez	n	%
Bajo	2	8.7
Medio	11	47.8
Alto	10	43.5
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

0-11 Puntos Nivel Bajo	12-23 Puntos Nivel medio	24-35 Puntos Nivel Alto
---------------------------	-----------------------------	----------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 3 y gráfico N° 3 se observa que del 100% de la población la mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio en la dimensión de la obsesión por la delgadez, que son representadas por 47.8%, mientras que 43.5% presentan puntuaciones altas.

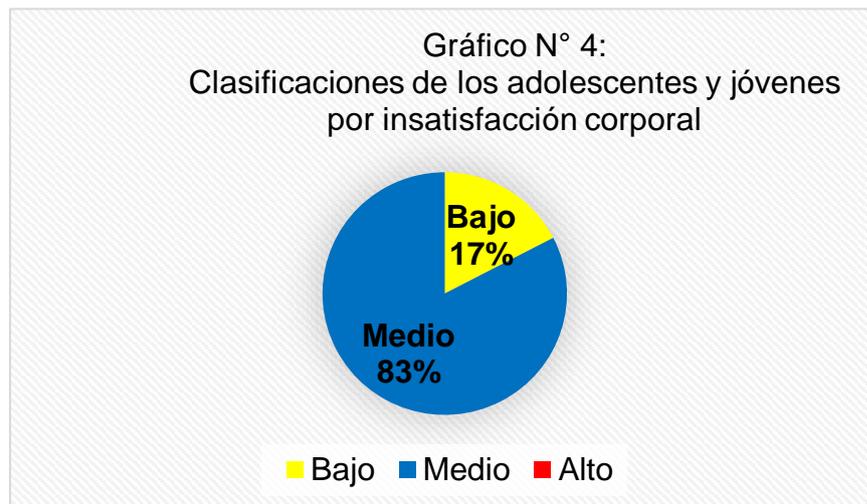
Tabla N° 4:

Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por insatisfacción corporal

Insatisfacción corporal	n	%
Bajo	4	17.4
Medio	19	82.6
Alto	0	0
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

0-14 Puntos Nivel Bajo	15-29 Puntos Nivel medio	30-45 Puntos Nivel Alto
---------------------------	-----------------------------	----------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 4 y gráfico N° 4 se observa que del 100% de la población en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio en la dimensión insatisfacción corporal, que son representadas por 82.6%, mientras que 17.4% presentan puntuaciones bajas.

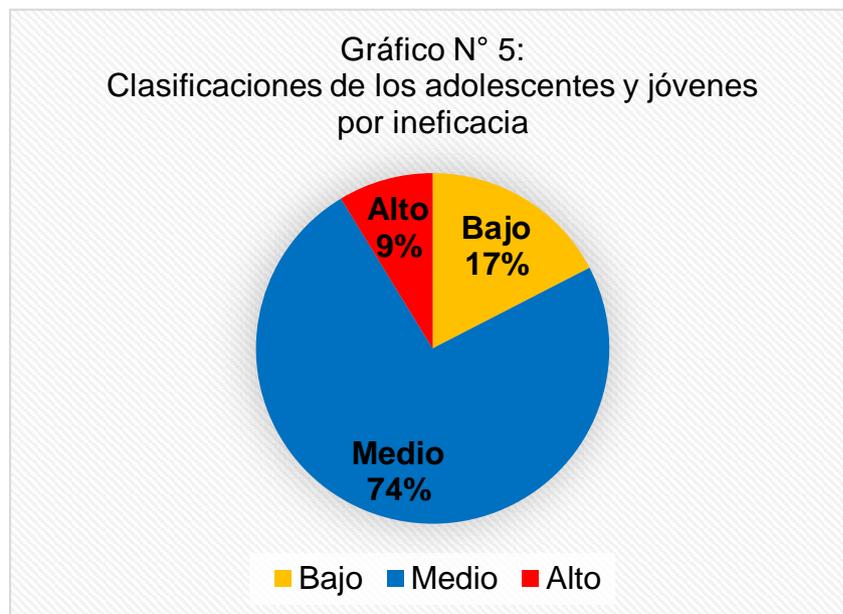
Tabla N° 5:

Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por ineficacia

Ineficacia	n	%
Bajo	4	17.4
Medio	17	73.9
Alto	2	8.7
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

0-16 Puntos Nivel Bajo	17-33 Puntos Nivel medio	34-50 Puntos Nivel Alto
---------------------------	-----------------------------	----------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 5 y gráfico N° 5 se observa que del 100% de la población en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio en la dimensión ineficacia, que son representadas por 73.9%, mientras que 8.7% presentan puntuaciones altas.

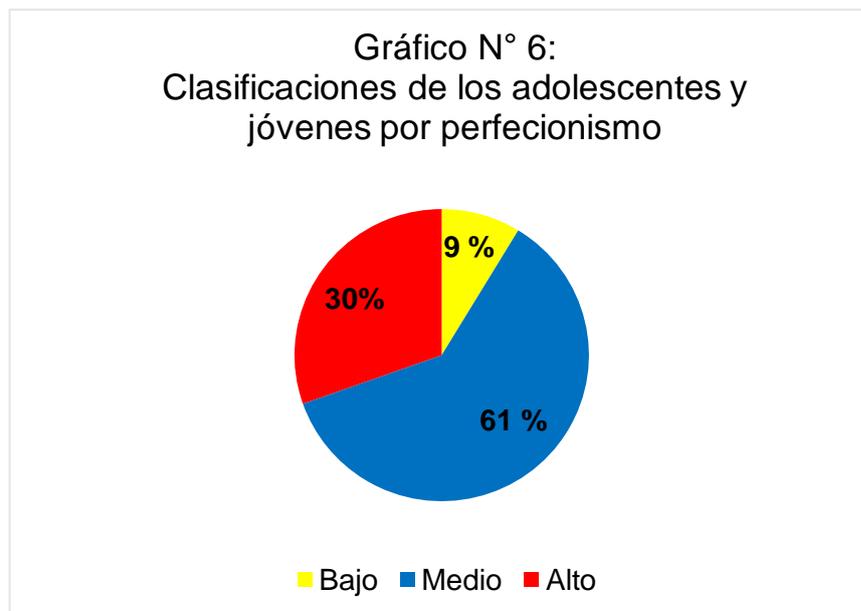
Tabla N° 6:

Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por perfeccionismo

Perfeccionismo	n	%
Bajo	2	8.7
Medio	14	60.9
Alto	7	30.4
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

9 Puntos Nivel Bajo	10-19 Puntos Nivel medio	20-30 Puntos Nivel Alto
------------------------	-----------------------------	----------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 y gráfico N° 6 se observa que del 100% población en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio en la dimensión de perfeccionismo, que son representadas por 60.9 %, mientras que 8.7% presentan puntuaciones bajas.

Tabla N° 7:

Comparación de los factores sociales de los trastornos de la conducta alimentaria

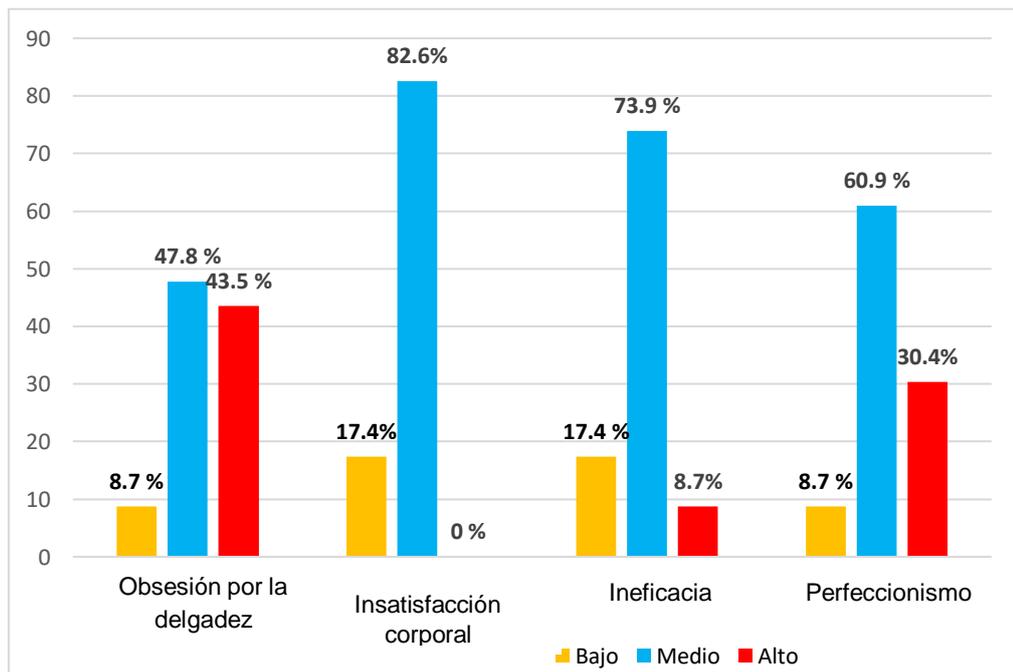
	Obsesión por la delgadez		Insatisfacción corporal		Ineficacia		Perfeccionismo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	2	8.7	4	17.4	4	17.4	2	8.7
Medio	11	47.8	19	82.6	17	73.9	14	60.9
Alto	10	43.5	0	0	2	8.7	7	30.4
Total	23	100	23	100	23	100	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría

del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

Gráfico N° 7:

Comparación de los factores sociales de los trastornos de la conducta alimentaria



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría

del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

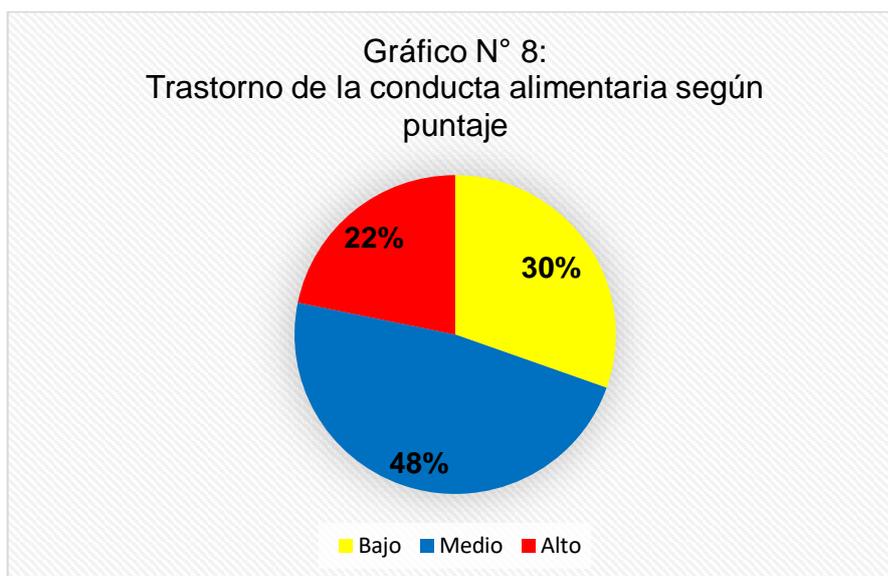
En la tabla N° 7 y gráfico N° 7 se observa que los resultados muestran un acentuado predominio en nivel medio de los factores sociales: insatisfacción corporal (82,6%) y con ineficacia (73,9%).

Tabla N° 8:
Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por trastorno de la conducta alimentaria

Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%
Bajo	7	30.4
Medio	11	47.8
Alto	5	21.8
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

0-11 Puntos Nivel Bajo	12-23 Puntos Nivel medio	24-35 Puntos Nivel Alto
---------------------------	-----------------------------	----------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 8 y gráfico N° 8 se observa que del 100% de la población en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio de trastorno de la conducta alimentaria que son representadas por 47.8%, mientras que 21.8% representan puntuaciones altas.

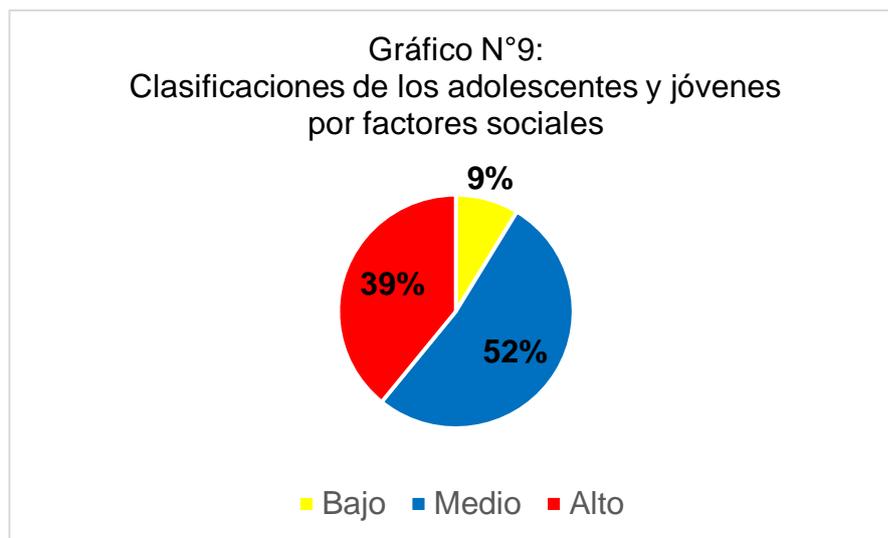
Tabla N° 9:

Clasificaciones de los adolescentes y jóvenes por factores sociales

Factores sociales	n	%
Bajo	2	8.7
Medio	12	52.2
Alto	9	39.1
Total	23	100

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborada por Ríos Trejo Javier

0-52 Puntos Nivel Bajo	53-105 Puntos Nivel medio	106- 160 Puntos Nivel Alto
---------------------------	------------------------------	-------------------------------



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 9 y gráfico N° 9 se observa que del 100% de la población en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio de factores sociales que son representadas por 52.2%, mientras que 8.7% representan puntuaciones bajas.

Tabla N° 10:

Prueba Chi cuadrado de Pearson de obsesión por la delgadez y trastorno de la conducta alimentaria

Obsesión por la Delgadez	n	%	Prueba Chi-cuadrado de Pearson 0.006
Bajo	2	8.7	
Medio	11	47.8	
Alto	10	43.5	
Total	23	100	
Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%	
Bajo	7	30.4	
Medio	11	47.8	
Alto	5	21.8	
Total	23	100	

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 10 se observa que al usar Chi cuadrado ($p=0.006 < 0.05$) aceptamos la h_1 luego existe relación significativa entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla N° 11:

Prueba Chi cuadrado de Pearson de insatisfacción corporal y trastorno de la conducta alimentaria

Insatisfacción corporal	n	%	Prueba de Chi cuadrado - Pearson 0.004
Bajo	4	17.4	
Medio	19	82.6	
Alto	0	0	
Total	23	100	
Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%	
Bajo	7	30.4	
Medio	11	47.8	
Alto	5	21.8	
Total	23	100	

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 11 se observa que al usar Chi cuadrado ($p=0.004 < 0.05$) aceptamos la h_1 luego existe relación significativa entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla N°12:

Prueba Chi cuadrado de Pearson de ineficacia y trastorno de la conducta alimentaria

Ineficacia	n	%	Prueba de Chi cuadrado - Pearson
Bajo	4	17.4	0.001
Medio	17	73.9	
Alto	2	8.7	
Total	23	100	
Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%	
Bajo	7	30.4	
Medio	11	47.8	
Alto	5	21.8	
Total	23	100	

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 12 se observa que al usar Chi cuadrado ($p=0.001 < 0.05$) aceptamos la h_1 luego existe relación significativa entre la ineficacia y los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla N°13:

Prueba Chi cuadrado de Pearson de perfeccionismo y trastorno de la conducta alimentaria

Perfeccionismo	n	%	Prueba de Chi-cuadrado de Pearson 0.001
Bajo	2	8.7	
Medio	14	60.9	
Alto	7	30.4	
Total	23	100	
Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%	
Bajo	7	30.4	
Medio	11	47.8	
Alto	5	21.8	
Total	23	100	

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 13 se observa que al usar Chi cuadrado ($p=0.001 < 0.05$) aceptamos la h_1 luego existe relación significativa entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla N°14:

Prueba Chi cuadrado de Pearson de factores sociales y trastorno de la conducta alimentaria

Factores sociales	n	%	Prueba de Chi cuadrado de Pearson
Bajo	2	8.7	
Medio	12	52.2	
Alto	9	39.1	
Total	23	100	
Trastorno de la Conducta Alimentaria	n	%	0.004
Bajo	7	30.4	
Medio	11	47.8	
Alto	5	21.8	
Total	23	100	

Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNHU durante el año 2016, elaborado por Ríos Trejo Javier

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 14 se observa que al usar Chi cuadrado ($p=0.004 < 0.05$) aceptamos la hipótesis general luego existe relación significativa entre los factores sociales y los trastornos de la conducta alimentaria.

4.2. Discusión

La adolescencia es una etapa de desarrollo implica múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que el individuo debe adaptarse. Es la etapa más importante donde la presión social juega un papel muy importante en la toma de decisiones donde se tornan tan vulnerables a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

El factor social es de gran preponderancia en el riesgo de TCA, identificamos 4 factores; en primer lugar la obsesión por la delgadez, actualmente se está observando que imponen la delgadez como idea de la belleza y como valor social y que enaltece el control sobre el peso y la comida. En consecuencia, se obtuvo que el 47.8% se encuentran en riesgo medio de obsesión por la delgadez mientras que en su investigación Aliaga L, De la Cruz T y Vega J (2007) reflejaron puntajes altos (17.9%) con respecto a obsesión por la delgadez. En un estudio realizado por Reinking M y Alexander L (2005) en EE.UU. que trabajo con dos poblaciones, deportistas y no deportistas encontró puntuaciones altas 12,9% y 7,1%.

Si bien en la presente investigación, hemos encontrado que el 82.6% de nuestro grupo de estudio se encuentra en riesgo medio de insatisfacción corporal, lo cual podría estar reflejando esta tendencia de los adolescentes y jóvenes a estar insatisfechas con su cuerpo y buscan realizar acciones que compensan como hacer dietas, buscar ser una imagen ideal; dicha presión pueden conducir a trastornos de la conducta alimentaria. En su investigación por Aliaga L, De la Cruz T y Vega J (2007) de 39 adolescentes reportaron riesgo de puntuación altas (28.2%) para insatisfacción corporal.

Existen multitud de evidencias que señalan que los negativos modelos corporales y estéticos actuales han conducido a una sobrevaloración de la delgadez y a una estigmatización de la gordura. Bully P, Elosua E y López A (2012)

En el caso de ineficacia, hemos encontrado que el 73.9% se encuentra en riesgo medio mientras que en su tesis Sánchez B (2013) en una población de 18 a 22 años en la universidad tecnológica intercontinental encontró 77.5 % riesgo bajo.

En aspecto familiar en adolescentes y jóvenes es muy influyente, pues la familia es núcleo fundamental de la sociedad. En perfeccionismo hemos encontrado que el 47.9% de la población está en riesgo medio mientras que en su tesis Sánchez B (2013) encontró 47.5% riesgo bajo.

Los resultados de nuestra investigación muestran que existe una relación significativa entre factores sociales y trastornos conducta alimentaria. Además de presentar riesgo medio de los factores, lo cual debería ser motivo de mayor investigación.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

1. Los factores sociales como obsesión por la delgadez están relacionado en la población estudiada en su mayoría poseen puntuaciones que velan un nivel medio, que son representada por 48%.
2. Los factores sociales como insatisfacción corporal están relacionado en la población estudiada en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio, que son representadas por 83%.
3. Respecto a los factores sociales como la ineficacia está relacionado en la población estudiada en su mayoría poseen puntuaciones que revelan un nivel medio, que son representada por 74%.
4. Respecto a los factores sociales como perfeccionismo está relacionado en la población adolescente y jóvenes en su mayoría poseen puntuación que revelan un nivel medio, que son representadas por 47.9%.

5.2. Recomendaciones:

1. Evitar la influencia de las imágenes de la publicidad sobre anuncios de ventas de productos que con llevan al adelgazamiento de las adolescentes y jóvenes.
2. Implementar programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria principalmente enfocados a adolescentes y jóvenes, trabajando en forma conjunta el sector de salud.
3. Promover una buena ayuda psicológica adolescentes y jóvenes que padecen de TCA.
4. Recomendar a los padres vigilar la conducta alimenticia de sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aliaga L, De la cruz T, Vega J. "Síntomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio de distrito de Independencia, Lima, Perú". *Neuropsiquiatr* 2010; 2:52-60.
2. Borda M, Celemin A, Palacio L, Majul F. "Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia)". *Salud Uninorte* 2015; 31(1): 36 – 49.
3. Bustamanta G, Justo J. "Bulimia una revisión de actualización clínica". *Act Clin Med* 2013; 35: 1798- 1803
4. Campana A, Tavares M, García C. "La insatisfacción y la preocupación con el cuerpo, el control y el comportamiento de evitación corporal en las personas con trastornos alimenticios". *Paideira(Ribeirao Preto)*.2012;22(53): 375-381.
5. Esteves R, Röhmelt V, Imagem do corpo e bulimia. *Ágora (Río J.)* 2015; 18(2): 225- 240.
6. Garay J, Jiménez C, Jiménez V, Palpan J. "Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes en adolescentes de lima metropolitana". *Psychology International* 2007; 18(4): 3-5
7. Garner, D. *Inventario de los Trastorno Alimentario 2-(EDI-2)*. Ediciones Tea S.A. Publicaciones de psicología aplicada, Madrid 1998.
8. Guadarrama R, Mendoza S. "Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo". *Redalyc*. 2011;16(11):125-136.
9. Hales Roberto, Yudofsky Stuart, Gabbard Glen. *Tratado en Psiquiatría Clínica*.4ta ed. Barcelona: Masson, S.A ; 2005.
10. KAPLAN Harold, SADOCK Benjamín. *Sinopsis De Psiquiatría, ciencias de La Conducta y psiquiatría Clínica*.8va ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.

11. Lazo Y, Queneya A, Mayta P. "Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres". Arch Argent Pediatr. 2015;113(6): 519-525.
12. López C, Treasure J. "Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo". Med Clin Condes 2011; 22(1): 87 – 90.
13. Losada A, Leonardelli E, Magliola M. "Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes". Psychology Iztacala 2015;18(1): 381-410.
14. Moreno M, Ortiz R. "Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes". Ter Psicol 2009; 27(2):181-190.
15. Ochoa N, Ramos E, Gómez A, Munguía E. "Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes". Esp Méd Quir 2013;18:51-55.
16. Olalde G, Pérez E. "Una aproximación a los condicionantes sociales para los trastornos de la conducta alimentaria en México". Med. Social 2013;8(2): 85 -89
17. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora M, Raich RM. "La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión". Nutr Hosp 2012; 27(2): 391-491.
18. Rivarola M, Penna F. "Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal". International Psychology Educ 2007;8(2): 62-65
19. Ruiz A, Vasquez R, Mancilla J, Viladrich C, Halley M. "Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión". Mex Trastor Aliment 2013;4(1): 45-47
20. Rutzstein G, Scappatura M, Murawski B. "Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires". Mex Trastor Aliment. 2013;4(1): 45-57

21. Saavedra J, Nizama M, Vásquez F, Matos L, Huamán J, Arellano C, et al. "Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental". Anales de Salud Mental 2002; 18:(1-2).
22. Saffon S, Saldarriaga L. "La internalización de ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares". Psicología Universidad de Antioquia 2014; 6(1): 75-90.
23. Sánchez B. "Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la universidad tecnológica intercontinental". 2013
24. Unikel C, Caballero A. Guías Clínicas para trastornos de la conducta alimentaria. México DF:2010; 35 p
25. Vargas M. "Trastornos de la conducta alimentaria". Medi Costa Rica y Centroamerica.2013:475-476.
26. Vásquez M, Peña F, Pezo I, Yumbato J. "Factores familiares y trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes en iquitos" . Enf UPO.2009:1: 6-18.
27. VALLEJO J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 6^{ta} ed. Barcelona: Masson, S.A; 2006.

ANEXOS

Anexo N° 1: Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable	Escala	Indicador	Fuente
Variable independiente						
Factores Sociales	Factores que están relacionado con la sociedad.	Influencia de la sociedad en los trastornos de la conducta alimentaria	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesión por la delgadez - Insatisfacción corporal - Ineficacia - Perfeccionismo 	Encuesta
Variable dependiente						
Trastorno de la conducta alimentaria	Alteraciones severas en la ingesta de alimentos	Influencia de los TCA en adolescentes y jóvenes	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Baja - Media - Alta 	Encuesta

Anexo N° 2: Instrumento

ENCUESTAS

DATOS PERSONALES

Edad: Adolescentes: 12 – 17 años ()

Jóvenes: 18-29 años ()

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Nivel Educativo:

Primaria: Completa: 1ero – 6to primaria ()

Incompleta ()

Secundaria: Completa: 1ero – 6to secundaria ()

Incompleta ()

Superior: Universitario ()

No universitario ()

Analfabeto: ()

EDI2 - Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Es un instrumento que consta de 39 preguntas para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia y la bulimia nerviosa. Por favor, responda con toda sinceridad.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	a veces	a menudo	Casi siempre	Siempre
Obsesión por la delgadez					
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan) sin preocuparme					
2. Pienso en ponerme a dieta					
3. Me siento muy culpable cuando como en exceso					
4. Me aterroriza la idea de engordar					
5. Exagero o doy demasiada importancia al peso					
6. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada					
7. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso					
Bulimia y Anorexia					
1. Suelo comer cuando estoy disgustado					
2. Suelo hartarme de comida					
3. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer					
4. Suelo pensar en darme un atracón					
5. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van					
6. Pienso en vomitar para perder peso					
7. Como o bebo a escondidas					
Insatisfacción corporal					
1. Creo que mi estómago es demasiado grande					

2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos							
3. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado							
4. Me siento satisfecho con mi figura							
5. Me gusta la forma de mi trasero							
6. Creo que mis caderas son demasiado anchas							
7. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado							
8. Creo que mi trasero es demasiado grande							
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado							
Ineficacia							
1. Me considero una persona poco eficaz							
2. Me siento solo en el mundo							
3. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida							
4. Me gustaría ser otra persona							
5. Me siento incapaz							
6. Me siento seguro de mí mismo							
7. Tengo mala opinión de mí							
8. Creo que puedo conseguir mis objetivos							
9. Me considero una persona valiosa							
10. Me siento emocionalmente vacío en mi interior							
Perfeccionismo							
1. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes							
2. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores							
3. Me fastidia no ser el mejor en todo							
4. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes							
5. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas							
6. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos							

Fuente: Garner, D.M. (2000). Inventario de los Trastornos Alimentarios – 2 (EDI-2). Madrid: TEA Ediciones. Adaptado por Corral S, Gonzales M, Pereña J, y Seisdedos, N. (1998)

Anexo N° 3: Validez de instrumentos – consulta de expertos

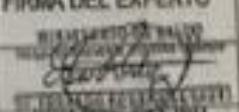
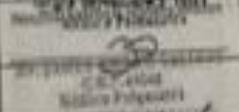
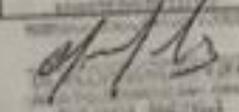
VALIDACIÓN

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Título: Factores sociales relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría en el Hospital Nacional Hipólito Unzué durante el año 2016

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.	✓		✓		✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓		✓		✓	
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	✓		✓		✓	
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	✓		✓		✓	
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	✓		✓		✓	
6	El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓		✓		✓	
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	✓		✓		✓	

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS	
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA DEL EXPERTO
A Eduarda Rodríguez Yauri	
B Jorge Anzo Selva	
C William Aguilar Rivera	

Anexo N° 4: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	DEPENDIENTE	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Los factores sociales están relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?	Determinar los factores sociales relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue- Lima- Perú durante el año 2016	<p>H₀: No existe asociación entre los factores sociales en adolescentes y jóvenes y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>H₁: Existe asociación entre los factores sociales en adolescentes y jóvenes y los trastornos de la conducta alimentaria.</p>	Trastorno de la c Conducta Alimentaria	Investigación cuantitativa, Descriptivo y prospectivo
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	INDEPENDIENTE	POBLACIÓN
1. La obsesión por la delgadez se relaciona significativam	1. Determinar la relación entre la obsesión por delgadez y los trastornos de la	1. H ₀ : No hay relación entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria.	Factores sociales	Adolescentes y jóvenes atendidos por consultorio externo de psiquiatría en el

<p>ente con los trastorno de la conducta alimentaria?</p> <p>2. ¿La insatisfacción corporal se relaciona significativamente con los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>3. ¿La eficacia se relaciona significativamente con los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>4. ¿El perfeccionismo se relaciona significativamente con los trastorno de la conducta alimentaria?</p>	<p>conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes</p> <p>2. Determinar la relación entre insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes</p> <p>3. Determinar la relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.</p> <p>4. Determinar la relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.</p>	<p>H₁: Si hay relación entre la obsesión por la delgadez y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>2.H₀: No existe relación entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>H₁: Si existe relación entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>3. Ho: No hay relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>H₁: Si hay relación entre la eficacia y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>4. Ho: No hay relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>H₁: Si hay relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la conducta alimentaria</p>		<p>Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 donde se les encuestara en su domicilio.</p>
---	--	--	--	---

Anexo N° 5: Consentimiento informado

Fecha:

Yo:, después de recibir información de manera clara sobre el estudio que se realizará acerca de los factores sociales relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria, doy por sentado que:

El manejo de la información no se usará para otro propósito que el mencionado anteriormente, que no existen riesgos por participar en el estudio y que además es de carácter anónimo.

Tomando en cuenta cada uno de los compromisos, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA FORMAR PARTE DEL PRESENTE ESTUDIO.

.....
Firma del participante

Anexo N° 6: Asentamiento informado

Yo, identificado(a)
con DNI..... depadre o tutor del (de la)
menorhe sido
testigo(a) de la lectura del documento de asentimiento y él/ella ha tenido la
oportunidad de hacer preguntas y recibir las explicaciones claras y precisas
en un lenguaje comprensible.

Confirmo que he dado mi asentimiento libremente.

Firma del padre o tutor del (de la) menor

Fecha (Día/mes/año)