

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PREVALENCIA DE LA ANOREXIA EN ALUMNAS DE I.E.
ESTATALES DE LAS PROVINCIAS DE LEONCIO PRADO Y
HUANUCO- 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

TESISTAS:

- **Bach. Maximiliana Celis Victorio**
- **Bach. Katia Primo Cristóbal**
- **Bach. Silvia Milagros Herrera Salgado**

ASESOR: Mg. Jesús A. Calle Ilizarbe

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Dedicar el presente trabajo de investigación, primeramente, a nuestro adorado Dios, asimismo y con todo nuestro cariño y aprecio para nuestros queridos padres quienes con su amor y apoyo incondicional nos guían por el camino del bien, reflejado ello en nuestro desempeño profesional y ética humana de tal manera que como futuros profesionales de la salud mental podamos contribuir al bienestar de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación, representa el esfuerzo y dedicación por parte de las autoras, asesores de tesis y colaboración desinteresada de todas las personas que nos apoyaron en su momento, sin ello no hubiese sido posible su culminación.

.A Dios, por habernos dado la vida, por ser nuestro guía espiritual y por permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, por su apoyo desinteresado e incondicional en la parte moral y económica, por los grandes lotes de felicidad y diversas emociones que siempre nos han generado.

Expresar nuestro más sincero y leal agradecimiento a nuestros maestros quienes desde nuestros inicios en la carrera profesional de Psicología, han contribuido en nuestra formación académica y personal.

A los directores y plana docente de los colegios de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco quienes desde un primer momento nos brindaron el acceso a los centro educativos demostrando con ello una gran entereza, vocación de servicio y entendimiento frente al trabajo realizado, así mismo y con gran particularidad a las adolescentes de 4to año de educación secundaria quienes en su conjunto contribuyeron en nuestra investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de la anorexia en alumnas de las I.E. Estatales de las Provincias de Leoncio Prado y Huánuco, posteriormente dicho resultado se comparó en ambas provincias para determinar si existen diferencias significativas en ambos grupos.

El tipo de investigación utilizado corresponde a la investigación sustantiva y el nivel de investigación es descriptivo. El diseño es no experimental, de tipo cuantitativo, descriptivo - comparativo. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual estuvo conformada por 485 alumnas del 4to año de educación secundaria, en dicha muestra se aplicó el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) la cual mide la variable anorexia en los niveles de ausencia leve, moderado y grave. La confiabilidad y validez del instrumento se logró mediante una muestra Piloto aplicada en un grupo de estudiantes del mismo nivel; finalmente, para comparar la prevalencia de ambas provincias se utilizó la técnica estadística T de Student.

Los resultados encontrados muestran que, el 75% de las alumnas se ubican en el nivel de ausencia de la anorexia, el 21% de las alumnas se ubican en el nivel leve de anorexia, el 4% de las alumnas se ubican en el nivel moderado de anorexia, no se encontraron alumnas en el nivel grave de anorexia. Al comparar los niveles de anorexia no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de anorexia entre las instituciones educativas de la provincia de Leoncio Prado y Huánuco, aceptándose así la hipótesis nula.

Palabras Claves: Anorexia, adolescente, Institución educativa

ABSTRACT

This research was aimed at determining overall prevalence of anorexia in young women of the S.I. State of the Provinces of Huanuco Leoncio Prado and later this result was compared in both provinces to determine whether there are significant differences in both groups. The research used corresponds to substantive research and the level of research is descriptive. The design is not experimental, quantitative, descriptive - comparative. We worked with a nonrandom sample of intentional type, which consisted of 485 students of 4th year of secondary education, in said sample Questionnaire Eating Attitudes (EAT-26) which measures the anorexia variable levels applied mild, moderate and severe absence. The reliability and validity of the instrument was achieved through a pilot sample applied to a group of students at the same level; finally, to compare the prevalence of both provinces the Student t statistical technique was used. The results show that 75% of the students are located at the level of absence from anorexia, 21% of the students are placed in the mild level of anorexia, 4% of the students are located at the moderate level anorexia, no students were in the severe level of anorexia. When comparing the levels of anorexia were no significant differences in the prevalence of anorexia among educational institutions in the province of Leoncio Prado and Huánuco they found, so accepting the null hypothesis.

Keywords: Anorexia, teen, Educational Institution

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como finalidad, determinar y comparar la prevalencia de la anorexia en adolescentes de las provincias de Huánuco y Leoncio Prado. El estudio de este tema fue motivado por la gran preocupación que existe por ser un problema de salud pública hoy latente en nuestra actualidad en la que además los resultados nos servirán como herramienta en la prevención oportuna para impedir la aparición de este problema en otras estudiantes.

La Anorexia, según Raich (2010) consiste en una conducta de restricción alimentaria, con la consiguiente pérdida de peso de naturaleza progresiva y grave, existiendo en el trastorno un deseo irrefrenable de estar delgado que puede conducir, en último extremo, a la muerte por inanición”.

Por otro lado Papalia (2005), señala que los resultados encontrados en varias investigaciones resaltan que, la edad, el sexo, un nivel de conocimiento bajo, la alta influencia de la televisión, la autoestima baja y una percepción de la imagen corporal alterada son aspectos que influyen en la aparición de trastornos de conducta alimentaria.

Actualmente para comprender ésta problemática se requiere de una perspectiva multidimensional que incluya factores individuales, familiares, socioculturales y psicológicos, que interactúen entre sí, por ende lo que nosotros como profesionales de la salud mental lo que buscamos con el presente estudio es encontrar resultados relevantes que ayuden a difundir el conocimiento de la anorexia nerviosa en mujeres,

ya que hasta nuestra actualidad son casi desconocidos, se espera además, que el presente estudio fomente una futura investigación, considerando que es un tema controversial que preocupa a los padres, maestros y demás profesionales que poco o nada pueden hacer para frenar dicha afección.

A continuación se ofrece una descripción de los apartados desarrollados en la presente investigación:

- ✓ En el primer capítulo se describe la realidad problemática, formulación del problema, objetivos, justificación e importancia y limitaciones de la investigación.
- ✓ En el segundo capítulo se abarca el marco teórico enfatizándose en los antecedentes, fundamentación teórica, definiciones conceptuales, sistema de variables, definición operacional de las variables e hipótesis de investigación.
- ✓ En el tercer capítulo se desarrolla el marco metodológico de la investigación explicando el nivel, tipo, método, diseño y ámbito de investigación, así mismo la población y muestra y las técnicas e instrumentos utilizados para recolectar y procesar la información.
- ✓ En el cuarto capítulo se establecen los resultados en función de los objetivos específicos propuestos, se analiza y discuten dichos resultados alcanzados.
- ✓ Finalmente, en el quinto y último capítulo se muestran las conclusiones y las recomendaciones respectivas, así como, las referencias y en anexos los instrumentos de obtención de los datos.

INDICE

| | Pág. |
|---------------------|------|
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO..... | 3 |
| RESUMEN..... | 4 |
| ABSTRACT..... | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| INDICE..... | 8 |

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| 1.1. Planteamiento del Problema:..... | 12 |
| 1.2. Formulación del Problema De Investigación..... | 17 |
| 1.3. Objetivos: Generales y específicas..... | 17 |
| 1.4. Justificación e Importancia..... | 17 |
| 1.5. Limitaciones..... | 18 |

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

| | |
|----------------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes..... | 20 |
| 2.1.1. Antecedentes internacional..... | 20 |
| 2.1.2. Antecedente nacional..... | 23 |
| 2.1.3. Antecedente local..... | 25 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2. Fundamentación Teórica..... | 28 |
| 2.2.1. La prevalencia en el contexto de epidemiología de la anorexia..... | 28 |
| A. La Prevalencia:..... | 28 |
| B. Epidemiología:..... | 29 |
| 2.2.2. Definición de la anorexia..... | 30 |
| 2.2.3. Clasificación de la anorexia..... | 31 |
| 2.2.4. Causas de la anorexia..... | 32 |
| 2.2.5. Factores de riesgo de la anorexia..... | 33 |
| 2.2.5.1. Factores predisponentes..... | 35 |
| 2.2.5.2. Factores precipitante..... | 40 |
| 2.2.5.3. Factores de mantenimiento..... | 41 |
| 2.2.6. Síntomas de la anorexia..... | 43 |
| A. Síntomas principales..... | 43 |
| B. Síntomas del comportamiento..... | 43 |
| C. Síntomas emocionales y mentales..... | 44 |
| D. Síntomas físicos..... | 44 |
| 2.2.7. Criterios Diagnóstico para la anorexia..... | 45 |
| A. Según el DSM-IV-TR..... | 45 |
| B. Según el CIE-10..... | 46 |
| 2.2.8. Complicaciones de la anorexia..... | 47 |
| 2.2.9. Anorexia nerviosa atípica..... | 48 |
| 2.2.10. Los modelos Explicativos de la anorexia..... | 49 |
| A. Modelos Cognitivo-Conductual:..... | 49 |
| B. Modelo Multidimensional de la anorexia..... | 51 |

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| C. Modelo Ecológico..... | 52 |
| 2.2.11. La Adolescencia..... | 52 |
| A. Desarrollo físico:..... | 53 |
| B. Desarrollo Cognoscitivo..... | 55 |
| C. Desarrollo Emocional..... | 58 |
| D. Desarrollo Social..... | 59 |
| E. Desarrollo de la Personalidad..... | 60 |
| 2.3. Definiciones Conceptuales..... | 62 |
| 2.4. Sistema de variables – dimensiones e indicadores..... | 64 |
| 2.5. Definición Operacional de Variables..... | 65 |
| 2.6. Hipótesis..... | 65 |

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| 3.1. Nivel, Tipo y Método de la Investigación..... | 66 |
| 3.1.1. Nivel de la Investigación:..... | 66 |
| 3.1.2. Tipo de la Investigación:..... | 66 |
| 3.1.3. Método de la Investigación:..... | 66 |
| 3.2. Diseño de Investigación..... | 67 |
| 3.3. Ámbito de la Investigación..... | 68 |
| 3.4. Población y Muestra..... | 69 |
| 3.4.1. Población:..... | 70 |
| 3.4.2. Muestra:..... | 71 |
| 3.4.3. Tipo de Muestreo..... | 74 |

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos..... | 75 |
| 3.6. Procedimiento de la Recolección de datos..... | 79 |
| 3.7. Técnicas de procesamiento de datos..... | 80 |

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---------------------------------------|----|
| 4.1. Presentación de Resultados..... | 81 |
| 4.2. Procesamiento de Resultados..... | 91 |
| 4.3. Verificación De Hipótesis..... | 94 |
| 4.4. Discusión De Los Resultados..... | 94 |

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|----------------------------|------------|
| 5.1. Conclusiones:..... | 99 |
| 5.2. Recomendaciones:..... | 101 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 105 |
| ANEXOS..... | 110 |

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anorexia, últimamente se ha vuelto un problema en el que miles de chicas se obsesionan por lucir un cuerpo delgado ya sea por la presión social o la influencia de algunos medios de comunicación lo que conlleva a que éstas adolescentes opten por realizar ejercicio excesivo además de una mala alimentación la cual puede ser perjudicial pudiendo conducir las hasta la muerte ya sea por la desnutrición misma u otras causas deficitarias.

La anorexia es vista como una enfermedad que ha tenido mucho auge en los últimos años, sin embargo este trastorno no es nuevo, pues siempre ha existido, pero nunca se le había dado tanta importancia como ahora.

De acuerdo a Silva (2007), la adolescencia es la etapa del desarrollo en la que se es más vulnerable a desarrollar patologías alimentarias, así como muchos otros trastornos; es una etapa difícil tanto para los adolescentes como para sus padres. Durante este periodo es común que los chicos sufran cambios repentinos en su estado de ánimo y respondan de manera “extraña” ante situaciones cotidianas, se alteran con facilidad y con frecuencia se les observa callados, tristes o enojados, todo esto produce también reacciones emocionales por parte de los padres, quienes tienden a angustiarse y a sentirse profundamente preocupados, sobre todo cuando se sienten incapaces de actuar de manera eficaz ante sus hijos.

Todos estos cambios (físicos, psicológicos y sociales) producen en los adolescentes una intensa sensación de descontrol y de extrañeza; se sienten "raros", "diferentes" y muchas veces tampoco entienden lo que les sucede ni son capaces de controlarse, lo cual produce angustia y miedo ante lo desconocido. Hoy en día, los adolescentes están más preocupados que nunca por estar delgados, por parecer a sus artistas favoritos, por ser el más popular, el más guapo, y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa para conseguirlo. Cada vez nos enteramos de más personas que hacen dietas en el mercado, hay más alimentos light, reducido en grasas, bajos en calorías, etcétera. Hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse "sanamente" está de moda; y nadie quiere estar pasado de peso.

Según Durand & Barlow (2007), en la anorexia nerviosa, la persona no ingiere más que cantidades mínimas de alimento, de modo que su peso corporal se reduce a veces en forma peligrosa. La característica principal de este trastorno es un impulso abrumador que lo abarca todo por estar delgado. En la bulimia nerviosa, los episodios alimenticios desenfrenados o voracidad alimenticia (atracción), van seguidos de vómitos autoinducido, consumo excesivo de laxantes u otras tentativas de "purga" (eliminación) del alimento ingerido.

La belleza física aparece siempre asociada al éxito social y profesional, los programas de televisión, las películas nos ofrecen abundantes modelos de cuerpo ideal, de la misma forma la publicidad nos recuerda cómo debemos ser (altos, estilizados, guapos, vestidos a la moda), nos sugiere cómo

podemos conseguirlo ya sean con dietas milagrosas u operaciones de cirugía estética, productos reductores de peso, productos con bajas calorías (galletas light, yogurt light, pan integral, etc.) y constantemente la publicidad nos muestra ropas para siluetas delgadas.

Según la OMS (2004), aunque la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios pudiera parecerse baja, las consecuencias de los trastornos alimenticios son graves, debido a que aproximadamente de 25 a 33% de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa desarrollan un trastorno crónico que muestra altos niveles de comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias, la depresión y los trastornos de ansiedad.

El problema de la anorexia sigue presente en los jóvenes y las cifras son considerables, detallamos algunas estadísticas alrededor de estos trastornos, con información de diversas fuentes, así por ejemplo se ha reportado que en el 2011, 9 de cada 10 personas que sufren anorexia son mujeres y 1 de cada 6 personas que sufren bulimia son hombres, 5 de cada 100 mujeres adolescentes en México sufre anorexia o bulimia. Según el sector de salud en México, cada año se registran 20 mil nuevos casos, 2 de cada 100 adolescentes en Colombia sufren anorexia; en Bogotá, 10% de las jóvenes sufren anorexia o bulimia; 1 de cada 100 mujeres en Argentina sufren anorexia; otra cifra también alarmante es que de 800 mil jóvenes en escuelas en el Perú sufren estos trastornos.

Las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia, en España, lo convierten como la tercera enfermedad (la primera es el asma, y la segunda la obesidad) más frecuente entre los adolescentes. Ahora, aproximadamente,

una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en las garras de la anorexia, mientras que un 2,4% desarrolla bulimia. Y no sólo el sexo femenino (la anorexia nerviosa afecta 15 veces más a mujeres que a hombres), también los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas.

En los últimos 10 años el número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces. De los cinco casos que el Honorio Delgado reportó en 1996, el año pasado llegó a 100. La enfermedad que antes acechaba solo a los sectores económicos más acomodados se ha extendido hoy hacia sectores populares y emergentes, situación aún más preocupante si mencionamos que al consultorio han llegado incluso cuadros clínicos de niñas de 6 y 7 años.

Un estudio realizado en el año 2005 en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz refieren que el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.9% tenían tendencias a desarrollar problemas alimentarios.

En el 2004 reportaron que en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.1% tenía tendencias a desarrollar problemas alimentarios.

En el 2007 un estudio Epidemiológico realizado en Lima Rural muestra que la prevalencia de problemas alimentarios oscila de 2.7 a 2.9 en la población adolescente.

Según información del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (HD-HN), en los últimos 10 años el número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces. De los cinco

casos que el (HD-HN) reportó en 1996, el año 2009 llegó a 100. La enfermedad que antes acechaba solo a los sectores socio económicos más acomodados hoy se ha extendido hacia todos los sectores.

En el año 2014 se realizó una revisión estadística de la demanda de Atención de Adolescentes de 13 a 17 años en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano durante los años 2010 – 2013, indicando que una de las patologías con mayor prevalencia son los Trastornos de Conducta Alimentaria (anorexia nerviosa) representando el 4% de las pacientes ambulatorias entre esos años.

De modo similar la anorexia, como enfermedad, es un tema de preocupación en la que otros países ya comenzaron a actuar; en tanto que en el Perú, tanto en el nivel estatal como en el privado todavía existe una gran falta de información acerca de los desórdenes alimentarios (anorexia).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la anorexia en las alumnas de las I.E. Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco- 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

A. Determinar la prevalencia de anorexia en alumnas de I.E. Estatales de las Provincias de Leoncio Prado y Huánuco-2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

A1. Determinar la prevalencia de anorexia en los niveles leve, moderado y grave en las alumnas de la I.E. Estatal de la Provincia Leoncio Prado durante el año 2014.

A2. Determinar la prevalencia de anorexia en los niveles leve, moderado y grave en las alumnas de la I.E. Estatal de la Provincia Huánuco durante el año 2014.

A3. Comparar la prevalencia de anorexia presentado entre las alumnas de las I.E. Estatales de las Provincias de Leoncio Prado y Huánuco durante el año 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La base fundamental de este trabajo de investigación es poder determinar la prevalencia de anorexia en las alumnas de I. E. Estatales de las provincias de Leoncio Prado y de Huánuco, en cuya muestra, se eligió trabajar con esta población, ya que en su mayoría los adolescentes son vulnerables a caer en los distintos problemas sociales, ya sea porque se dejan influenciar fácilmente por

los amigos, la sociedad y medios de comunicación recibiendo muchas veces la información de forma distorsionada, creyendo que un “cuerpo perfecto” y “exitoso” es un cuerpo delgado y como el adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo, constantemente están tratando de imitar a sus personajes favoritos y son propensos a sufrir estos trastornos alimentarios.

Es importante asegurar que la población tenga el conocimiento básico y necesario de lo es ésta patología para así estar alertas y detectar a tiempo cualquier indicio de este trastorno y que no continúe afectando la salud mental de más personas.

Además este tema es de vital importancia para cualquier persona, desde como reconocer los síntomas que lleva a la anorexia en sus diferentes etapas y no solamente físicos, sino tan bien psicológicos, para poder reconocerla y poder ayudarla de una manera adecuada.

El presente trabajo muestra los diferentes modelos que hablan de la anorexia sin embargo queremos resaltar que se enmarca al modelo cognitivo conductual ya que enfatizan los pensamientos y conductas de las adolescentes.

Los resultados obtenidos en esta investigación permitirán diseñar programas de prevención primaria y secundaria para así poder reducir la incidencia de la enfermedad en dichas localidades, además los resultados servirán como antecedentes de próximas investigaciones que vayan a realizarse dentro y fuera de la ciudad.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas en la presente investigación fueron:

- Existieron limitados antecedentes en nuestra localidad de trabajos relacionados con la presente investigación además de la escasa información actualizada sobre el tema a investigar.
- Los resultados que se reportan solo son válidos para la población asignada de la provincia de Leoncio Prado y Huánuco.
- Otra dificultad fue el espacio y el tiempo que pudo brindar la institución para la evaluación a las alumnas ya que a pesar de haber contado con la aceptación del Director ésta dependía de la autorización de los mismos docentes para el acceso a las aulas respectivas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES :

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

- Barrera, Manrique y Ospina (2012), realizaron una investigación titulada “Prevalencia de la Bulimia y Anorexia en Adolescentes en la Ciudad de Tunja, Boyacá y algunos factores de riesgo probablemente asociados” que se llevó a cabo en el país de Colombia. Su objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo probablemente asociados en Adolescentes de 13 a 17 años que asisten a dos colegios de la ciudad de Tunja, Boyacá. El método empleado de estudio de prevalencia analítica de corte transversal. basado en una muestra autoaplicado a 179 adolescentes, a las que se aplicó un instrumento compuesto por las pruebas BITE (Cuestionario de Bulimia de Edimburgo), EAT-26 (Cuestionario de Actitudes Nutricionales para anorexia). Obtuvieron como resultados que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria es de 10.6% para bulimia y el 1.1% para anorexia y también como principales factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos, se encontraron las practicas dietéticas con una prevalencia de 42.9% para bulimia y el 14.3% para anorexia, la práctica de ayuno independiente de la periodicidad con prevalencia de 36% y 6.5% para bulimia y 8% para

anorexia respectivamente, llegaron a la conclusión que los trastornos de la conducta alimentaria registran prevalencias relativamente altas en Tunja; la frecuencia de anorexia es menor y la de bulimia es mayor y también encontraron alta prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria, donde sugieren la necesidad de diseñar e implementar estrategias de intervención educativas en alimentación y nutrición en los grupos de escolares y adolescentes para consolidar hábitos y estilos de vida saludable.

- Arrufat, (2006), en su investigación titulada "Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescentes de la Comarca de Osona, España- Barcelona, realizada con el objetivo de estimar la prevalencia de Trastornos Alimentarios en la población total de adolescentes escolarizados de 14 a 16 años de edad habitantes de la Comarca de Osona y estimar si existe asociación entre riesgos de trastorno alimentario en el adolescente y los diferentes factores sociodemográficos, y hábitos como el comer o solo comer en la escuela. En el estudio se utilizó el método epidemiológico transversal de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estaba constituida por 2280 que imparten educación secundaria en la Comarca de Osona. Los datos obtenidos de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de 14 a 16 años de la Comarca de Osona fue de 1,9%. en mujeres: prevalencia total de 3.49% y en varones: prevalencia total de 0.27%.

La edad se asocia al riesgo de trastornos conducta alimentaria en las mujeres adolescentes de forma directamente proporcional. La menarquia antes de los 12 años se asocia a insatisfacción de la imagen corporal y a riesgos de trastorno de conducta alimentaria en las adolescentes. El comer solo se asocia al riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en los varones y mujeres adolescentes.

- Pérez, Montiel y Pirela (2003), realizaron una investigación titulada “Trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes” realizada en la ciudad de Maracaibo en el país de Venezuela, teniendo como objetivo determinar la prevalencia y las características clínicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria en sujetos masculinos y femeninos en etapa de adolescencia. La muestra es de 1363 adolescentes de una población conformada por 23,831 estudiantes, los cuales han sido seleccionados de manera aleatoria y estratificada. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia del 0% en Anorexia nerviosa, 1,58% (21) en Bulimia nerviosa y 0,66% (9) correspondiente al Trastorno por Atracón. El 0,82% (11) correspondió a los sujetos de sexo femenino y el 0,75% (10) a los sujetos de sexo masculino. Dicha investigación concluyó que existen características clínicas asociadas a estos trastornos y que muestran singularidades que otorgan rasgos distintivos a los sujetos del estudio.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

- Acevedo J. (2008), realizó una investigación titulada "La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes", cuyo objetivo fue establecer la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes que acuden a un colegio público y dos colegios privados de Lima Metropolitana, estudio aplicado a una muestra de 126 mujeres adolescentes. Se utilizó como instrumentos: una Ficha de Datos Personales, el Inventario de Trastornos Alimentarios (ITA) y la última versión del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera-Hostilidad, llegando a la conclusión que existe correlaciones significativas entre la mayoría de escalas de cólera y la Escala de Desorden Alimentario. Los resultados indicaron, en cuanto al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, que el 38.10% corresponde al riesgo ausencia, el 13.8% al riesgo leve y el 10.3% al riesgo moderado, y también que el 43.7% de nuestro grupo de estudio se encuentra inconforme con su cuerpo, lo cual podría estar reflejado a estar insatisfechas con su cuerpo, el 71.17% del grupo estudiado se percibe subida de peso. A partir de los resultados concluyó que a mayor presencia de cólera en las escalas del IMECH, mayor el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios.

- Rivera (2007), en su investigación titulada “Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de comas” en Lima – Perú. Estudio realizado para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Los objetivos fueron determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de Comas y determinar el nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de Comas, se utilizó el método descriptivo correlacional aplicada en una muestra conformada por un total de 661 adolescentes de 14 a 16 años de edad. En los resultados se aprueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes concluyendo que los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo
- Cano B. (2004), en su investigación titulada” los trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días” llevada a cabo en dos colegios nacionales de nivel secundario en los distritos de Barranco y Surco. Lima - Perú, que muestran una población de riesgo de trastornos de conducta alimentaria basado en el empleo del E.A.T.40. los resultados obtenidos nos muestran que el 12.64% de adolescentes con conducta de riesgo y el 2.6% de casos clínicamente sintomáticos de trastorno en la conducta alimentaria,

dichos resultados obtenidos fueron similares en ambos colegios en tanto que presentan estructuras socioeconómicas diferentes, así mismo encontraron que en los últimos 10 años la prevalencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado en la atención ambulatoria y de hospitalización del Hospital G. Almenara, en forma desbordante siendo a partir del año 1999 (23 casos de pacientes con trastorno de conducta alimentaria) y más notorio el incremento de tasas de internamiento en adolescentes mujeres de 14 a 17 años de edad, registrado en el año 2004 con el diagnóstico de anorexia nerviosa

2.1.3. A NIVEL LOCAL

- Garay y Venturo (2013); realizaron una investigación titulada “incidencia de anorexia nerviosa y bulimia” llevada a cabo en una muestra de estudiantes del 4to año de secundaria de instituciones educativas estatales. Estudio realizado para optar el título profesional de Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. El objetivo fue identificar la incidencia de casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, con una muestra probabilística por conglomerados constituida por 105 sujetos, del sexo femenino que cursan el cuarto año de educación secundaria de 5 colegios estatales de Huánuco. La metodología de estudio es tipo aplicado, nivel descriptivo simple. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (E.A.T). Los resultados nos permiten

observar que el 98% de la muestra, presenta ausencia de anorexia y el 2% riesgo de ella, llegando a concluir que las adolescentes de los cinco colegios estudiados presentan factores protectores apropiados que les permiten desarrollar una vida plena.

- Carranza y Yacolca (2012); realizaron una investigación titulada “Comparación de Incidencia de Anorexia y Bulimia nerviosa en Estudiantes del 4to año de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales y Privadas”, para optar el título profesional de Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco. El objetivo fue comparar, entre ambas instituciones educativas, la incidencia de casos de anorexia y bulimia nerviosa, basado en un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño descriptivo - comparativo; con una muestra de 89 mujeres adolescentes escolares del 4to año de secundaria, pertenecientes a dos instituciones Educativas de la localidad de Huánuco (45 corresponden a la I.E. Privada “San Agustín” - Elite, y 44 a la I.E. Estatal “Nuestra Sra. De las Mercedes”). Los instrumentos de medición utilizados fueron el cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (E.A.T), que mide la variable de anorexia nerviosa, y el Cuestionario Test de Bulimia de Edimburgo (BTE), que mide bulimia nerviosa. Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas en la incidencia de casos en ambas Instituciones Educativas. En conclusión, la anorexia nerviosa en sus cuatro categorías evidencian un puntaje porcentual de ambos colegios en un total de 77.53 % dentro de la categoría ausente,

en la categoría leve en la suma de ambos colegios se obtiene un total de 17.98%, en la categoría moderado hacen un total de 4.49% y en la categoría grave, en ambas instituciones educativas, no se encontraron casos.

- Robles (2009), en su tesis titulada “La Anorexia nerviosa y Rendimiento Académico de los Adolescentes de la Institución Educativa Pública Nuestra Señora de las Mercedes, del primer al 4to año de Secundaria”, investigación realizada para optar el grado académico de Magíster en Educación de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco, tuvo como objetivo averiguar si existe una relación significativa entre estas dos variables (La Anorexia Nerviosa y el Rendimiento Académico), en alumnas entre 14 a 18 años de edad; se utilizó como instrumento de evaluación el Cuestionario de Actitudes Alimentarias. En los resultados encontró que al parecer la anorexia nerviosa no es un factor determinante en el bajo rendimiento académico de las áreas curriculares de matemáticas, comunicación, ciencias tecnológicas y ambiente y ciencia social. Con este enunciado se demuestra que las variables de anorexia nerviosa y rendimiento académico resultan ser variables independientes y que dentro de sus hallazgos se puede agregar que 36 alumnas de su población universal (361 alumnas) presenta anorexia; siendo más representativo en alumnas de 16 años edad.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación se presentan los fundamentos teóricos asociados a los problemas de alimentación y específicamente de la anorexia, seguido del tema de adolescencia, de modo tal que podamos tener un mayor conocimiento y entendimiento del porqué dicha problemática y del porqué ambas se relacionan entre sí:

2.2.1. LA PREVALENCIA EN EL CONTEXTO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANOREXIA.

A. PREVALENCIA: La prevalencia se define como la frecuencia de casos existentes, viejos y nuevos (de aparición reciente).

Existen dos tipos de prevalencia:

La prevalencia de punto: es la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo; es la medida estimada en las llamadas encuestas de prevalencia o transversales.

La prevalencia de periodo: se emplea con menos asiduidad y se define como la frecuencia de una enfermedad o condición existentes durante un lapso definido, por ejemplo un año.

Prevalencia acumulado a lo largo de la vida: que brinda un estimado de la ocurrencia de una condición en cualquier momento durante el pasado de un individuo (Szklo y Nieto, 2003).

B. EPIDEMIOLOGÍA: es el estudio de cómo se distribuyen las enfermedades en la población y los factores que influyen o determinan esta distribución.

¿Por qué una enfermedad aparece en unas personas y no en otras? la premisa que subyace a la epidemiología es que las enfermedades, los

trastornos y la mala salud no se distribuyen de forma aleatoria en una población (Gordis, 2005).

En cambio, cada uno de nosotros tiene unas ciertas características que nos predisponen a diferentes enfermedades o nos protegen frente a ellas. Estas características pueden tener un origen sobre todo genético o deberse a la exposición a ciertos riesgos ambientales. En la actualidad, la anorexia nerviosa supone la primera causa de malnutrición en los países desarrollados y la tercera enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia. La incidencia (número de casos nuevos en un año) de los trastornos de conducta alimentaria está aumentando en las últimas décadas. Los expertos creen que se debe fundamentalmente a una mayor concienciación en la población general de la significación clínica de esta enfermedad, que consecuentemente acude al médico con mayor frecuencia. Las cifras de prevalencia e incidencia que ofrece los estudios varían según el tipo de muestra que utilizan (Ortuno, 2009).

La prevalencia de anorexia nerviosa varía desde el 0.5% al 1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Los trastornos de conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres, en una proporción hombres/ mujeres de 1:10 a 1:20, el pico de edad de inicio se sitúa entre los 15 y los 19 años. Por lo tanto, los estudios con muestras de mujeres entre ese intervalo de edad obtienen tasas de mayor de riesgo.

Los estudios epidemiológicos de cualquier enfermedad permiten no sólo recoger información acerca de posibles factores sino también recopilar datos imprescindibles para la prevención oportuno y eficaz.

2.2.2. DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA

Se caracteriza por una pérdida aparente de apetito, lo que puede llevar a que la persona comience a ingerir menos alimentos, de tal modo que la persona pierde masa corporal llegando a pesar niveles inadecuados a su sexo y altura, pero en su mayor parte la característica no es la pérdida de apetito, sino más bien un fuerte deseo de controlarlo.

La persona que padece esta enfermedad limita exageradamente la ingesta de alimentos al punto de poner en riesgo su vida, se sufre además una distorsión de la percepción: la persona con anorexia se ve con sobrepeso, a pesar de estar muy por debajo de los parámetros saludables.

La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por una reducción progresiva de la alimentación, hasta llegar al punto de rechazar totalmente la ingesta de comida (Nardone, 2004).

También la anorexia es un trastorno grave de la conducta alimentaria en el que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50 por 100 de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso

de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder el peso (Raich. 2011).

Esto quiere decir que el trastorno se caracteriza por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en adolescentes, así como niños pre púberes, púberes y mujeres maduras hasta la menopausia.

Este trastorno se asocia con una psicopatología específica por lo cual persiste en pavor ante la gordura y la flácidas de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas inducidas y el paciente se impone así mismo un límite máximo de peso bajo. Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Pueden usarse los siguientes tipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Este tipo restrictivo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas (CIE-10. 2004).

Tipo compulsivo/purgativo

Este tipo compulsivo/purgativo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (CIE-10.2004).

2.2.4. CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Según Raich (2011), plantea que existen diversos factores, entre ellos:

Genéticas: Manifiesta que a través de varias investigaciones “se ha observado que la probabilidad de que un pariente con anorexia, padezca un trastorno alimentario, era diez veces mayor a la población control”. Esto quiere decir que en las familias donde se ha identificado con anterioridad la anorexia en algún miembro, va a presentar de nuevo este trastorno, pero en otro miembro de la familia. Se han realizado estudios gemelares a través de los cuales es mejor diferenciar los factores ambientales de los genéticos. Demostrando que hay una mayor influencia genética sobre la anorexia que en el desarrollo de la anorexia.

Psicológicas: propone factores que hace referencia a aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Se presentan aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que giran en torno a la comida, peso y aspecto general, creando pensamientos dicotómicos, inferencia arbitraria, pensamientos supersticiosos, generalizaciones excesivas, ideas autorreferenciales, uso selectivo de la información y magnificación de lo negativo. Por ejemplo: “Si comes a gusto, engordaras”, “no conseguiré controlarme nunca”.

Sociales: se encuentra la influencia de los medios de comunicación, conversaciones entre los mismos adolescentes, la publicidad y el rechazo del obeso.

2.2.5. FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA

Según Toro y Vilardell (1989), refiere que “es un complejo trastorno psicosomático en el que intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento”. Los factores de riesgo causales son múltiples y resultan de la compleja interacción de variables físicas, sociales, culturales y psicológicas que interfieren en el comportamiento.

Los trastornos de la conducta alimentaria aumenta el riesgo de aparición en la adolescencia por estas posibles causas: cambios genéticos, cambios corporales en la pubertad, los ideales de delgadez, la insatisfacción corporal, la presión social por ser delgado, la dieta restrictivas, la baja autoestima y la depresión” (Raich,2011).

Para explicar claramente presentamos el Cuadro tomado de Toro y Vilardell, (1989) en el que se esquematiza y resume el proceso en cuestión.

FACTORES PRECIPITANTES

FACTORES PREDISPONENTES



Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la Anorexia Nerviosa (Toro y Vilardell, 1989, 1990)

2.2.5.1. FACTORES PREDISPONENTES

Los factores predisponentes son los que hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno. “Un trastorno es cuando se dan determinadas combinaciones de características biológicas, individuales, familiares y socioculturales” (Gismero, 1996).

Cuando hablamos de factores predisponentes estamos refiriéndonos:

- **FACTORES BIOLÓGICOS**

Según Raich (2011) propone el aspecto biológico de las personas.

Genética: estudia caracteres semejantes que se transmiten de padres a hijos, aquellos que los hacen parecerse entre sí. Pero sucede que también presenta aquellos caracteres que no son semejantes, que varían, y a los cuales dentro de esta ciencia se los denomina variaciones.

Así como la de la forma corporal y de la preocupación con el peso, algunos autores mencionan que se registra un aumento en los factores genéticos al inicio de la pubertad en el sexo femenino el cual está además relacionado con la activación de las hormonas ováricas e influyendo en esta etapa la serotonina en la predisposición genética de los trastornos alimentarios.

Diferencias de género: El objetivo de la publicidad femenina es crear la necesidad de ser bella de acuerdo a determinados

estándares. El método para conseguir este objetivo es potenciar los objetos de consumo para este fin. El mercado de este producto son las mujeres, en ellas es mucho mayor la presión hacia la belleza que en los hombres y también las cifras de los trastornos alimentarios. Al parecer las mujeres consideran más relevante preocuparse por el bienestar, su atractivo está ligado a la belleza y ser delgada es condición central de la belleza femenina.

Sobrepeso y obesidad: es una condición de alto riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.” Las chicas con sobrepeso son más proclives a llevar a cabo comportamientos dietéticos restrictivos, expresar preocupación por su peso y tener mayor insatisfacción con su apariencia física” Estos factores podrían tener efectos sobre la autoestima y la imagen corporal, lo que puede conllevar un aumento en el riesgo de padecer los trastornos de la conducta alimentaria.

- **FACTORES DE RIESGOS INDIVIDUALES:** Describe “sentimientos de incompetencia, baja autoestima centrada en la percepción negativa de su cuerpo, falta de autonomía, dificultad para el manejo de sentimientos, déficit de autocontrol, se siente poco aceptada y se consideran poco divertidas”.

Insatisfacción corporal

Hay varios elementos importantes en la satisfacción corporal que son “sobrevaloración de la apariencia en la construcción de la propia identidad, percepción y sentimiento de que la forma corporal discrepa de los ideales de belleza interiorizado e irreales; creencias y sentimientos desadaptativas acerca del propio cuerpo y conductas poco saludables o limitadas provocadas por la insatisfacción corporal”. Las personas que sufren los trastornos de la conducta alimentaria posiblemente se denominada sobrevaloración del peso, la figura y de su control que atribuye parte de su desarrollo y mantenimiento.

Interiorización de la figura corporal ideal

La interiorización del ideal delgado se refiere a: en qué medida un individuo acepta los ideales que han sido definidos socialmente sobre el atractivo y realiza conductas para lograr ese ideal?. Las chicas que han interiorizado el ideal de delgadez son más vulnerables a la insatisfacción corporal, al no alcanzar el ideal de delgadez, lo que les genera frustración.

Baja Autoestima

La baja autoestima es la idea básica de que una imagen corporal negativa está asociada a una autoestima más negativa y sentimiento de ineficacia lo que parece correlacionar en los estudios que se han llevado a cabo.

La baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se asocia con la imagen negativa del cuerpo siendo más susceptibles a la presión, las burlas y críticas por estar delgadas por parte de familiares puede favorecer a aumento y a dar inicio a actitudes y comportamientos alimentarios negativos agravando la insatisfacción corporal.

“Las personas con trastorno alimentario desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las complicaciones en sí mismos que influyen sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la primera adolescencia, cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente. Las mujeres con trastornos alimentarios no se autovaloran y tienen una extrema baja autoestima, con miedo de ser despreciadas o rechazadas y se consideran personas pocas valiosas.

Afecto negativo

Las personas que llegan a presentar trastornos alimentarios tienen una forma de respuesta emocional más lábil. “Un trastorno asociado a una imagen corporal negativa es la depresión y se vuelve un círculo vicioso de desesperación” y las personas deprimidas suelen aborrecer su propio cuerpo. Consideramos que es relevante inferir que no solo se come cuando se tiene hambre, sino también ante sentimientos de la soledad, de aburrimiento o estados ansiosos y depresivos que pueden desencadenar en la necesidad de comer.

Sobre la base de estas definiciones se plantea que los factores de riesgo psicológico está caracterizada por tendencia al perfeccionismo, baja autoestima y personalidad obsesiva. Por otra parte, la imagen que una persona tenga de sí misma puede ser factor de riesgo si ésta es negativa, pues el sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte.

- **FACTORES FAMILIARES**

Selvini (1974), propone “las alianzas encubiertas, la alternancia en la culpabilización, fallo en la resolución de conflicto y distorsiones en la comunicación”, son problemas dentro del seno familiar que pueden ser factor causal de las desviaciones de la conducta alimenticia.

La influencia de la autoridad o falta de la misma ya sea por parte del padre, madre u otro miembro de la unidad familiar, podría ocasionar respuestas o conductas dañinas. Los conflictos intrafamiliares, especialmente con la figura materna y las familias de tipo disfuncional son otro factor que tradicionalmente se ha señalado como posible causante de padecer esta enfermedad en especial en la adolescencia. Asimismo, la renuncia a alimentarse, puede considerarse según algunos psicólogos, como un acto de venganza

hacia los padres o de cierto modo intentar llamar la atención de los mismos. (Raich, 2001).

- **FACTORES SOCIALES**

Se ha postulado por parte de diferentes investigadores “la influencia que puede tener en la génesis de la anorexia nerviosa el modelo de cuerpo femenino, extremadamente delgado, que se toma como patrón de belleza en diferentes medios de comunicación audiovisuales” (Raich, 2011). La asociación de la intensa delgadez con la belleza y su utilización como prototipo de modelo ideal al que todas las mujeres se deben aproximar, puede ejercer un papel importante aunque exactamente no se ha determinado en el inicio de la enfermedad. En tal sentido, los factores socioculturales más “significativos y eficaces” en la disposición y facilitación del cuadro anoréxico, sobresalen los generados por la publicidad, moda y televisión.

2.2.5.2 FACTORES PRECIPITANTES

Raich (2011), define como “aquellas circunstancias que aparecen en la vida de una persona y que dan lugar a cambios”. Entre los más conocidos son las siguientes, muerte de un familiar, casarse, divorciarse, perder o empezar un trabajo, enfermedades graves y cambios corporales presentes en la adolescencia.

2.2.5.3 FACTORES DE MANTENIMIENTO

Una vez instaurado el trastorno existen diversos factores que intervienen positivamente manteniéndolo.

Entre ellas propone los siguientes factores:

- **Factores cognitivos**

Según Garner y Bemis (1985), refiere que “la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por los factores cognitivos y conductuales”. Además señalan que de un sistema de creencias se desarrolla y actúa como un molde al que se hace posible adaptar la información que llega. Estos datos llegan de manera inconsciente y de manera distorsionada a imagen y semejanza de la creencia. es decir, si en el curso de la restricción alguien dice que esta demasiado delgada, cambiara este mensaje, de manera que puede llegar a confirmarle que en realidad aun esta demasiado gorda.

- **Síndrome de inanición**

Una gran parte de la sintomatología de la anorexia nerviosa es atribuible exclusivamente a los efectos de la inanición, es así que una vez desarrollado el trastorno, es un importantísimo factor de mantenimiento, constituyendo una especie de círculo vicioso: la compulsividad y el pensamiento obsesivo sobre la alimentación, hacen que cada vez se centren más en ello y aumenten los conflictos familiares e internos, a lo que contribuyen también la reducción de intereses y el aislamiento social, se incrementan la depresión y los

problemas de autoestima que, a veces, la anoréxica aborda por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta

- **Percepciones corporales.**

Para la evaluación de la imagen corporal en TCA se suele distinguir entre el componente o distorsión perceptiva (que se refiere al grado de exactitud, o en este caso de no exactitud, con el que la chica estima sus dimensiones corporales) y el componente afectivo, o actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo (cómo se siente la joven con su propia imagen).

- **Interacción familiar.**

Exista o no influencia causal en la organización y dinámica familiar en el desencadenamiento de la anorexia, lo que sí está claro es que provocan cambios en el seno de una familia donde alguien padece anorexia. Se genera ansiedad, aumenta la desorganización conductual, las manifestaciones emocionales, los conflictos, la irritabilidad colectiva, las escenas dramáticas, etc. Muchas de las conductas de la anoréxica pueden resultar reforzadas por la atención, la preocupación y la protección desmesurada, lacrimosa e intermitente, la aceptación ambigua de los "caprichos" alimenticios, por parte de la familia.

- **Interacción social.**

El aislamiento social, y la progresiva reducción de intereses, hacen que se facilite la preocupación monotemática por el problema con la

comida, con el cuerpo y el peso. Esto supone que se vayan limitando progresivamente las fuentes habituales de la gratificación, lo que empeora la inestabilidad emocional, facilita el humor depresivo y el descenso de autoestima que, a menudo, la anoréxica tratará de compensar por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta.

2.2.6. SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA

Existe determinados síntomas que hacen sospechar que una persona puede estar padeciendo anorexia nerviosa (Miguel, 2004). Dentro de ello menciona los siguientes síntomas:

A. Síntomas principales:

- Deseo de adelgazar.
- Percepción errónea de la imagen corporal Rechazo a la comida.
- Dieta y ejercicios excesivos
- Ausencia de períodos menstruales.
- Preocupación obsesiva por el tipo de alimentos.
- Resistencia a mantener un peso corporal mínimo estipulado para su talla, sexo y edad.
- Intenso placer ante la idea de estar delgado.

B. Síntomas del comportamiento:

- Rechazo voluntario de los alimentos con muchas calorías
- Disminución notable de la ingesta de líquidos.

- Conductas alimentarias extrañas, como cortar los alimentos en pequeños trozos, estrujarlos, lavarlos, esconderlos y/o descartarlos.
- Mayor irritabilidad
- Uso de laxantes y diuréticos
- Vómitos autoinducidos
- Aislamiento social
- Uso compulsivo de la balanza

C. Síntomas emocionales y mentales

- Trastorno severo de la imagen corporal
- Manifiesta negación de las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño
- Miedo o pánico a subir de peso
- Negación parcial o total de la enfermedad
- Dificultad de concentración y aprendizaje
- Temor a perder el autocontrol
- Afloramiento de estados depresivos y obsesivos
- cambios rápidos de carácter y humor
- ansiedad
- tristeza

D. Síntomas físicos:

- Pérdida notable de peso
- Fatiga
- Vértigo y dolor de cabeza, estómago

- Amenorrea (pérdida de la menstruación)
- Hipotermia (pies y manos frías)
- Osteoporosis, arritmias, bradicardia
- Insomnio
- Infertilidad
- Alteraciones dentales.

Un persona anoréxica puede tener un miedo intenso a engordar o tener una percepción distorsionada de su propia figura corporal; tener un peso corporal normal y sano puede hacer que se sientan tensos y muy nerviosos. Pueden caer en depresión, volverse introvertidos o impacientes, tener cambios de humor, perder el interés por las actividades normales, hacer demasiado ejercicio, empezar a vomitar en secreto o a tomar laxantes, o usar inhibidores del apetito o diuréticos.

2.2.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANOREXIA

A. Según el DSM-IV-TR (2006), propone los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación al peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d. En las mujeres pos-puberales: amenorrea en tres ciclos menstruales consecutivos.

Es importante señalar, que el criterio D ha sido propuesto para la población femenina, ya que la prevalencia de la anorexia nerviosa sigue siendo de mayor riesgo en mujeres.

Por lo tanto los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios, son los mismos, tanto en hombres, como en mujeres.

B. Según el CIE-10 (2004), sugiere los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

- a. Pérdida deliberada de peso, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura. Los enfermos que padecen anorexia pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- b. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”.
- c. Distorsión de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un umbral de peso corporal.

- d. Trastorno endocrino generalizado que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.
- e. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos a y b de la bulimia nerviosa.

2.2.8. COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA

Hall L. y Ostroff M. (2001), propone que "la anorexia nerviosa tiene una multitud de complicaciones médicas desde la más leve hasta la más grave". De hecho, se cree que de 5 a 20 % de los anoréxicos muere usualmente por complicaciones relacionadas con la inanición autoinfligida, como: problemas cardíacos, renales o enfermedades como la neumonía que pueden deberse a la incapacidad de luchar contra la infección y todo provocado finalmente por anorexia. Estudios demuestran que, cuanto más tiempo se ha sufrido este mal, más alta es la tasa de mortalidad.

Algunas de las complicaciones que pueden surgir cuando se sufre de anorexia:

- **Problemas cardíacos:** la inanición y la purga llevan a desequilibrio en los electrolitos, que, al igual que el sodio, el potasio y el cloruro, son químicos que ayudan a regular el ritmo cardíaco. Cuando se presenta la deshidratación, los electrolitos como el potasio están en un nivel bajo y esto puede provocar arritmia cardíaca, es decir, un ritmo cardíaco irregular (demasiado rápido, demasiado lento o inapropiada) y el cual llegan a ocasionar paro cardíaco.

- **Problemas gastrointestinales:** uno de los problemas más comunes vividos por quienes sufren anorexia es el retraso en el vaciado de los intestinos, lo cual en esencia significa que los alimentos salen del estómago con mayor lentitud. Los anoréxicos que vomitan corren el peligro de sufrir hemorragias internas, úlceras y gastritis y una dolorosa inflamación del recubrimiento de estómago. El vómito puede provocar hinchazón y dolor en el estómago y una tensión indebida del estómago, arriesgando a ambos a desgarrarse, condición que puede ser mortal a menos que se le preste atención médica inmediata.
- **Amenorrea:** es un trastorno de la sangre caracterizado por la reducción del número de glóbulos rojos, o por la baja de la hemoglobina.

2.2.9. ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA

Este término debe ser utilizado para los casos en el que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presenta un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría derivado de interconsulta y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Podemos deducir que la palabra anorexia es utilizada por los médicos en sus diagnósticos clínicos, como equivalente a la falta de apetito, inapetencia y ciertos trastornos del estómago.

2.2.10. LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ANOREXIA

Desde esta perspectiva se considera al modelo como una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado.

A. MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUAL

Calvo (1988) refiere que actualmente los modelos de la anorexia conceptualizan a este trastorno como una solución biológica al conflicto de maduración de la pubertad; además una serie de factores personales producirían una cierta vulnerabilidad a este trastorno (rasgos obsesivos, baja autoestima, déficits en habilidades sociales con malestar en las relaciones interpersonales, dificultad para desarrollar una conciencia de las sensaciones interoceptivas).

Además se distinguirían dos tipos o grupos de anorexia:

- Aquellas que realizan una restricción de la dieta (dietista), que suelen tener rasgos obsesivos, baja autoestima, aislamiento social y escasa experiencia social (introvertidas, neuróticas de Eysenck).
- Las que tienen episodios de comida compulsiva (bulímicas), que se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad, mayor incidencia de uso de alcohol y drogas y mayor intensidad de enfermedad mental y problemas socio-familiares (extraversión, neototicismo y sociopatía de Eysenck)

El modelo concreto compuesto conjuga los paradigmas conductuales del aprendizaje y el cognitivo para explicar el inicio y mantenimiento del trastorno. El

aprendizaje social facilitara que mediante los modelos sociales la chica observaría el esfuerzo dado a un modelo de mujer delgada que se asocia con la competencia y el éxito social; además dicha exposición social interactuaría con factores pre-disponentes adquiridos en las etapas infantiles (significados o creencias perfeccionistas, baja tolerancia a la frustración e incompetencia social); de modo que al llegar los cambios de la pubertad, la chica se encontraría con pocos recursos de afrontamiento, recurriendo al hiper-control corporal como forma de afrontamiento que le proporciona refuerzo cognitivo y sentimientos de control, competencia e identidad, mediante la evitación del peso (refuerzo negativo), a su vez la presión familiar para que recupere peso aumentaría su tendencia opuesta a controlar su peso, al percibir esto como una amenaza a su estilo de afrontamiento y refuerzos consiguientes. El estilo de afrontamiento conllevaría a una serie de distorsiones cognitivas, destacándose el pensamiento dicotómico o polarizado (p.e “he aumentado de peso, estoy gorda”). La sobre generalización (“he ganado peso, jamás me podré controlar”) y el hiper control cognitivo (“tengo que vigilar constantemente mi peso para evitar problemas”).

B. MODELO MULTIDIMENSIONAL DE LA ANOREXIA

Una prueba por encontrar una explicación holística de los desórdenes alimenticios se observa en el modelo multidimensional de la anorexia de Toro y Vilardell (1987) quienes consideran la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

- **Factores Predisponentes**

Factores genéticos, edad de 13-20 años, sexo femenino, trastorno afectivo, introversión/inestabilidad, sobrepeso en la pubertad y adolescencia, nivel social medio/alto, familiares con trastorno afectivo, familiares con adicciones, familiares con trastornos de la ingesta, obesidad materna, valores estéticos dominantes.

- **Factores Precipitantes**

Cambios corporales, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales del padre, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física, acontecimientos vitales.

- **Factores Perpetuantes**

En los factores perpetuantes se encuentra una valoración negativa de la imagen corporal, presión social, situaciones estresantes y complicación de la desnutrición, aislamiento social, miedo (comida, peso, figura, ciertos alimentos) y actividad física excesiva.

C. MODELO ECOLÓGICO

El modelo ecológico considera que en el comportamiento alimentario de una persona incide en diversos factores culturales, sociales, económicos y políticos por lo que éste no puede reducirse a aspectos meramente biológicos y psicológicos. Estos modelos establecen que los seres humanos evolucionan y se desarrollan en un constante ir y venir de similitudes y

diferencias que se derivan de su potencial genético, su nicho ecológico, su herencia cultural y su historia conductual Stephen (2006).

Según Contreras (2007), plantea que la alimentación está pautada por el sistema de creencias y valores existentes en cualquier cultura y momento determinando, estas circunstancias condicionan que los alimentos son objeto de aceptación o rechazo en cada situación y para cada tipo de persona esto lleva como consecuencia a la creación de categorías de alimentos como serían saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, adultos e infantiles e inclusive femeninos y masculinos.

2.2.11 LA ADOLESCENCIA

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina "adolescere", que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica.

En la actualidad, existen muchas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de diversos estudios sistemáticos e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos de los conceptos erróneos que había acerca del desarrollo del adolescente; sin embargo aún quedan muchos problemas por resolver. En este sentido se ha tomado la siguiente definición de adolescencia, que se cree es la más apropiada para los fines del presente estudio: " La adolescencia es un periodo de transición a la

edad adulta, es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo” (Hurlock, 1994).

Dentro de sus características y cambios importantes en esta etapa del desarrollo se encuentran:

A. DESARROLLO FISICO:

Papalia, Wendkos y Duskin (2005) Los cambios biológicos de la pubertad son los que señalan el final de la niñez, iniciando con un aumento en la producción de hormonas sexuales contribuyendo al crecimiento de vello púbico, axilar y facial a un principio, luego de unos años en las niñas los ovarios aumentan su producción de estrógeno lo cual estimula el crecimiento de genitales femeninos y desarrollo de los senos. En los varones los testículos incrementan la producción de andrógenos, en especial de testosterona estimulando el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Tanto las niñas como los niños tienen ambos tipos de hormonas, sin embargo, en las niñas existe un nivel más alto de estrógeno y en los niños de andrógenos. Otro cambio es un estirón del adolescente el cual ocurre antes en las mujeres que en los hombres, este estirón afecta todas las dimensiones esqueléticas y musculares, como por ejemplo la mandíbula inferior se hace larga y gruesa, la nariz se proyecta más y los dientes incisivos son más salientes. La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que

cualquier otro aspecto de sí mismo, las mujeres son las que tienen una mayor insatisfacción lo cual se ve influido por las atribuciones físicas de las mujeres que se transmite culturalmente, creando una imagen corporal negativa que puede llevarlas a padecer problemas alimenticios.

Existen características sexuales primarias y secundarias: Las características primarias es en donde los órganos necesarios para la reproducción se agrandan y maduran durante la etapa de la adolescencia. En la mujer son: ovarios, trompas de falopio, útero y vagina. En el hombre son: testículos, pene, escroto, vesículas seminales y la próstata; y las características secundarias incluyen los signos fisiológicos de madurez sexual que no involucran directamente a los órganos sexuales, por ejemplo en la mujer el desarrollo de los senos y en los hombres los hombros anchos que llegan a desarrollar, en ambos el vello, los cambios de voz, etc. Otros signos de madurez sexual son: la espermarquia, que consiste en la primera eyaculación de un hombre y la menarquia, que consiste en la primera menstruación de una niña.

Las principales preocupaciones de salud en esta etapa son: la condición física porque muchos no se sienten a gusto consigo mismo por los cambios físicos que atraviesan, las necesidades de sueño ya que no duermen lo suficiente y si esto sucede tienden a mostrar síntomas de depresión, problemas de sueño y un mal desempeño en la escuela; los trastornos alimenticios pueden tener efectos cognoscitivos, asociado a ello el abuso de drogas como el alcohol, tabaco o marihuana y la depresión la cual es más propensa a padecerla las niñas ya que maduran temprano, y las causas de

muerte en la adolescencia como los accidentes en carro, suicidio siendo importante recalcar que pueden prevenirse.

B. DESARROLLO COGNOSCITIVO

Según Piaget citado por Papalia, et al (2005) cuando se llega a la adolescencia se inicia el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo (operaciones formales): en esta etapa las personas son capaces de integrar lo que han aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro, existe el desarrollo de un pensamiento flexible que no era posible en la etapa de las operaciones concretas, siendo capaz de presentar razonamiento hipotético-deductivo, que se conoce como la capacidad para desarrollar una hipótesis, diseñar un experimento y ponerlo a prueba, que proporciona al adolescente una herramienta para resolver problemas.

Según Papalia, et al (2005), es este el momento del desarrollo del lenguaje, donde el vocabulario sigue aumentando a medida que la lectura se vuelve más adulta, logrando, entre los 16 y 18 años promedio, conocer acerca de 80,000 palabras. Con la adquisición del pensamiento formal los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia, libertad, etc., utilizando con mucha más frecuencia términos como: sin embargo, de lo contrario, de todos modos, etc., para expresar relaciones lógicas. Pueden llegar a ser groseros con los adultos, tienen problemas para decidir que ponerse cada día, y a menudo actúa como que si el mundo gira

alrededor suyo, dicha conducta surge de la inexperiencia de los adolescentes en el pensamiento de las operaciones formales, esta inmadurez se manifiesta en por lo menos seis características:

- **Idealismo y carácter crítico:** a menudo los adolescentes preveen un mundo ideal y cuando se dan cuenta, ven de lo lejos que esta el mundo real y tienden a culpar a los adultos.
- **Tendencia a discutir:** porque buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal.
- **Debido a su inexperiencia no cuenta con estrategias efectivas para elegir o tomar decisiones.**
- **Hipocresía aparente:** al no reconocer la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.
- **Autoconciencia:** la habilidad de razonar acerca de su pensamiento y el de otras personas se conoce como la audiencia imaginaria, es decir, un observador conceptualiza que esta tan preocupado por los pensamientos y conductas de un joven como de él mismo, existe únicamente en la mente del adolescente.
- **Suposición de ser especial e invulnerable:** se le conoce también como fábula personal, para llamar a la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que rigen al resto del mundo.

Se desarrolla un razonamiento moral en donde un adulto puede quedarse en una de las etapas, independientemente de su edad. El cual describe Kohlberg, citado por Papalia, et al (2005), en tres niveles:

- Moralidad pre - convencional (de 4 a 10 años de edad): cuando los niños actúan bajo controles externos o por interés propio.
- Moralidad convencional (de 10 a 13 años de edad): cuando las y los adolescentes han interiorizado los estándares de las figuras de autoridad, presentando una preocupación por ser buenas, agradar a los demás y mantener el orden social.
- Moralidad pos - convencional (adolescencia temprana, en la edad adulta temprana o nunca): este es cuando las personas reconocen los conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios del bien, la imparcialidad y la justicia.

C. DESARROLLO EMOCIONAL

“La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta (Craig, 2001). Asimismo, plantea que el desarrollo emocional del adolescente, se va dando a través de gradientes de crecimiento, los cuales van mostrando cómo las emociones van cambiando año con año, de acuerdo con el aumento del nivel de madurez. También dice que existen ciertas características emocionales que son persistentes y que podrían atribuirse al carácter innato

de cada persona. Las emociones que se presentan comúnmente en los adolescentes son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, el disgusto, la frustración, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad. Toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones pueden ser desagradables y pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social (Hurlock, 1994).

El estar expuesto a una constante tensión emocional, que surge de la inadecuación personal o de condiciones ambientales que no son adecuadas, mantiene al adolescente excitado y dispuesto a responder excesivamente frente a cualquier situación.

D. DESARROLLO SOCIAL

Es la búsqueda de la identidad en el adolescente. Según Erikson la identidad es una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias con las cuales la persona está sólidamente comprometida.

Gracias al desarrollo cognoscitivo de los adolescentes ahora pueden construir una teoría del yo. A diferencia de los niños pequeños que copian un modelo, los adolescentes forman su identidad modificando y sintetizando las identificaciones anteriores. Para lograr formar una identidad los adolescentes deben de tener claro cuáles son sus habilidades, necesidades,

intereses y deseos de manera que puedan expresarlos en un contexto social ya que la confusión de identidad es un gran peligro en esta etapa del desarrollo. Las relaciones con sus pares son muchos más frecuentes que con la familia, sin embargo permanecen más cercanos a los padres de lo que por lo general se piensa, los adolescentes sienten tensión entre la dependencia de sus padres y la necesidad de desprenderse, por lo cual se van dando cambios en las interacciones familiares pero conforme estos ganan autonomía desarrollan relaciones familiares más maduras lo que hace que los adolescente seguirán buscando en los padres comodidad, apoyo y consejo. Según Papalia et al (2005), la separación de la familia es un suceso muy importante en la vida de los adolescentes.

Así mismo, una de las tareas principales que se presentan en la adolescencia, es la formación de la identidad, que es un sentido coherente de individualidad que se forma a través de la personalidad y de las experiencias del adolescente. Al respecto se dice, que el perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas ayudan a que se puedan analizar los roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructurarlos para que se pueda forjar dicha identidad (Craig, 2001).

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de cada persona y crea una estructura que permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida. Dicho autor menciona, que el proceso de formación de la identidad es el

principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar, para que puedan realizar una transición exitosa hacia la vida adulta.

E. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Según Papalia, et al (2005), la personalidad es el centro de la individualidad de una persona y determina la condición en como ésta se va adaptar a su ambiente. La personalidad se ha definido como la estructura de los hábitos y significados personales que le dan un trayecto a la conducta.

La personalidad del adolescente, se caracteriza por ciertas conductas y algunas reacciones que tienen dichos adolescentes, por ejemplo, se experimenta la autosuficiencia, independencia, igual que la ansiedad y la hostilidad.

En conclusión la adolescencia y los problemas alimenticios están íntimamente ligados, puesto que la adolescencia es una etapa en donde la persona tiende a ser más susceptible e influenciable. El adolescente está tratando de descubrir su propia identidad, creando patrones de conductas que dirigirán su estilo de vida en adelante, siendo este uno de los aspectos más afectados en la presencia de un problema alimenticio ya que ellos desarrollan un sistema de valores propios y con gran importancia en la formación de relaciones, tratando de pertenecer a un grupo, de noviazgo, de amistad, experiencias que le servirán como práctica para la vida adulta. Estas, entre otras características, hacen a los adolescentes un grupo con una alta probabilidad de padecer un problema de alimentación, ya que

buscan el encontrar un lugar donde se sientan aceptados, buscan el gustar, el agradar y la sensación de que pertenecen ahí, haciendo lo que sea necesario. Además debe de recordarse que es una etapa, en donde al inicio se valora más el consejo de un amigo que el de los padres y de las influencias externas al ámbito familiar.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Prevalencia:** es la proporción de individuos de una población que presentan un determinado trastorno en un momento dado. (Durand y Barlow.2007).
- **Incidencia:** se define como el número de nuevos casos que se producen durante un periodo especificado en una población en riesgo de sufrir la enfermedad (Gordis, 2009)
- **Epidemiología:** es la ciencia que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas.
- **Diuréticos:** Es una sustancia que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y electrolitos en el organismo, a través de la orina o del Excremento en forma de diarrea (Olortegui, 2008).
- **Inanición:** Trastorno caracterizado por debilidad notable, pérdida extremada de peso y disminución del metabolismo, todo ello resultante de insuficiencia alimenticia prolongada (por lo general semanas o meses) y grave (Olortegui, 2008).
- **Exacerbado:** Irritar, enojar mucho. Agravar o avivar una dolencia, pasión, etc. (Olortegui, 2008)

- **Enemas:** Medicamento secante y ligeramente astringente que los antiguos aplicaban sobre las heridas sangrientas.
- **Síndrome:** Un síndrome es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.
- **Anorexia nerviosa:** trastorno alimenticio que se caracteriza por un rechazo recurrente a ingerir alimento para lograr un peso corporal bajo, muy peligroso. (Durand y Barlow.2007).
- **Bulimia:** Es un síndrome que se caracteriza porque la persona ingiere grandes cantidades de comida, especialmente dulces, rápidamente o en forma de atracón, a escondidas o cuando está sola. luego tiene agudos sentimientos de culpa, seguidos de varios intentos de deshacerse de las calorías ingeridas a través de vómitos, además de la realización de dietas rigurosas, ejercicios físicos excesivos, uso de laxantes y diuréticos (Olortegui, 2008).
- **Emaciación:** Adelgazamiento patológico.
- **Atrofiado:** Falta de desarrollo de cualquier parte del cuerpo. Falla de la nutrición de la cual resulta una pérdida o disminución de tamaño de un órgano o una parte de él (Olortegui, 2008).

2.4. SISTEMA DE VARIABLES – DIMENSIONES E INDICADORES

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|----------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V1 ANOREXIA | Dieta y preocupación por la comida | <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia 0-19 - Leve 20-39 - Moderado 40-59 - Grave >60 | Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26), por Garner y Garfinkel |
| | Presión social percibida | | |
| | Medios reductores de peso | | |
| | Alteración conductual | | |

Fuente : Información obtenida por cuestionario de (EAT- 26), por Garner y Garfinkel

Elaboración: propia

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

| ANOREXIA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sera expresada a través de los resultados de cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT- 26), por Garner y Garfinkel. |

2.6. HIPÓTESIS

Hi: Existe diferencias significativas en la prevalencia de Anorexia entre las alumnas de I.E Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco -Año 2014.

Ho: No Existe diferencias significativas en la prevalencia de Anorexia entre las alumnas de I.E Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco – Año 2014.

ESTADÍSTICA

Hipótesis estadística

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a = \mu_1 \neq \mu_2.$$

Leyenda:

μ_1 = I.E. Estatales de la provincia de Leoncio Prado

μ_2 = I.E. Estatales de la provincia de Huánuco

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL, TIPOS Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es descriptiva, porque “describe fenómenos, conflictos y eventos; esto es, se detalla cómo son y las investigaciones descriptivas buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, busca describir lo que se investiga” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación sustantiva: podemos definirla como aquella que trata de responder a los problemas sustantivos, en tal sentido, está orientada, a describirla, explicarla y predecir la realidad, con la cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permitan organizar una teoría científica. En este sentido, podemos afirmar que la investigación sustantiva al perseguir la verdad, nos encamina hacia la investigación básica o pura. (Sánchez y Reyes. 2009).

3.1.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

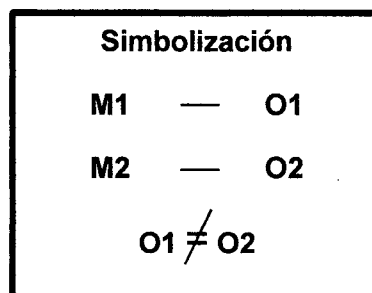
La presente investigación utiliza el **método descriptivo** que consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otra variable tal y como se dan en el presente. “El método descriptivo apunta a estudiar el fenómeno en su estado actual y

en su forma natural; por lo tanto las posibilidades de tener un control directo sobre la variable de estudio son mínimas, por tanto su validez interna es discutible”. (Sánchez y Reyes, 2009).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación corresponde al diseño no experimental de tipo cuantitativo “descriptivo comparativo” este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; es decir, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspectos de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos (Sánchez y Reyes, 2009).

El siguiente diagrama presenta la estructura del diseño descriptivo comparativo:



En dónde:

M: Muestra: alumnas de las I.E de las provincias Leoncio Prado y Huánuco.

O: Observación: Evaluación a través del Cuestionario de “Actitudes hacia la comida (EAT- 26).

3.3. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El ámbito seleccionado corresponde a las provincias de Huánuco y Leoncio Prado. Este trabajo de investigación compara ambas provincias para identificar que grupo de adolescentes es más vulnerable a sufrir de anorexia.

a) HUÁNUCO

El departamento de Huánuco se encuentra ubicado en la parte central del Perú, entre la cordillera occidental y el río Ucayali.

Huánuco tiene un relieve accidentado, cuenta con nevados, cordilleras, cálidos valles y selvas amazónicas, que atraen turistas y andinistas. El clima del departamento de Huánuco es templado cuyo temperatura promedio anual es de los 20°C. El departamento de Huánuco limita por el norte con los departamentos de La Libertad, San Martín, Loreto y Ucayali; por el este con el departamento de Ucayali; por el sur con el departamento de Pasco y por el oeste con los departamentos de Lima y Ancash. Huánuco tiene una extensión territorial de 35,315 km² y su población supera los 600 mil habitantes. La capital del departamento de Huánuco es la ciudad de Huánuco. Entre las otras ciudades más importantes figuran Dos de Mayo, Ambo, Leoncio Prado y Pachitea. En Huánuco encontrará de todo para relajarse, divertirse, aprender más de la cultura peruana, disfrutar del turismo de aventura y de sus ricas comidas y su visita en este hermoso departamento será inolvidable.

b). LEONCIO PRADO

La provincia de Leoncio Prado cuenta aproximadamente con 50,000 habitantes, es una ciudad del centro-norte del Perú, capital del distrito de Rupa-Rupa, en el departamento de Huánuco. Resaltan de su entorno la belleza natural de sus paisajes, sus cascadas y cuevas, así como las zonas arqueológicas y parajes adecuados para el turismo de aventura. La provincia de Leoncio Prado es una de las once que conforman el departamento de Huánuco en el Perú. Limita por el Norte con el departamento de San Martín; por el Este con el departamento de Ucayali; por el Sur con las provincias de Puerto Inca, Pachitea y Huánuco; y al Oeste con las provincias de Marañón, Huacaybamba, Huamalíes y Dos de Mayo. La capital de la provincia de Leoncio Prado se encuentra a 120 km al noreste de la ciudad de Huánuco (aproximadamente 2 horas 30 minutos en auto), ubicada a orillas del río Huallaga, es la puerta de ingreso hacia la selva peruana. Tingo María fue fundado el 15 de octubre de 1938.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población objetivo de investigación, estuvo constituida por un total de 192 alumnas del 4° grado de nivel secundario de las I.E. Estatales de la Provincia de Leoncio Prado (I.E Gómez Arias Dávila, I.E. Huiracocha, I.E. Mariano Bonin) y 320 alumnas del 4° grado de secundaria de las I.E Estatales de la Provincia de Huánuco (I.E. Nuestra Señora de las

Mercedes, I.E. Marcos Durand Martel, I.E. Juana Moreno), haciendo un total, en ambas provincias, de 512 alumnas.

Se eligió a esta población, debido a que por la etapa de desarrollo en la que se encuentran (adolescencia), es la más propensa a desarrollar trastornos alimentarios.

3.4.2. Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico o dirigida. La muestra total es de 485 alumnas de 4to año de nivel secundario de las I. E. Estatales de la Provincia de Leoncio Prado y Huánuco, de las cuales 184 alumnas de 4to año de nivel secundario de las I. E. Estatal de la Provincia de Leoncio Prado y 301 alumnas de 4to año de nivel secundario de las I. E. Estatal de la Provincia de Huánuco, las mismas que cuentan con características semejantes a la población, además de que cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión, siendo éstas las siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Alumnas que proceden de la provincia Leoncio Prado y Huánuco.
- Alumnas que cursan el 4º grado de nivel secundario.
- Sexo: femenino
- Edad: 14 a 16 años.

Criterios de Exclusión:

- Alumnas que cursan otro grado diferente al 4° grado del nivel secundario.
- sexo masculino
- Alumnas embarazadas
- Alumnas procedentes de otras provincias.

PROVINCIA DE HUÁNUCO

ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN SECCION DE LA I.E “NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES– AÑO 2014

| I.E. “NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES” | |
|----------------------------------------------|------------------|
| Sección | Población |
| Cuarto “A” | 23 |
| Cuarto “B” | 23 |
| Cuarto “C” | 20 |
| Cuarto “D” | 27 |
| Cuarto “F” | 27 |
| Cuarto “G” | 22 |
| Cuarto “H” | 22 |
| Cuarto “I” | 17 |
| Cuarto “J” | 24 |
| Cuarto “K” | 24 |
| Total | 229 |

Fuente: Ugel- Huánuco

**ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN
SECCION DE LA I.E “MARCOS DURÁN MARTEL” – AÑO 2014**

| I.E. “ MARCOS DURAN MARTEL” | |
|------------------------------------|------------------|
| Sección | Población |
| Cuarto “A” | 23 |
| Cuarto “c” | 13 |
| Total | 36 |

Fuente: Ugel- Huánuco

**ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN
SECCION DE LA I.E “JUANA MORENO” – AÑO 2014**

| I.E. “ JUANA MORENO” | |
|-----------------------------|------------------|
| Sección | Población |
| Cuarto “A” | 15 |
| Cuarto “C” | 12 |
| Cuarto “D” | 9 |
| Total | 36 |

Fuente: Ugel- Huánuco

PROVINCIA DE LEONCIO PRADO

**ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN
SECCIÓN DE LA I.E "GÓMEZ ARIAS DÁVILA" – AÑO 2014**

| I.E. "GÓMEZ ARIAS DÁVILA" | |
|----------------------------------|------------------|
| Sección | Población |
| Cuarto "A" | 7 |
| Cuarto "B" | 10 |
| Cuarto "C" | 14 |
| Cuarto "D" | 13 |
| Cuarto "E" | 8 |
| Cuarto "F" | 13 |
| Cuarto "G" | 9 |
| Cuarto "H" | 5 |
| Cuarto "I" | 7 |
| Cuarto "J" | 12 |
| Cuarto "K" | 10 |
| Total | 108 |

Fuente: Ugel- Huánuco

**ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN
SECCION DE LA I.E "MARIANO BONIN" – AÑO 2014**

| I.E. "MARIANO BONIN" | |
|-----------------------------|------------------|
| Sección | Población |
| Cuarto "A" | 13 |
| Cuarto "B" | 14 |
| Cuarto "C" | 9 |
| Total | 36 |

Fuente: Ugel- Huánuco

**ALUMNAS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN
SECCIÓN DE LA I.E “HUIRACOCCHA” - AÑO 2014**

| I.E. “HUIRACOCCHA” | |
|--------------------|-----------|
| Sección | Población |
| Cuarto “A” | 11 |
| Cuarto “B” | 10 |
| Cuarto “C” | 10 |
| Cuarto “D” | 9 |
| Total | 40 |

Fuente: Ugel- Huánuco

3.4.3 TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico de Tipo Intencional o por conveniencia “se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión de grupos típicos” (Arias, 2006), y también según Creswell (1994) lo define como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En nuestra investigación aplicamos el siguiente instrumento:

“Cuestionario de Actitudes Alimentarias” (EAT- 26). Su nombre original es Eating Attitudes (EAT), el autor del cuestionario es Garner y Garfinkel, el instrumento es una versión reducida de 26 ítems que fue adaptada en España por Castro Toro, Salamero y Guimera en el año 1991, su objetivo es detectar personas con riesgo de padecer un trastorno alimenticio, aplicable a

adolescentes a partir de los 14 años de edad en adelante (ambos sexos), se administra de forma individual y colectiva. La prueba consta de 26 ítems y no hay límite de tiempo.

- **Características de la prueba:**

Cuestionario de actitudes hacia la comida (Eating Attitudes EAT-26) fue diseñado por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, fue validada y adaptada por Castro Toro, Salamero y Guimera en el año 1991, tiempo en que se desarrolla la versión de 26 ítems de Garner, que es altamente predictivo de la versión completa ($r=0.89$).

El EAT-26 es una prueba de tamizaje (screening), que consta de 26 ítems y que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario para la evaluación de las actitudes del miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimenticios restrictivos. El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre=3, casi siempre=2, a menudo =1, algunas veces=0, casi nunca=0 y nunca=0. Para todas las preguntas menos la 25 reciben el valor de 3,2,1,0,0,0 (en dirección favorable a la variable) y para el caso del mismo ítem (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: 0,0,0,1,2,3. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo puntaje total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

- **Validez Original**

De España, la versión adaptada y validada del EAT - 40, a nuestro medio, fue realizada por Castro en 1991, en un grupo de AN y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30, recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86%. Entre las posibles causas que explican las diferencias con la versión original, destaca que las personas anoréxicas españolas tenían una edad menor. Cuando se validó en una muestra de mujeres de 18 años, utilizando el cuestionario de Castro J, et al. y el punto de corte de 30, la sensibilidad fue del 75%, la especificidad del 97,1% y el VPP del 36%.

En Navarra, se llevó a cabo otro estudio de validación a la adaptación de Castro, después de un seguimiento de 18 meses a una muestra representativa de estudiantes adolescentes que no acudían a consulta, sino que procedían de la población general, una vez excluidos los casos prevalentes de TCA. Con el punto de corte de 20 puntos, se obtuvo la mejor predicción diagnóstica (sensibilidad del 73% y especificidad del 85%). El VPP fue del 20% y el valor predictivo negativo (VPN) del 98%.

- **Confiabilidad Original**

De los resultados anteriores se puede concluir que el EAT-40 es un cuestionario adecuado para la detección temprana de TCA en la población general, aunque su VPP sea bajo. No obstante, a pesar de utilizar instrumentos de cribado siempre es necesario realizar entrevistas individuales para confirmar los diagnósticos del TCA. El hecho de que los TCA se presenten en un continuo de

gradación y gravedad variable hace esencial contar con un procedimiento que permita detectar los primeros signos para poder actuar con prontitud.

Mediante el análisis factorial del EAT-40 se desarrolló la versión de 26 ítems de Garner DM. en el año 1982, el cual es altamente predictivo de la versión completa ($r=0,89$).

- **Validez y Confiabilidad Regional**

Según Carranza y Yacolca (2012), el instrumento fue validado en nuestro medio por criterios de jueces.

Las autoras de la presente investigación aplicamos la prueba piloto del "Cuestionario de Actitudes Alimentarias" - 26 en una muestra de 60 alumnas de 4° grado de secundaria entre 14 y 16 años de las I.E estatales de las provincia de Leoncio Prado y Huánuco, donde mediante r de Pearson, se determinó la validez interna de cada uno de los ítems. Asimismo, se estableció la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach en la que se obtuvo un alfa de 1.0 la cual nos indica que el cuestionario sirve para evaluar las Actitudes hacia la comida y detectar personas con riesgo de padecer un trastorno alimenticio, por tanto, posee un alto grado de confiabilidad.

Los puntajes asignados para el TCA es el siguiente:

| Gravedad | Puntaje |
|-----------------|----------------|
| Ausencia | 0-19 |
| Leve | 20-39 |
| Moderado | 40-59 |
| Grave | >60 |

Descripción de los Niveles:

Leve

- No es muy evidente, por lo que las familias muchas veces no se dan cuenta de que sus hijos puedan padecer esta enfermedad
- Existe pérdida de peso
- Evidencia baja autoestima
- Empieza a restringir su alimentación evitando cierto tipo de alimentos considerados calóricos

Moderado

- Provoca una pérdida de peso más evidente
- Pérdida de apetito
- Distorsión de la imagen corporal
- Puede presentar un estado de ánimo deprimido
- Dieta restrictiva voluntaria
- Ejercicio físico excesivo
- Retraimiento social, se aísla cada vez más de la familia y amigos
- Irritabilidad
- Niega incesantemente que tenga un problema con la alimentación

Grave

- El peso es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y talla.
- Disminución considerable de la ingesta de alimentos

- Desaparece la menstruación en las mujeres (amenorrea)
- Disminuye la masa ósea en los casos muy tempranos, se frena la velocidad de crecimiento.
- Anemia
- Estreñimiento crónico
- En casos extremos la muerte temprana

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento fue de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización respectiva a los directores de cada Institución Educativa para la realización de dicha investigación el cual se gestionó mediante un oficio visada por la decana de nuestra Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- La recolección de datos se realizó con la guía de análisis documentario (Nómina de matrícula- 2014 llevado a cabo a través del SIAGIE - Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa) correspondiente a las I.E. Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco.
- Las encuestas y administración del “Cuestionario de Actitudes Alimentarias” (EAT- 26) se realizaron gracias al apoyo de los directores y colaboración de los profesores de cada colegio y así se logró evaluar a toda nuestra población de alumnos.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizó el Alpha de Crombach para establecer los niveles de confiabilidad del instrumento empleado y mediante la r de Pearson para determinar la validez interna de cada uno de los ítems.

Los datos obtenidos durante el trabajo de investigación fueron procesados y analizados e interpretados a través del programa SPSS - V19.

Los datos fueron procesados en base a los procedimientos estadísticos descriptivos e inferencial que se presentaran en tablas y gráficos.

Con el propósito de comparar la variable de estudio y las distribuciones de frecuencia, se utilizó la técnica estadístico T de Student para muestras independientes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

En la Tabla N° 1 podemos observar que del total de 485 alumnas evaluadas de las instituciones educativas estatales de las provincias Leoncio Prado y Huánuco que representan el 100%: se evidencia que el 75 % se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 21 % se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 4 % de evaluadas se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontraron casos con nivel grave de anorexia.

TABLA N°1

POBLACIÓN SEGÚN PREVALENCIA TOTAL DE ANOREXIA EN LAS I.E
ESTATALES DE LAS PROVINCIAS DE LEONCIO PRADO Y HUÁNUCO-2014

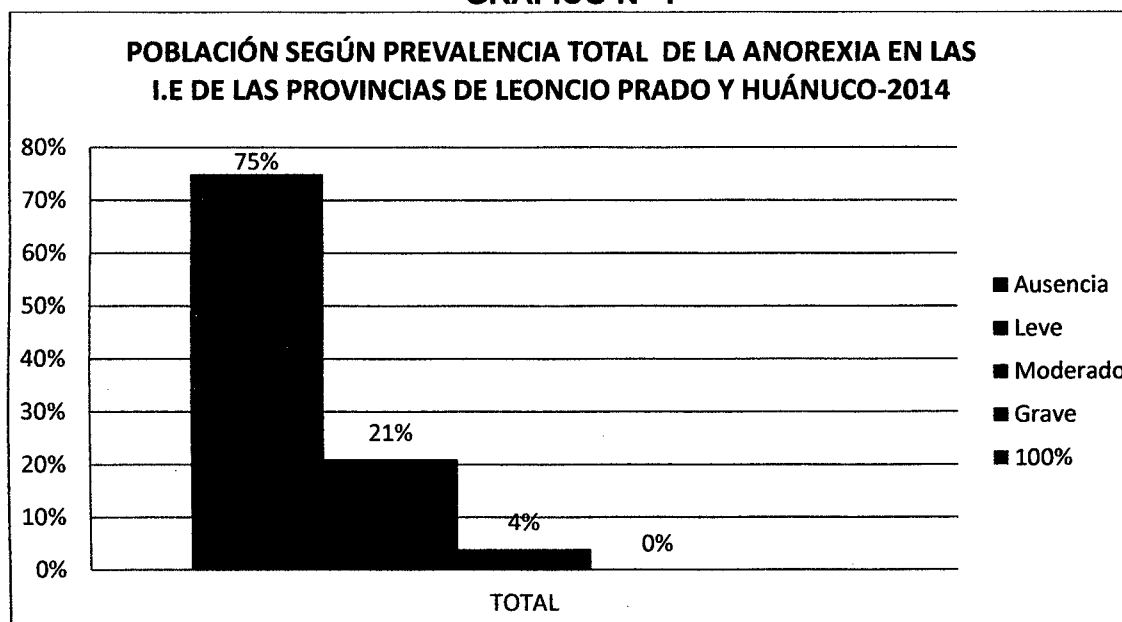
| ANOREXIA | NIVEL | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|-----|-----------------|-----|---------------------|----|--------------|----|-------|------|
| | AUSENCIA <19 | | LEVE >20-<39 | | MODERADO >40-<59 | | GRAVE >60 | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| TOTAL | 360 | 75% | 101 | 21% | 19 | 4% | 2 | 0% | 485 | 100% |

Fuente: administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En el Gráfico N° 1 se evidencia que una mayor parte de las alumnas tiene un porcentaje del 75 % que se ubica en el nivel ausencia de anorexia siendo la mayoría de la muestra. Sin embargo que un 21% de las alumnas con un nivel leve de anorexia. Dejando así con el menor porcentaje de 4% de nivel moderado de anorexia y no se encontraron casos graves de anorexia.

GRAFICO N° 1



Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En la Tabla N° 2, se puede observar que de las 3 Instituciones Educativas de la Provincia de Leoncio Prado, que conforman la muestra es 184 alumnas: El 73% (34 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 22% (40 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 5% (9 alumnas) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente el 1% (1 alumna) se ubicó en el nivel grave de anorexia.

Del total, que son 108 alumnas evaluadas en la I.E. “Gómez Arias Dávila”, el 75% (81 alumnas), se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 19% (21 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 5% (5) alumnas se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente el 1% (1 alumna) se ubicó en el nivel grave de anorexia.

En la I.E. “Inca Huiracocha”, del total que fueron 40 alumnas evaluadas, el 80% (32 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 15% (6 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 5% (5 alumnas) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave de anorexia.

En la I.E. “Mariano Bonin”, del total que fueron 36 alumnas evaluadas, el 58% (21 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 37% (13 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 6% (2 alumnas) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave de anorexia

TABLA N° 2

ALUMNAS DEL 4° AÑO DE SECUNDARIA SEGÚN I.E ESTATAL DE LA PROVINCIA LEONCIO PRADO Y NIVEL DE ANOREXIA PRESENTADA– AÑO 2014

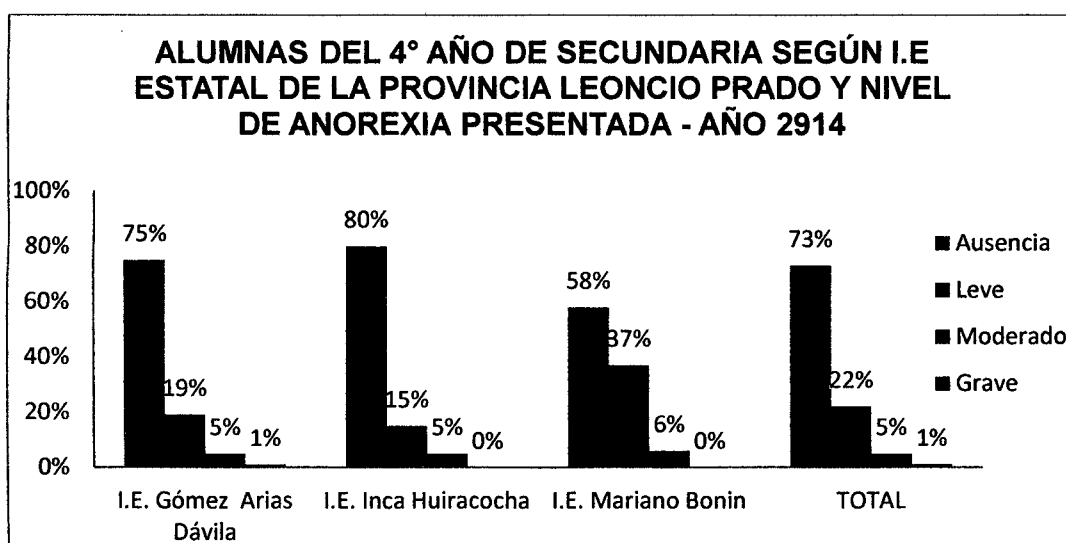
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | NIVEL DE ANOREXIA | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|------------|-----------------|------------|---------------------|-----------|--------------|-----------|------------|-------------|
| | AUSENCIA <19 | | LEVE >20-<39 | | MODERADO >40-<59 | | GRAVE >60 | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| I.E. Gómez Arias Dávila | 81 | 75% | 21 | 19% | 5 | 5% | 1 | 1% | 108 | 100% |
| I.E. Inca Huiracocha | 32 | 80% | 6 | 15% | 2 | 5% | 0 | 0% | 40 | 100% |
| I.E. Mariano Bonin | 21 | 58% | 13 | 37% | 2 | 6% | 0 | 0% | 36 | 100% |
| TOTAL | 134 | 73% | 40 | 22% | 9 | 5% | 1 | 1% | 184 | 100% |

Fuente: administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En el Gráfico N° 2, se observa que en las 3 Instituciones Educativas de Leoncio Prado un gran porcentaje (75%) (80%) (58%) de alumnas no presenta anorexia y sin embargo en el nivel leve (19%) (15%) (37%) existe una predisposición de anorexia. Así mismo, en el nivel moderado (5%)(5%)(6%) presenta riesgo de anorexia y 1% de nivel grave tiene consecuencias perjudiciales de salud.

GRAFICO N° 2



Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En la Tabla N° 3, Podemos observar que del total de 229 alumnas evaluadas en la I.E. **Nuestra Señora de las Mercedes**, el 75% (171 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 22% (50 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 3% (7 alumnas) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave de anorexia.

En la I.E. **Juana Moreno** del total de 36 alumnas evaluadas, el 81% (29 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 17% (6 alumnas) se ubicó en el nivel leve

de anorexia, el 3% (1 alumna) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave.

En la I.E. Marcos Durand Martel del total de 36 alumnas evaluadas, el 81% (29 alumnas) se ubicó en el nivel de ausencia de anorexia, el 14% (5 alumnas) se ubicó en el nivel leve de anorexia, el 6% (2 alumnas) se ubicó en el nivel moderado de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave de anorexia y finalmente no se encontró casos con el nivel grave de anorexia.

TABLA N° 3

ALUMNAS DEL 4° AÑO DE SECUNDARIA SEGÚN I.E ESTATAL DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO Y NIVEL DE ANOREXIA PRESENTADA– AÑO 2014

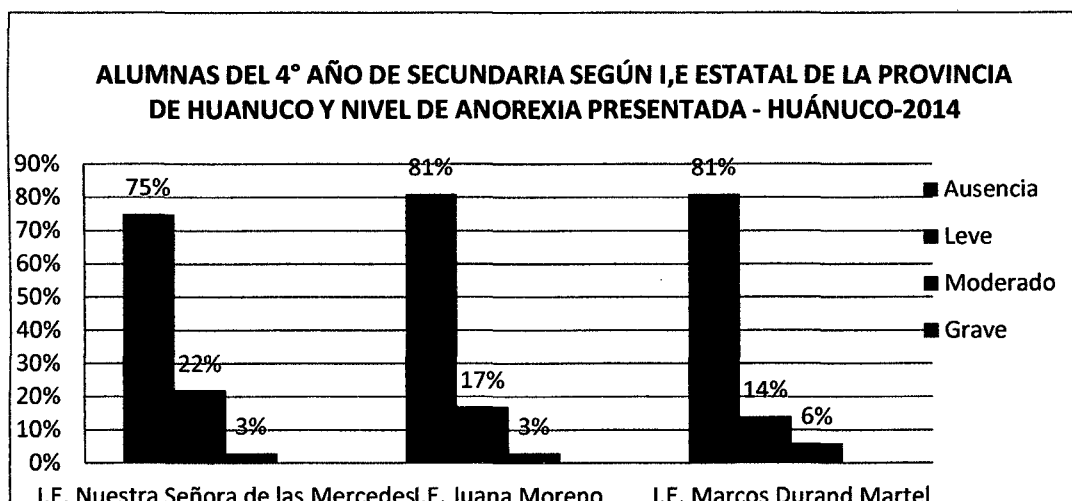
| INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE HUÁNUCO | NIVEL DE ANOREXIA | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|------------|--------------|------------|------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|
| | AUSENCIA <19 | | LEVE >20-<39 | | MODERADO >40-<59 | | GRAVE >60 | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| I.E. NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES | 171 | 75% | 50 | 22% | 7 | 3% | 1 | 0% | 229 | 100% |
| I.E. JUANA MORENO | 29 | 81% | 6 | 17% | 1 | 3% | 0 | 0% | 36 | 100% |
| I.E. MARCOS DURAND MARTEL | 29 | 81% | 5 | 14% | 2 | 6% | 0 | 0% | 36 | 100% |
| TOTAL | 229 | 76% | 61 | 20% | 10 | 3% | 1 | 0% | 301 | 100% |

Fuente: administración de la prueba E.A.T (escala de trastornos alimenticios).

Elaboración: propia

En el Gráfico N° 3, en las 3 Instituciones Educativas de Huánuco se observa un gran porcentaje de alumnas que no presenta anorexia (75%) (81%) (81%) y sin embargo en el nivel leve (22%) (17%)(14%) existe una predisposición de anorexia, así mismo en el nivel moderado presenta riesgo de anorexia.

GRAFICO N° 3



Fuente: administración de la prueba E.A.T (escala de trastornos alimenticios).

Elaboración: propia

En la Tabla N° 4, se muestra los resultados de la evaluación y comparación de Instituciones Educativas entre las provincias de Leoncio Prado y Huánuco en referencia al nivel de anorexia: ausencia, leve, moderado y grave. Es así que en el nivel de ausencia de anorexia en la Provincia de Leoncio Prado se obtuvo un puntaje de 73 % y la Provincia de Huánuco un puntaje del 76 %, en el nivel leve de anorexia en la Provincia de Leoncio Prado se obtuvo un puntaje de 22 % y la Provincia de Huánuco un puntaje del 20%, en el nivel moderado de anorexia en la Provincia de Leoncio Prado se obtuvo un puntaje de 5 % y la Provincia de Huánuco un puntaje del 3 %, finalmente no se encontró casos en el nivel grave de anorexia en la Provincia de Leoncio y la Provincia de Huánuco.

TABLA N° 4

ALUMNAS DEL 4° AÑO DE SECUNDARIA SEGÚN PROVINCIA Y NIVEL DE ANOREXIA PRESENTADA- AÑO 2014

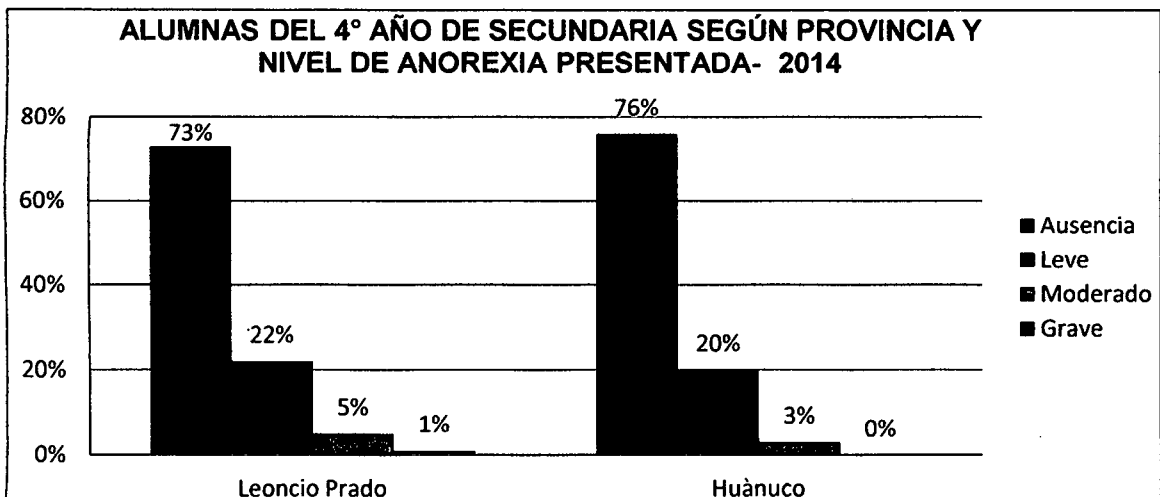
| PROVINCIAS | NIVEL DE ANOREXIA | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------|-----|-----------------|-----|---------------------|----|--------------|----|-------|------|
| | AUSENCIA <19 | | LEVE >20-<39 | | MODERADO >40-<59 | | GRAVE >60 | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| LEONCIO PRADO | 134 | 73% | 40 | 22% | 9 | 5% | 1 | 1% | 184 | 100% |
| HUÁNUCO | 229 | 76% | 61 | 20% | 10 | 3% | 1 | 0% | 301 | 100% |

Fuente: administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En el grafico N° 4, los resultados comparativos de ambas provincias I.E. en la mayoría de alumnas no presentan anorexia (73%) (76%), en el nivel leve (22%) (20%), en el nivel moderado (5%) (3%) y en el nivel grave (1%) (0%),

GRAFICO N° 4



Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

4.2 PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

- Prueba de Hipótesis

En la Tabla N° 5, se evidencia los estadísticos descriptivos de la variable anorexia según provincia de procedencia, en ella se observa que hay 301 evaluadas de la Provincia de Huánuco, donde se tomó como media los resultados de las puntuaciones de la prueba obteniéndose 13.66 puntos, con una desviación típica de 11.32, y un error típico de la media de 0.65. En la Provincia de Leoncio Prado, se han evaluado a 184 sujetos, según los resultados se obtuvo una media de 15.09, una desviación típica de 12.72 y un error de 0.93.

TABLA N° 5

ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE ANOREXIA, SEGÚN PROVINCIA DE PROCEDENCIA DE LEONCIO PRADO Y HUÁNUCO - 2014

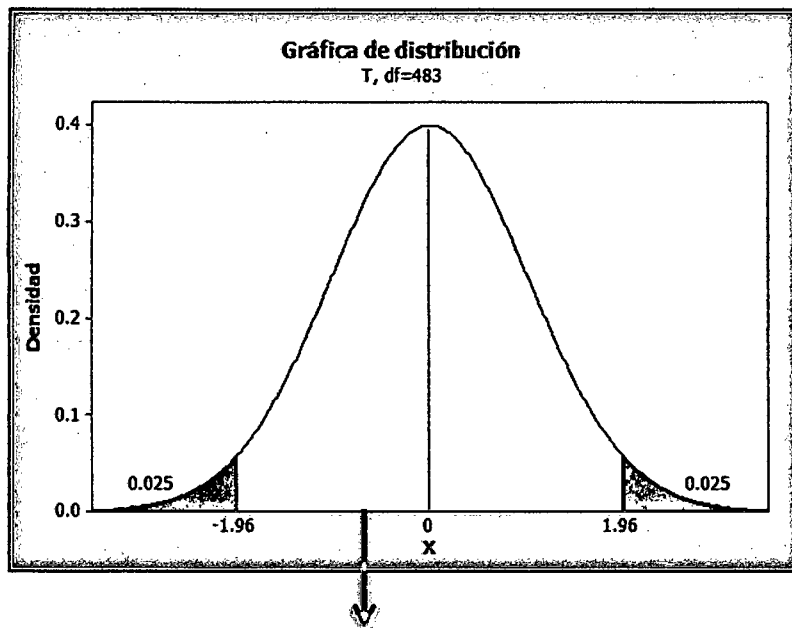
| ESTADÍSTICOS DE GRUPO | | | | | |
|-----------------------|---------------|-----|---------|-----------------|------------------------|
| CRITERIOS-COMPARACIÓN | | N | MEDIA | DESVIACIÓN TIP. | ERROR TIP. DE LA MEDIA |
| Puntaje | Huánuco | 301 | 13,6645 | 11,32595 | ,65282 |
| | Leoncio Prado | 184 | 15,0978 | 12,72883 | ,93838 |

Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

Para determinar si existen diferencias significativas de la prevalencia de anorexia entre las provincias de Leoncio Prado y Huánuco, se hallará el punto de corte en la gráfica de la Campana de Gauss el cual se evidencia en la distribución T de Student para muestras independientes el cual se halla a través de los grados de Libertad (483) y el nivel de significancia de (5 %).

GRAFICO N°5
DISTRIBUCIÓN DE PROBABILIDADES DE ANOREXIA



T=-1.29

Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

En la tabla N° 6 observamos el análisis estadístico a través del T de Student para muestras independientes, en ello evidenciamos la comparación de la anorexia según Provincias de procedencia, para ello se obtuvo la gráfica hallada con un valor de -1.29, con 485 y con 0.19 de margen de error, entendiendo que el margen de error típica para este estudio es de (5%).

TABLA N° 6

PROCESAMIENTO DE DATOS A TRAVÉS DE LA T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

| PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|----------------|--------------------------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|
| PUNTAJE | PRUEBA DE LEVENE PARA LA IGUALDAD DE VARIANZAS | | | PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. De la diferencia | 95%Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| | Se han asumido varianza iguales | 1,462 | ,227 | - 1,290 | 483 | ,198 | -1,43337 | 1,11144 | - 3,61722 | ,75048 |
| No se han asumido varianza | | | - 1,254 | 352,671 | ,211 | -1,43337 | 1,14312 | - 3,68157 | .81482 | |

Fuente: Administración de la prueba E.A.T (Escala De Trastornos Alimenticios).

Elaboración: propia

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos decir que se rechaza la hipótesis afirmativa y se acepta la hipótesis nula que señala que no existe diferencias significativas en la prevalencia de Anorexia entre las alumnas de I.E Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco -Año 2014.

4.4 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- En los hallazgos de la investigación se aprecia que en las 6 Instituciones Educativas de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco que conforman el total de 485 alumnas, el 75% (360) se ubican en el nivel de ausencia de la anorexia,

el 21% (101) se ubica en nivel leve, el 4% (10) en el nivel moderado y últimamente el 0% (2) donde no se detectó de nivel grave de la anorexia.

De acuerdo a los resultados se observa que en las I.E de las dos Provincias se observa la ausencia de anorexia en casi en toda la muestra, posiblemente dichos resultados se atribuya a que las alumnas han desarrollado interacciones interpersonales positivas, participación social, buen concepto de su propia imagen, gran resistencia a percibir su imagen como figura ideal que difunde la sociedad, capacidad para afrontar el estrés y habilidad en la resolución de problemas. A la vez podría estar asociado a la promoción y prevención de la salud mental que se difunde en las Instituciones Educativas de ambas provincias.

En una investigación realizada por Arrufat, en España en el año 2006, en cuyo fue evaluar la prevalencia de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de 14 y 16 años de edad y estimar si existe asociación entre riesgos de trastorno alimentario y diferentes factores sociodemográficos, uno de ellos la edad, tuvo como resultado que el 3.49% de mujeres adolescentes padecían de anorexia. Según esta investigación la edad se asocia al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las mujeres adolescentes de forma directamente proporcional, dicho factor sociodemográfico se asemeja con nuestra investigación porque la muestra estudiada es de adolescentes entre 14 y 16 años obteniendo un total del 4% de las evaluadas que presentan sintomatología de anorexia, por tanto también muestran conductas de riesgo.

En una investigación titulada "Trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes" realizado en Venezuela por Pérez, Montiel y Pirela en el año 2003,

en una población de 1363 adolescentes, se obtuvo como resultado una prevalencia del 0% en anorexia nerviosa. En nuestro estudio de investigación si bien es cierto no se encontraron niveles graves de anorexia pero si se encontró un total de 21 % en el nivel leve de anorexia y el 4 % en el nivel ello posiblemente a la falta de prevención y promoción de la salud mental a través de un trabajo multidisciplinario.

- En una investigación realizada por Barrera, Manrique y Ospina en Colombia en el año 2012, titulada “Prevalencia de la Bulimia y Anorexia en Adolescentes de la Ciudad de Tunja, Boyacá y algunos factores de riesgo probablemente asociados”, en adolescente de 13 a 17 años en quienes se aplicó el instrumento EAT-26, obteniéndose como resultado la prevalencia del 1.1% para anorexia, el cual comparado con nuestra investigación no muestra diferencias significativas en la prevalencia de ambos estudios en la que además se utilizó el mismo instrumento para medir la anorexia.
- En una investigación realizada por Cano B. en el año 2004 en la ciudad de Lima, en dos colegios nacionales en los distritos de Barranco y Surco, arrojó como resultado que el 12.64% de adolescentes con conducta de riesgo (leve) y 2.6% de casos clínicamente sintomáticos (grave) de trastorno en la conducta alimentaria y con una puntuación mayor de a 50, en el instrumento de evaluación. Comparando con nuestra investigación existen diferencias significativas según niveles de anorexia leve (21%) y grave (0%), en la que se puede inferir que las conductas de riesgo hacia la anorexia han aumentado a través de los años por el incremento de mensajes publicitarios sin interrupción en la que se oferta gran cantidad de

cosméticos, prendas de vestir, y comida dietética y en la que además de ello nos bombardean imágenes de modelos exclusivas, patrones estéticos y una imagen corporal perfecta.

- En el trabajo de investigación realizado por Robles en el año 2009, denominado “La anorexia nerviosa y rendimiento académico de las adolescentes de la I.E.P. Nuestra Señora de las Mercedes” en la ciudad de Huánuco, refiere que la edad de las adolescentes con anorexia nerviosa está comprendida desde los 14 a 18 años, finalmente se aprecia que la citada patología por lo general se inicia alrededor de los 16 y 17 años, que en datos porcentuales esta presentado por el grupo que lo constituye el 58.3 % (16 años) y el 19,4 % (17 años). Dicha investigación resulta diferente con lo encontrado por nosotras ya que de acuerdo con nuestro estudio la edad de inicio de dicha patología se inicia desde los 14 a 16 años, esto podría deberse al despertar precoz y/o imitación de conductas distorsionadas a un patrón ideal de imagen la que puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia.
- Otra investigación realizada por Carranza y Yacolca, en el año 2012, titulada “Comparación de Incidencia de Anorexia y Bulimia nerviosa en estudiantes del 4to año de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales y Privadas” en Huánuco, obtuvo como resultado que de acuerdo a la gravedad de la anorexia nerviosa, según la suma en ambos colegios, un total de 77.53 % se ubican dentro de la categoría ausente, en la categoría leve se obtiene un total de 17.98%, en la categoría moderado un total 4.49% y en la categoría grave no se encontraron casos. Comparando con nuestra investigación se puede decir que en relación a los resultados se encontró gran similitud ya que de acuerdo a la sumatoria de

ambas provincias se encontró un 75 % se ubicó dentro de la categoría ausente, en la categoría leve se obtuvo un total de 21%, en la categoría moderado un total 4% y en la categoría grave no se encontraron casos.

- Finalmente estimamos que el presente trabajo de investigación permite continuar el análisis de la prevalencia de la anorexia, para así comenzar en la elaboración de programas de intervención y prevención en las instituciones educativas del nivel secundario para generar cambios en la disminución de casos y reforzar los factores protectores de cada adolescente dentro del ámbito escolar ya que la presencia de la anorexia debe ser atendida con el rigor del caso por la educación en alianza con los profesionales de la salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La prevalencia de anorexia en las Instituciones Educativas de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco hacen un total de 21 % en el nivel leve de anorexia, el 4 % en el nivel moderado y finalmente no se encontraron casos con nivel grave de anorexia.
2. Se ha encontrado que el 5% de alumnas de las instituciones educativas de la Provincia de Leoncio Prado presentan anorexia moderada y solo el 1% en el nivel grave.
3. Así mismo se determinó que el 3% de alumnas de las instituciones educativas de la Provincia de Huánuco presentan anorexia moderada y el 0% en el nivel grave.
4. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de anorexia en las Instituciones Educativas de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

5.2 RECOMENDACIONES

A las Instituciones Educativas:

- Los educadores juegan un papel muy importante en la detección precoz de los trastornos alimentarios, por tanto deben comunicar a los familiares si observan alteraciones emocionales o cambios en el comportamiento o el aspecto físico de las adolescentes.
- Que las Instituciones Educativas elaboren talleres de información adecuada y actualizada tanto para los estudiantes, docentes y padres de familia sobre el riesgo que puede conllevar el padecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y ésta se pueda propagar en generaciones futuras.
- Con la ayuda de la plana docente se debe incentivar a los/as adolescentes a mantener o adquirir estilos de vida saludables, con mayor prioridad en sus estudios y sobre su salud en general haciéndolos partícipes en las actividades familiares, sociales y culturales.
- Que la Institución Educativa realice coordinaciones a nivel multisectorial de modo que exista un punto de enlace con el ministerio de salud y entidades asociadas al mismo y puedan trabajar sobre la prevención y detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Que la Institución Educativa nombre promotores escolares de salud para fomentar en los alumnos la participación en la detección

temprana de casos y puedan ser derivados oportunamente para el tratamiento respectivo.

A las Adolescentes:

- Que los adolescentes puedan mantener un horario estable para comer.
- El adolescente debe discutir en grupo ciertas ideas y actitudes que muestran frente a la alimentación y evaluar otras posibilidades que existen para tener un cuerpo saludable, así como el practicar ejercicio para mantenerse en forma.
- Es recomendable que el adolescente reciba consejos de los profesionales sobre una alimentación saludable y elija la actividad física o deporte adecuado y el tiempo indicado para cada persona.
- Promocionar mutuamente entre sus pares la autoestima inculcando el equilibrio, sentirse querido, comprendido y con la confianza apropiada para conversar acerca de los cambios que está viviendo y de lo incomprensible que se ha vuelto el mundo de la belleza.

A la Familia:

- La familia deberá mejorar las relaciones familiares, aumentando las relaciones satisfactorias, aumentando la comunicación y facilitando la expresión de sentimientos.
- La familia deberá brindar mayor atención sobre los problemas que aquejan a sus hijos adolescentes, así mismo deberán reforzar su autoestima, hablarles de su identidad e integridad física y emocional promoviendo en ellos la valoración de su salud.

- Si los padres observan que la adolescente empieza a reducir sin motivo la cantidad de comida o están comiendo de manera excesiva sin ganancia de peso, deben consultar inmediatamente con un especialista.
- Se debe enseñar al adolescente a valorar las virtudes en ellos mismos y en otros en vez de juzgarlos por su aspecto físico, así mismo potenciar su autoestima para que valore sus cualidades y capacidades y no se avergüence de sus limitaciones.
- Es muy conveniente realizar las comidas en familia, de ser posible nunca en solitario, aceptando algunas sugerencias dietéticas de modo que todos disfruten del placer de comer de manera saludable.

Al contexto Social

- Las instituciones civiles organizadas fomenten la autonomía y capacidades de los adolescentes para evitar que los excesivos mensajes de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, se convierta en una meta a conseguir y en un modelo que olvida los valores integrales de la persona.
- Propiciar que las instituciones organizadas de la sociedad asuman un rol preventivo para sensibilizar a la población sobre la anorexia.
- Que los medios de comunicación regulen sus mensajes publicitarios insertando para ello mensajes educativos que fomenten prácticas saludables y de amor propio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, J. (2008). *La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes*, para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica Del Perú. Lima-Perú.
2. Arias F. (2006) *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*, 5ta Ed., Caracas: Episteme.
3. Arrufat N.(2006).*Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la Comarca de Osona*. Tesis para Optar el grado de Doctor en Medicina, Universidad de Barcelona. España
4. Barrera, S. Manrique A. y Ospina, D (2012). *Prevalencia de la bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados*. Colombia.
5. Cano, B. (2004). *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde la Historia Hasta Nuestros Días*. Revista Peruana de Pediatría. Lima, Perú.
6. Carranza y Yacolca (2012). "Comparación de incidencia de anorexia y bulimia nerviosa" en *Estudiantes del 4to año de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales y Privadas*". Para optar el título profesional de Licenciada en psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huanuco, Perú.
7. Castro, M. (2008) *Trastornos de la conducta alimentaria: los gramos que pesan en la mente*. Bogotá- Colombia
8. CIE-10 (2004) *Clasificación de los trastornos mentales y del Comportamiento*. España: Panamericana.

9. Contreras, J. (2007) *Alimentación y religión. Humanitas. Humanidades Médicas*,
10. Craig, G. (2001) *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Pearson Educación.
11. Creswell, John W. (1994) *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas*. Buenos Aires.
12. Durand, V. y Barlow, D. (2007) *Psicopatología. Un enfoque integral de la conducta anormal*, 4° edición. México: Thomson
13. DSM-IV-TR (2006) *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* 4° edición, Texto Revisado. España: Masson, American Psychiatric Asociación.
14. Garay y Venturo (2013). *Incidencia de Anorexia nerviosa y Bulimia en una Muestra de Estudiantes del 4to año de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales*”, Para optar el título profesional de Licenciada en psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú.
15. Garner, D. y Bemis, K. (1985). *La Terapia Cognitiva Para La Anorexia Nerviosa*, Nueva York: Guilford Press
16. Gismero, E. (1996) *Habilidades Sociales Y Anorexia Nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
17. Gordis L. (2005) *Epidemiología*, Ed 3ª, España: Elsevier
18. Hall L. y Ostroff M. (2001) *Como entender y superar la anorexia Nerviosa*. Estados Unidos: Gurze Books.
19. Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw Hill.
20. Hurlock, E. (1994) *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
21. Nardone, G. (2004) *Más Allá De La Anorexia Y La Bulimia*. Barcelona: Paidós

22. Olórtegui F. (2008) *Diccionario de Psicología*. Lima: San Marcos
23. Ortuno F.(2009) *Lecciones de Psiquiatría*. MADRID: Médica Panamericana.
24. Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005) *Desarrollo Humano*. 9° edición, México: McGraw Hill.
25. Pérez, Montiel y Pirela (2003) "*Trastornos de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes*" de la ciudad de Maracaibo, Venezuela.
26. Raich, R. (2011) *Anorexia, Bulimia Y Otros Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide
27. Robles, J. (2009). *La anorexia nerviosa y rendimiento académico de los adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de las Mercedes"*, para optar el grado académico de Magíster en Educación de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú
28. Rivera D. (2007). *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia Nerviosa en adolescentes de instituciones Educativas estatales de la Ugel N° 4 Comas*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú:
29. Hernández S. Fernández C. y Baptista L. (2010) *Metodología de la investigación*, México: Editorial Mc Graw Hill
30. Sánchez, H. y Reyes, C., (2009) *Metodología y diseños en la Investigación Científica*.Lima, Perú: Visión Universitaria
31. Silva, C. (2007) *Trastornos Alimentarios*. México
32. Stephen, c. (2006). Urie Bronfenbrenner (1917-2005). *American-Psychologist*,
33. Szklo, M y Nieto J. (2003).*Epidemiología intermedia conceptos y aplicaciones*. España.
34. Toro, J. y Vilardell, E. (1989) *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Mc. Graw Hill.

35. Calvo, Sagardoy (1988). *El Modelo Cognitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa*
<http://www.psicologia-online.com/pir/modelos-cognitivos-de-la-anorexia-nerviosa-y-bulimia-nerviosa.html>
36. Cash F. (2005) *La Influencia de Los Factores de la Imagen Corporal en Socioculturales: la búsqueda de constructos*. *Psicología clínica: la ciencia y la práctica*. DOI: 10.1093/clipsy.bpi045
37. Miguelez, L. (2004). *Introducción al Psicoanálisis*. Clínica con adolescentes, un llamado al padre. Recuperado el 28 de marzo de 2010, de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5170>.
38. OMS (2004), sitio web: <http://www.impactolegislativo.org.mx/monitor/documentos/iniciativas/9295.doc>.
39. Valeria, Amezcua (2014) *Cifras de Anorexia y Bulimia en América Latina*. 28 de julio, de Kualy Family. Sitio web: <http://kualifamily.com/obesidad/consejos-obesidad/cifras-de-anorexia-y-bulimia-en-america-latina/>
40. <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.2.%20Creswell.%20A%20qualit...pdf>.
41. http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/anorexia_nervosa_spanish_FINAL.pdf
42. <http://www.farodevigo.es/portada-de-za-tabeiros-montes/2012/05/11/anorexia-bulimia-curan-50-casos-parte-30/647686.htmlb>
43. http://ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis_ps/TESIS/T164.doc
44. <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/207-anorexia#sthash.InPmyQDe.dpuf>

ANEXO

TITULO: Prevalencia de Anorexia en Alumnas de I.E. Estatales de las provincias de Leoncio Prado y Huánuco - 2014

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V1: ANOREXIA NERVIOSA | VD1:ANOREXIA NERVIOSA Definición Conceptual: Es la idea sobrevalorada de adelgazar caracterizada por un conjunto de comportamientos dirigidos a mantener lo que el individuo considera peso aceptable, con dietas totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar. Buela y Caballo (2003). | Definición operacional: Conocer la incidencia de la anorexia nerviosa a través de laws respuestas del cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT-26). | Dieta y preocupación por la comida | Quienes sufren de anorexia tienen un intenso temor a la obesidad y buscan de manera inalcanzable la delgadez, inician entonces una dieta que crece y se convierte en una preocupación obsesiva por estar delgada, es común el ejercicio, la pérdida de peso drástico se logra mediante una severa restricción calórica o por la combinación de esta con una purga. Barlow, D.(2007). | Respuestas a los ítems del Cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT- 26). 1,2,3,4,5,6,7,15,16,17,18,19,21,25 |
| | | | Presión social percibida | Los modelos de belleza y perfección difundidos a través de los medios masivos de comunicación y demás factores exógenos, ejercen presión en los jóvenes. Mejía, J. (2012), | Respuestas a los ítems del Cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT- 26). 8,13,20 |
| | | | Medios reductores de peso | Continuamente hay progresos, nuevos descubrimientos de productos para adelgazar de alimentos que cumplen su función de no engordar y sobre todo dietas que nos aseguran una hermosa figura, métodos que requieren cirugías estéticas, y otros procedimientos técnicos que exigen mayores sacrificios económicos para acceder a ellos. Serrato (2001) | Respuestas a los ítems del Cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT- 26). 9,12,23,24,26 |
| | | | Alteración conductual | Existe un perfil de personalidad anoréxica, podríamos decir que fundamentalmente son personas muy inmaduras, que no quieren madurar y se aferran a la niñez, no aceptando los cambios corporales que conlleva el cambio de la niñez a la adolescencia. Con una autoestima muy baja. Con una rigidez y un autocontrol muy grandes, y muy perfeccionistas. Carlos (2001). | Respuestas a los ítems del Cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT- 26). 10,11,14,22 |

| TIPO | MÉTODO | | TECNICAS | INSTRUMENTOS |
|---------------------|----------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CUANTITATIVO | PROCEDIMIENTO DE RECOPIACION DE DATOS | OBSERVACION INDIRECTA | Fichaje | <ul style="list-style-type: none"> • Fichas bibliográficas • Fichas textuales • Fichas de resumen |
| | | | Encuesta | Cuestionario de "Actitudes hacia la comida (EAT-26). |
| | PROCESAMIENTO DE INFORMACION | ANALISIS ESTADISTICO | Análisis Estadístico descriptivo | <ul style="list-style-type: none"> • Medida de tendencia central Medida- media- mediana • Medida de dispersión Desviación estándar, varianza, etc. |
| | | | | Análisis estadístico inferencial |

FICHA TECNICA

IDENTIFICACIÓN

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre original | : Eating Attitudes Test (EAT) |
| Nombre | : Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) |
| Autores | : Garner y Garfinkel |
| Objetivos | : Detecta personas con riesgo de padecer la anorexia |
| Población | : Preferiblemente jóvenes y adolescentes (de los dos sexos). |
| Número de ítems | : 26 |
| Administración | : Individual y colectiva |
| Tiempo | : No hay tiempo límite |

Normas de aplicación: La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con seis alternativas que van de “nunca” a “siempre”

Características de la prueba

El Cuestionario de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes EAT) fue diseñado por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia, su primera versión conocida como EAT-40 realizado en España. Luego se desarrolló la versión de 26 ítems, EAT-26 de Garner en el año 1982, su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir, que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre=3, casi siempre=2, a menudo =1, algunas veces=0, casi nunca=0 y nunca=0.

Para todas las preguntas menos la 25 reciben el valor de 3,2,1,0,0,0 (en dirección favorable a la variable). Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: 0,0,0,1,2,3 El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT-26)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Lugar:

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: SIEMPRE B: CASI SIEMPRE C: A MENUDO D: ALGUNAS VECES E: CASI NUNCA F: NUNCA

| | A | B | C | D | E | F |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me angustia la idea de estar demasiado gorda/o. | | | | | | |
| 2. Procuro no comer cuando tengo hambre y/o escojo alimentos | | | | | | |
| 3. La comida es para mí una preocupación. | | | | | | |
| 4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz parar de comer. | | | | | | |
| 5. Corto mis alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| 6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que tomo | | | | | | |
| 7. Procuro no comer alimentos que tengan muchos hidratos de carbono | | | | | | |
| 8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más. | | | | | | |
| 9. Vomito después de comer | | | | | | |
| 10. Me siento muy culpable después de comer | | | | | | |
| 11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a | | | | | | |
| 12. Cuando hago deportes pienso sobre todo en quemar calorías. | | | | | | |
| 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a | | | | | | |
| 14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis. | | | | | | |
| 15. Tardo en más tiempo que los demás en comer | | | | | | |
| 16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar | | | | | | |
| 17. Consumo alimentos dietéticos | | | | | | |
| 18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida | | | | | | |
| 19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida. | | | | | | |
| 20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más. | | | | | | |
| 21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome en la comida | | | | | | |
| 22. No me siento bien después de haber comido dulces | | | | | | |
| 23. Estoy haciendo régimen de dieta y ejercicios | | | | | | |
| 24. Me gusta tener el estómago vacío | | | | | | |
| 25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías | | | | | | |
| 26. después de las comidas tengo el impulso de vomitar | | | | | | |

TOTAL

FOTOS

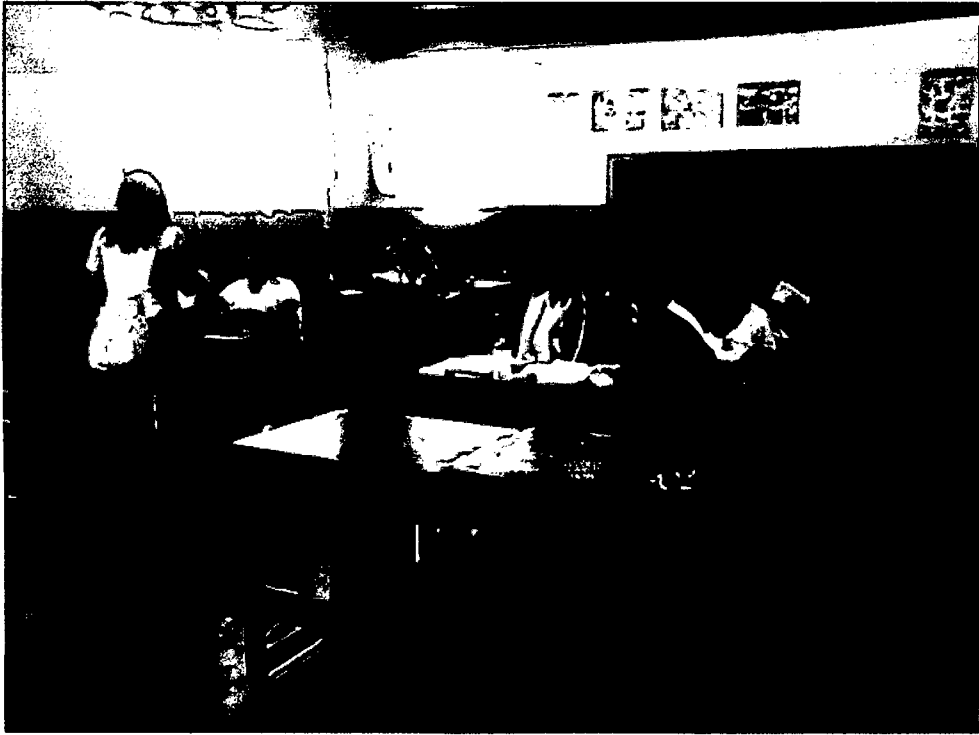
I.E. "Nuestra Señora de Las Mercedes"- Huánuco



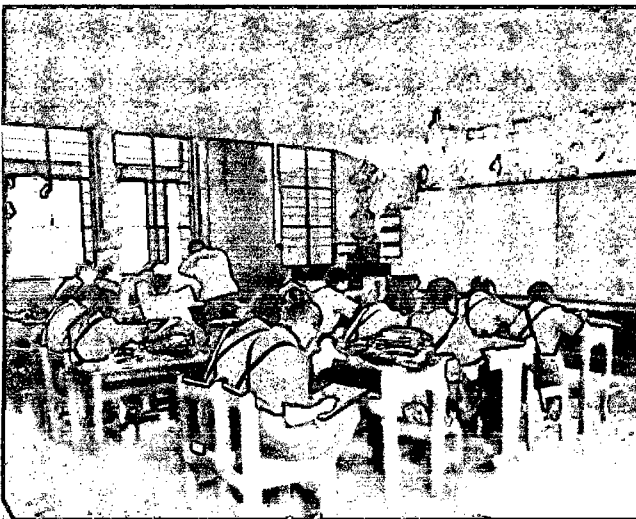
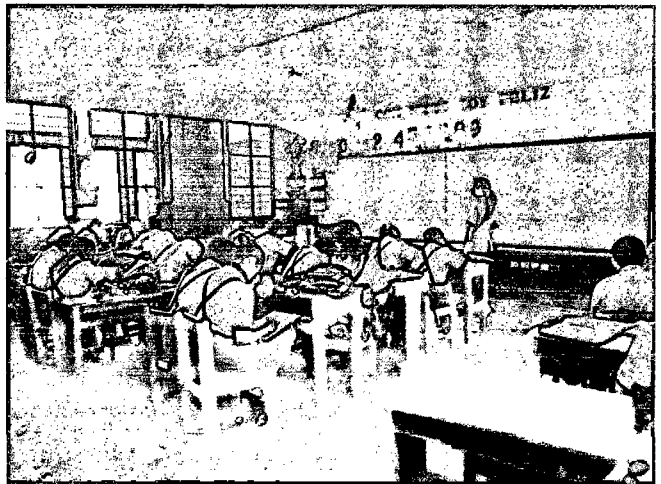
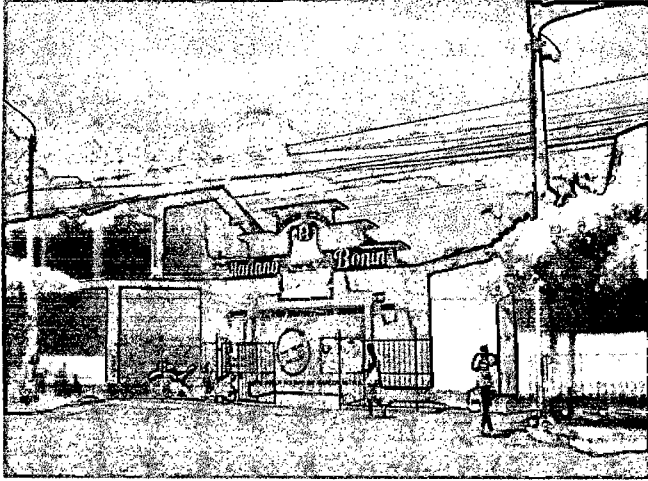
I.E. "Marcos Duran Martel" - Huánuco



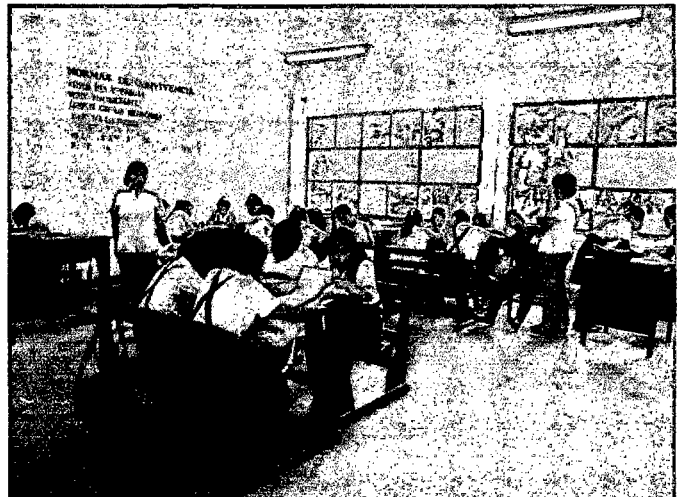
I.E. "Juana Moreno"- Huánuco



I.E. "Mariano Bonin"- Tingo Maria



I.E. "Gómez Arias Dávila"- Tingo Maria



I.E. "Inca Huiracocha" - Aucayacu





UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN -HUANUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DECANATO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los 17 días del mes de Junio del 2016, siendo las 11:20, se reunieron en la Sala de Graduaciones de la Escuela de Post Grado, Aula 104, los Miembros integrantes del Jurado Examinador de la Tesis titulada: **“PREVALENCIA DE LA ANOREXIA EN ALUMNAS DE I.E. ESTATALES DE LAS PROVINCIAS DE LEONCIO PRADO Y HUANUCO – 2014”**, de las Bachilleres en Psicología CELIS VICTORIO MAXIMILIANA, PRIMO CRISTOBAL KATIA y HERRERA SALGADO SILVIA MILAGROS, procediendo a dar inicio al acto de sustentación de tesis, para el otorgamiento del título de Licenciado en Psicología, siendo los Miembros del Jurado los siguientes:

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| . Dra. EDITH BERAUN QUIÑONES | PRESIDENTE |
| . Psic. GABRIEL COLETTI ESCOBAR | SECRETARIO |
| . Psic. ENRIQUE CHAVEZ MATOS | VOCAL |

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a deliberar y verificar la calificación, obteniendo las notas y el resultado siguiente:

| GRADUANDOS | 1° Miembro | 2° Miembro | 3° Miembro | Prom. Final |
|---------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| CELIS VICTORIO MAXIMILIANA | 15 | 14 | 16 | 15 |
| PRIMO CRISTOBAL KATIA | 15 | 14 | 15 | 15 |
| HERRERA SALGADO SILVIA MILAGROS | 15 | 14 | 15 | 15 |

OBSERVACIONES:

.....

Se da por concluido, el Acto de Sustentación de la Tesis a horas 12:55, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE

.....
SECRETARIO

.....
VOCAL