

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
FRENTE A ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE  
INSTITUCIONES EDUCATIVAS: JUAN XXIII, MARÍA DE  
NAZARET, GUILLERMO URRELO Y RAMÓN CASTILLA –  
CAJAMARCA 2012**

**T E S I S**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:**

**Bach. Enf. LLERENA VERA, JENYFER MARILYN**  
**Bach. Enf. VARGAS NARRO, JANINA MEDELYN**

**ASESORA:**

**DRA. ESTRADA PÉREZ, MARINA VIOLETA**

**CAJAMARCA – PERÚ**

*2013*

## DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María por cuidarme y  
estar siempre conmigo en cada paso que doy.

a todas las personas que necesitan  
de los servicios de Enfermería; porque son ellos  
los que hacen realidad el ejercicio de nuestra profesión.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por habernos regalado el don de la vida y habernos permitido culminar exitosamente nuestra carrera universitaria.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional a lo largo de nuestra vida, ya que gracias a su amor y comprensión han sabido guiarnos por el camino correcto.

A nuestra asesora, que con paciencia nos ha sabido orientar en la elaboración de este trabajo de investigación.

A todas nuestros docentes de la Universidad Nacional De Cajamarca, que participaron en la construcción de nuestra formación profesional.

## INDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

**INTRODUCCIÓN**

**CAPITULO I: EL PROBLEMA**

1.1 Definición y delimitación del problema de investigación científica	6
1.2 Formulación del problema de investigación científica	10
1.3 Justificación del problema de investigación científica	10
1.4 Objetivos	
1.4.1 Objetivo general	11
1.4.2 Objetivos específicos	11

**CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA**

2.1 Marco teórico	13
2.1.1 Antecedentes	13
2.1.2 Bases teóricas	17
2.2 Marco conceptual	45
2.3 Hipótesis	47
2.4 Variables	47
2.5 Operacionalización de las variables	48

**CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de estudio	53
3.2 Población	54
3.3 Muestra	54
3.4 Unidad de análisis	56
3.5 Técnicas de recolección de datos	56
3.6 Procesamiento de datos	60

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS** 64

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** 97

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 99

**ANEXOS**

## RESUMEN

El Objetivo del presente trabajo fue determinar la relación que existe entre los factores biopsicosociales y conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla. El tipo de estudio es transversal, descriptivo correlacional. Se evaluaron 121 mujeres adolescentes entre 14 y 19 años matriculadas el año 2012, seleccionadas mediante muestreo aleatorio y estratificado. Para la recolección de información se utilizó un cuestionario elaborado y validado por las investigadoras, el inventario de trastornos alimentario (ITA), y el test de autoestima de Coopersmith.

Los resultados fueron: los siguientes: El 18,2% de las alumnas de los centros educativos María de Nazaret, Juan XXIII, Ramón Castilla y Guillermo Urrelo presentan riesgo I y el 31,4 % presenta riesgo II, por lo tanto se concluye que casi la mitad de las alumnas presentan un riesgo considerable de padecer anorexia y/o bulimia nerviosa. Los factores biopsicosociales que tienen relación significativa con el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosa son: índice de masa corporal (valor p: 0,000), autoestima (valor p: 0,001), percepción de la imagen corporal, (valor p: 0,040), amigos (valor p: 0,010), medios de comunicación (valor p: 0,004), y moda (valor p: 0,004).

**Palabras claves:** Adolescentes, trastorno de la conducta alimentaria, riesgo, anorexia y bulimia nerviosa.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between biopsychosocial factors and risk behaviors against anorexia and bulimia nervosa in female students of educational institutions: John XXIII, Mary of Nazareth, and Urrelo Guillermo Ramón Castilla. The type of study is cross-sectional, descriptive correlational. 121 women between 14 and 19 enrolled in 2012, selected by random stratified sampling were evaluated. For data collection a questionnaire developed and validated by the researchers, eating disorders inventory (ITA), and the Coopersmith Self-Esteem test was used.

The results were as follows: 18.2% of the students of schools, Mary of Nazareth, John XXIII, and Guillermo Ramón Castilla Urrelo at risk I and II 31.4% at risk, therefore we conclude that almost half of the students present a significant risk of anorexia and / or bulimia nervosa. Biopsychosocial factors that have significant relationship with the risk of anorexia and bulimia nervosa are: body mass index (p value: 0.000), self-esteem (p value: 0.001), perception of body image (p value: 0.040), friends (p value: 0.010), media (p value: 0.004), and fashion (p value: 0.004).

**Keywords:** Adolescents, disordered eating behavior, risk, anorexia and bulimia nervosa.

# INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una importante causa de morbilidad física y psicológica entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Pues durante muchos años, la belleza ha sido considerada como uno de los principales atributos de las personas, incluso en la actualidad, se le otorga más importancia a la apariencia física, que a cualidades como la inteligencia, o características de personalidad (Lipovetsky, G. 2002). Lamentablemente esta idea recae sobre los adolescentes, quienes buscan de alguna manera alcanzar estos ideales de belleza impuestos por la sociedad y como consecuencia a esta búsqueda recaen en trastornos de la conducta alimentaria. Estos trastornos comprenden tres categorías diagnósticas, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y una serie de síndromes atípicos agrupados bajo el epígrafe de trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

Los TCA son concebidos socialmente como un problema de salud física y mental que afecta en diferentes proporciones a hombres y mujeres, a nivel mundial el 90% de los casos de anorexia y bulimia reportados se presentan principalmente en mujeres, en una proporción de 1 hombre por cada 9 mujeres, siendo estas últimas más propensas a padecerlos debido a una mayor vulnerabilidad frente a la presión social sobre la idea de que el éxito va ligado a la belleza física (Cervera, M. 2005).

Hoy en día, los TCA se han convertido en patologías masivas a nivel mundial. La incidencia de estos desórdenes ha ido en aumento durante los últimos 50 años, al punto que hoy son más comunes de lo que se podría pensar. La complejidad de

sus causas, son procesos biológicos, psicológicos y sociales de difícil comprensión y valoración en cuanto a su alcance y significación. Estos constituyen un problema de salud pública por lo cual la identificación de los factores de riesgo es una estrategia necesaria para la prevención primaria de estos problemas, es importante tener en cuenta ésta afirmación, pues al tratar de explicar los cambios en la conducta alimentaria bajo una única perspectiva sería imposible ya que son múltiples los factores desencadenantes de estos trastornos (Morales, A. 2002).

Por lo tanto el objetivo de esta investigación fue "Determinar la relación que existe entre los factores biopsicosociales y conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María De Nazaret, Guillermo Urrelo Y Ramón Castilla - Cajamarca 2012". Con la finalidad de ampliar la visión sobre las causas de estos trastornos y así se implemente estrategias sanitarias con el fin de disminuir el riesgo de estas patologías.

Estructuralmente el presente trabajo está organizado en capítulos.

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema de investigación, en el cual se habla básicamente de la problemática que en los últimos años se han convertido los trastornos de la conducta alimentaria.

El capítulo II abarca todo lo referente al marco de referencia donde se incluye el marco teórico, y el marco conceptual en el cual se describen estudios previos y teorías que abalan el presente trabajo; así mismo en este capítulo se incluye las variables y la hipótesis de la investigación.

El capítulo III presenta la metodología de la investigación, describe el tipo de estudio, la población, los métodos usados, técnicas e instrumentos, así como también los procedimientos estadísticos que se utilizaron para el procesamiento de la información en la investigación.

En el capítulo IV se presentan los resultados así como el análisis e interpretación de los mismos.

En el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones y finalmente la bibliografía consultada durante la investigación y se anexó los instrumentos utilizado para la recolección de datos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria hacen referencia a todas aquellas circunstancias que suponen una disfunción en el comportamiento alimentario. Pero en realidad cuando hablamos de problemas de la conducta alimentaria no nos estamos refiriendo solamente a la comida; si no que detrás hay una serie de dificultades como un inadecuado habito alimentario, un gran deseo de no engordar, desequilibrios emocionales autovaloraciones negativas y todo un sinfín de componentes que nos dan una visión de las características conductuales de este problema (Aceituno, J. 2004).

Diversos factores parecen intervenir en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, pero por si mismos ninguno es suficiente para explicarlo, dentro de los factores más señalados tenemos, a los factores biológicos, individuales, cognitivos conductuales, familiares y socioculturales, entre otros. Sin embargo se ha reportado que las influencias socioculturales son uno de los principales factores que tienen efectos sobre la interiorización del modelo de la delgadez (Toro, J. 2004).

La anorexia y la bulimia nerviosa son dos trastornos mentales, calificados como problemas de la modernidad, en la cual al primero se lo califica como inanición autoinducida y la pérdida excesiva de peso, y el segundo en el que la persona vivencia episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" acompañado de una

preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su salud o podemos decir que la anorexia y la bulimia son un conjunto de conductas y respuestas emocionales arbitrariamente seleccionadas (Bobadilla, B. 2006).

La anorexia y la bulimia nerviosa, enfermedades que muchas veces tendemos a separar o por el contrario nos cuesta diferenciar entre sí, son “dos caras de una misma moneda”, dos consecuencias, entre tantas, de las mismas causas: los prejuicios, estereotipos sociales, el ideal de cuerpo perfecto, la cultura, la falsa sensación de logro y todo esto difundido por los medios masivos de comunicación, los cuales se valen de la imagen, la publicidad, los mensajes implícitos y toda una serie de elementos que nos llegan de la forma más sutil, en respuesta como sociedad absorbemos esos mensajes y si bien respondemos individualmente de diferentes formas, lo cierto es que en la totalidad se va consolidando cada vez más el ideal de la perfección, la utilización de belleza y delgadez como sinónimos (Servillo, A. 2008).

En los primeros trabajos de los años setenta se destaca que es superior la incidencia de este trastorno en las escuelas de mayor nivel social, más tarde se observó que si bien hasta 1975 el 70,6% de las pacientes anoréxicas pertenecían a las clases altas, a partir de esa fecha se reducían al 52%. Se considera que los cambios de distribución de la enfermedad hay que atribuirlo a las actitudes de los adolescentes, independientemente de la clase social, hacia la comida, la sexualidad, la imagen corporal y el peso.

En Estados Unidos, un reporte del Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación (2007) considera que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios, el 90% son mujeres y el 10% hombres. El Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones.

En México se ha reportado más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (Gálvez, G. 2010).

Perú ocupa el segundo lugar en América Latina después de Argentina con mayor incidencia en casos de personas con trastornos en la alimentación como la anorexia y bulimia nerviosa, En nuestro país, el grupo que más resulta afectado es la adolescencia, un estudio realizado en el año 2003 indica que 8 de cada 100 jóvenes presentaba algún tipo de desorden alimentario. Este dato fue la conclusión de una serie de investigaciones en base a muestras, ya que el Ministerio de Salud no tiene cifras oficiales que permitan el desarrollo de programas para disminuir el problema (Jiménez, F. 2008).

Actualmente en el Perú existe una asociación especializada en problemas de anorexia y bulimia nerviosa Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), mas no existe centro de tratamiento público para estos trastornos ni tampoco se han creado programas de promoción y prevención contra la anorexia nerviosa y bulimia que hoy en día han pasado a ser un problema de salud pública que afecta principalmente a los adolescentes.

En Cajamarca un estudio de investigación realizado en adolescentes de colegios secundarios revela que el 57% presentan riesgo de desencadenar anorexia y/o bulimia nerviosa (Ravines, P. 2006). Por lo mismo que esta investigación muestra un alarmante porcentaje de adolescentes con riesgo de adquirir anorexia y/o bulimia nerviosa, creemos que es importante investigar sobre la relación entre los factores biopsicosociales y las conductas de riesgo las cuales indicarían la influencia de estos factores para que los adolescentes padezcan estas enfermedades.

Teniendo en cuenta el conflicto de identidad que es característica de la crisis de la adolescencia, una sociedad que difunde el ideal de belleza perfecta, y en muchos casos el deseo de ser aceptado por los demás desencadenaría un cuadro de trastornos alimentarios.

Si seguimos siendo ajenos a estos problemas la incidencia de estas enfermedades va a seguir en aumento en los próximos años, ocasionando gran daño para la salud incluso la muerte de quienes la padecen y por ende generando problemas en las familias y la sociedad.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre los factores biopsicosociales y conductas de riesgo frente a la anorexia y bulimia nerviosa en alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La base fundamental de este trabajo de investigación es, sin duda, la preocupación que se genera debido al incremento de las estadísticas en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa, las cuales generan en las víctimas pérdida de capacidades intelectuales, personales y sociales, así como también la vida de quienes la padecen; teniendo en cuenta los pocos trabajos de investigación realizados en el tema podemos decir que se da muy poca importancia a los problemas psicoemocionales de los adolescentes.

Es primordial abarcar este tema desde una visión amplia requiriendo la participación de las adolescentes de las instituciones educativas seleccionadas en la muestra, quienes nos proporcionaron información para determinar si existe riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosa, con la finalidad de que en un futuro nos conlleve a plantear programas y proyectos de salud enfocados a la prevención de estos trastornos.

Los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido actualmente en problemas de salud pública, que va en aumento y muchas veces por falta de una atención oportuna, lleva a graves consecuencias e incluso la pérdida de vidas en los adolescentes, así mismo la investigación contribuye como fuente documental a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, para seguir una línea de investigación en este tema.

#### **1.4 OBJETIVOS:**

##### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar la relación que existe entre los factores biopsicosociales y conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012.

##### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar los factores biopsicosociales de riesgo de las alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012
- Determinar las conductas de riesgo frente a la anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012.

- Establecer la relación entre los factores biopsicosociales y las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO DE REFERENCIA**

#### **2.1 MARCO TEÓRICO**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES**

**Albornos, P. y L. Matos (2001)** “Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa en pacientes atendidos en el instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado Noguchi" Lima – Perú.

Donde se obtuvo que la edad promedio fue 18 años, siendo el 87,9% menor de 24 años. El 91,4% fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36,15). El 61,3% de pacientes presentó vómitos autoinducidos, el 27,65% usaron fármacos con el objeto de bajar de peso.

**Martínez, P. y col. (2003)** “Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima metropolitana”.

Encontraron que un 16,4% de adolescentes mujeres padece uno o más trastornos alimentarios y un 15,1% se encuentra en riesgo, en Lima Metropolitana. A diferencia de la creencia generalizada de que estos desórdenes suelen tener una mayor incidencia en las clases altas, la realidad de hoy en día muestra índices de riesgo en todos los niveles sociales.

**Uesu, S. (2004)** "Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos" Lima – Perú.

Los resultados obtenidos fueron que el 2,3% de alumnas tuvieron TCA, el 75% del total de alumnas presentó un estado nutricional normal, 17% sobrepeso, 6% desnutrición y 2%, obesidad. El 46,2% presentó distorsión de imagen corporal, todas con riesgo y 9% de aquellas sin riesgo tuvieron una preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo

**Parinango, M. (2005)** "Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E Parroquial Santa Rosa" Lima - Perú.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, el 54% presentaron niveles de alto y mediano riesgo siendo mayor en las edades de 11 a 12 años (30%) que en las de 13 a 14 años (24%) relacionado a dietas. El 59% presentaron niveles de conductas personales de alto y mediano riesgo sobre experiencias estresantes y aspecto físico. El 60% con niveles de conductas psicoemocionales de alto y mediano riesgo sobre temores e imagen corporal. En las conductas socioculturales de riesgo, la mayoría (24%) de 11 a 12 años presentaron niveles de alto y mediano riesgo en comparación con las de 13 a 14 años (16%) referidos al interés publicitario y relaciones interpersonales. El (25%) de 11 a 12 años con niveles de conductas familiares de alto y mediano riesgo en comparación con el (23%) de 13 a 14 años referido a la intromisión de los padres en la vida de sus hijos y discusiones.

**Ruiz, A. y col. (2005)** En su investigación “Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas” México.

Según sus resultados se nota la diferencia que existe entre las mujeres de universidad pública y privada con respecto al predominio de Anorexia o Bulimia. Pues en las universidades privadas la anorexia se encuentra en un 14,5% mientras la bulimia predomina con 21,73%. En tanto que en las universidades públicas, la anorexia tiene un 24,59% y la bulimia se encuentra en un 19,67%. Concluyendo que en la universidad privada predomina la bulimia, mientras en la universidad pública la anorexia.

**Loreto, M. (2006)** “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana” Chile.

Los resultados arrojan que el 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para trastorno de conducta alimentaria (TCA). Hubo una mayor prevalencia de riesgo de TCA en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos: bajo (11,3%), medio (8,3%) y alto (5,1%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años.

**Ravines, P. (2006)** “Actitudes y factores biopsicosociales frente a la anorexia y bulimia en adolescentes del nivel secundario en las instituciones educativas de Cajamarca”. Perú

Los resultados muestran que el 57% de los adolescentes incluidos en el estudio presentaban actitudes favorables para adquirir anorexia y/o bulimia nerviosa; y los factores biopsicosociales que sí guardan relación significativa con el riesgo de anorexia y/o bulimia nerviosa son: el estado nutricional, morbilidad, afecto que reciben de los padres, baja autoestima, estado civil de los padres, colegio donde estudian, ocupación de la madre ingreso económico y rendimiento escolar.

**Acevedo, J. (2008)** “La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes.” Lima – Perú.

Sus resultados fueron 38,10% presenta el nivel de Riesgo I, el 13,8% Riesgo II y el 10,3% Riesgo III. Asimismo, se hallaron diferencias significativas en la cólera entre las adolescentes que se encuentran sin riesgo y las que se hallan en los grupos de riesgo, así como diferencias significativas en la cólera entre las adolescentes que se encuentran conformes con su cuerpo y las que no están conformes con el mismo. Además, se encontraron correlaciones significativas entre la mayoría de escalas de cólera y la Escala de Desorden Alimentario.

**Guadarrama, R. y S. Mendoza (2011)** “Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo” México.

Este estudio identifica los factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria de acuerdo a su sexo. Los resultados

muestran que 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastorno alimentario, predominando la anorexia y siendo mayor en las mujeres.

## **2.1.2 BASES TEÓRICA**

### **A. LA ADOLESCENCIA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es considerada desde los 10 hasta los 19 años de edad. Es pertinente mencionar que la etapa adolescente no solamente es un proceso del ciclo vital en el desarrollo del ser humano, en el cual no solo existen cambios en lo biológico y psicológico, sino que también se dan modificaciones en lo social y lo cultural. En el transcurso de esta etapa, la relación con su mundo exterior cambia, ya que está en descubrimiento de otras esferas de su contexto social.

Aberastury, A. y M. Knobel (2005) mencionan que en la adolescencia se puede observar la elaboración de tres duelos fundamentales: duelo por el cuerpo infantil, duelo por la identidad y el rol infantil, duelo por los padres de la infancia.

El llamado duelo por el cuerpo infantil se presenta en la etapa en la que el individuo se percata de la pérdida de su cuerpo infantil, es decir, el individuo aun con una mentalidad infantil, con un cuerpo cambiante y con rasgos de un cuerpo adulto entra en conflicto entre el niño que se siente internamente y los indicios del cuerpo adulto que posee y que ocasiona en el individuo una serie de problemas que se podrían resumir

en una grave despersonalización, que somete el pensamiento del púber a lo que siente y lo que ve.

La confusión por la despersonalización puede ser en algunos casos sumamente extrema, debido a que el adolescente puede llegar a negar su realidad comenzando a ejercer roles fundados en imágenes incorporadas a través de los medios de comunicación masiva, los cuales en ocasiones ellos lo tornan como verdaderos, lo que puede provocar conflictos en la búsqueda de su identidad.

El siguiente es el duelo por la identidad y el rol infantil, el cual se caracteriza por la confusión que existe entre el pensamiento dependiente de la infancia y la imposibilidad de adquirir una independencia adulta. El niño al no saber cómo asumir su independencia individual traspasa la dependencia paterna hacia el grupo de amigos confundiendo su propia independencia con la adopción de pensamientos grupales.

Es aquí entonces en donde el pensamiento del individuo empieza a funcionar en concordancia con las características grupales, las cuales le posibilitan un gran sentimiento de estabilidad e identificación.

Esta asimilación implica a su vez el inicio del tercer duelo denominado duelo por los padres de la infancia que involucra una nueva visión de los padres, así como nuevas expectativas, reglas y dificultades.

Es dentro de este duelo, donde el adolescente idealiza una relación paternal comprensiva y de confianza con los padres en el logro de la tan buscada independencia. Sin embargo el resultado de esta distorsión en

la percepción paternal suele ser que el adolescente no encuentre el apoyo y la comprensión que necesita en sus padres, por lo que se ve forzado a sustituirlos ya sea por amigos íntimos, maestros , ídolos deportivos, artistas , etc.

Es importante la elaboración completa de los tres duelos, debido a que la falta de resolución de alguno de ellos podría producir fijaciones anormales en el proceso de desarrollo humano, dentro del cual es de vital importancia asimilar el cuerpo y el rol nuevo que poco a poco se van adquiriendo, así como la apropiación de una independencia e identidad propia.

Diversos especialistas a lo largo del tiempo, se han dedicado al estudio del desarrollo humano llamado adolescencia. Muss, R. y col. (1998) realizaron una recapitulación de las diversas teorías de la adolescencia que se han formado a través de los años, dentro de las cuales mencionaremos esencialmente a dos de ellas, la teoría psicoanalítica y la teoría sociológica, debido a que la primera teoría menciona que el periodo adolescente está determinado por causas internas, mientras que la segunda teoría atribuye más el desarrollo del adolescente a causas ambientales o sociales.

La teoría psicoanalítica fue elaborada por Sigmund Freud, quien concedió a la adolescencia mayor importancia en la formación del carácter. Muss, R. (1998) menciona que "según la teoría psicoanalítica, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales". Es decir, la

teoría psicoanalítica da mayor importancia a las pulsiones internas que se desencadena en cada etapa del desarrollo humano. Destaca que estas pulsiones se presentan con mayor fuerza durante la etapa adolescente. Así mismo considera que las determinaciones internas son de suma importancia. En lo referido a los factores ambientales, estos son considerados por la teoría psicoanalítica como secundarias, debido a que gracias a ellos se puede lograr la construcción del aparato psíquico. En cuanto a la teoría sociológica Delval, J. (1999) señala que esta pone mayor énfasis en los factores medio ambientales, y la adolescencia se concibe como el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad”, en otras palabras la teoría sociológica percibe a la adolescencia como el resultado de la interacción social en la que se desarrolla el individuo, así mismo nos indica que existe una dependencia mayor y determinante de las interacciones sociales sobre el individuo, principalmente durante el desarrollo de la etapa adolescente.

Mead, M. (1998) considera que los factores externos que rodean al adolescente van a determinar las conductas o la forma en que éste va a vivir el desarrollo de la etapa de la adolescencia y que el contexto social en el que él se desenvuelva va a ser un factor importante para vivir una “tormentosa” o “tranquila” etapa de desarrollo. La adolescencia bajo esta perspectiva, radica en que además de ser una etapa de cambios físicos, es determinada por el contexto social en el cual se desarrolle el ser humano, el cual va a determinar la forma en que se va a vivir esta etapa.

Es indudable que tanto la herencia biológica como los factores socioculturales son determinantes en el desarrollo de la personalidad, ya que la herencia biológica tomada como factor evolutivo, constituye los patrones en las diferencias existentes entre la sociedad actual y las anteriores. Muss, R. (1995) señala que “La constitución biológica humana no determina moldes particulares de conducta; las células germinativas no transmiten cultura”. Por tal razón sería imposible tratar de separar lo biológico y lo social del desarrollo humano. La adolescencia es entonces, el producto de las interacciones entre la sociedad y el individuo mismo.

La adolescencia es entendida entonces como la etapa del desarrollo humano en la cual se presentan la mayor cantidad de cambios tanto físicos y emocionales como sociales. La paulatina comprensión y aceptación de estos cambios hacen que este proceso de desarrollo de la personalidad durante la adolescencia se vea como una crisis que conlleva a diversos problemas como, por ejemplo, los trastornos alimenticios de anorexia y bulimia nerviosa.

## **B. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:**

Un Trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida.

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose dependiente de esa idea.

#### **a. ANOREXIA NERVIOSA**

La Anorexia Nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque en raras ocasiones también pueden verse afectados varones.

En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva, de miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite de peso corporal, (OMS 2007).

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal. Las bailarinas, las atletas y las gimnastas constituyen además, un grupo de alto riesgo para desarrollar la enfermedad. En las últimas décadas se ha visto un aumento importante en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población adolescente. Los trastornos del apetito son más prevalentes en las

sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales (Urrejola, P. 2008).

La edad promedio de presentación es 13 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9/1 (Urrejola, P. 2008).

Las causas de la anorexia nerviosa son aún motivo de controversia. A partir de una perspectiva biopsicosocial es posible considerar los distintos factores individuales (biológicos y psicológicos), familiares y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo, aparezca la enfermedad. Se describe como rasgos de personalidad premórbida de la anoréxica, el perfeccionismo, las expectativas personales altas, la tendencia a complacer necesidades de los demás y la baja autoestima. En la adolescencia, estas características se oponen a las tareas evolutivas centrales, como son la consolidación de la identidad y el funcionamiento autónomo. Desde el punto de vista de los factores biológicos los estudios no son concluyentes, pero existiría un riesgo genético y una predisposición fisiológica para desarrollar la enfermedad. Los factores sociales involucrados en el desarrollo de la enfermedad son la sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con fuertes incentivos al consumo de alto contenido calórico, como un poderoso elemento cultural que

favorece que en individuos y familias vulnerables, los conflictos se localicen en el peso y la imagen corporal (Urrejola, P. 2008).

### **Manifestaciones clínicas y cambios en la conducta alimentaria de la Anorexia Nerviosa**

- Tiempo de inicio preciso: el inicio de la anorexia nerviosa puede ser identificado con el momento preciso en que la paciente decide adelgazar. A veces la decisión de bajar de peso puede ser precedida por un evento significativo, tal como una pérdida afectiva, un fracaso académico o un conflicto familiar, que actúa como desencadenante. El comienzo suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido por la familia.
- Deseo incontrolable de adelgazar: la baja de peso se logra fácilmente, a veces reforzado por la familia y el grupo de pares quienes admiran la fuerza de voluntad de la adolescente para hacer una dieta.
- Ritos alimentarios: además de la restricción alimentaria estas pacientes pueden manipular en forma interminable los alimentos sobre el plato o trozarlos en formas diminutas, pueden además almacenar el alimento en la boca y posteriormente, en forma clandestina expulsarlo. La mayoría elude comer en familia o en situaciones públicas.
- Interés exagerado por la alimentación: aunque comen menos e ingieren aquellos alimentos de menor contenido calórico (ejemplo comen ensaladas con vinagre y sin aceite), el paciente anoréxico

típico está pensando todo el día en la comida, coleccionando recetas, cocinando y preparando alimentos para los demás, si bien ellas se contentan con sólo contemplarlo.

- Amenorrea: ocurre en todas las pacientes, en un 25% de los casos esta precede la baja de peso.
- Actividad física aumentada: la actividad física aumenta a medida que bajan de peso. Las pacientes anoréxicas multiplican sus actividades físicas, caminan sin cesar, hacen abdominales y en general no descansan jamás.
- Vómitos y uso de laxantes: algunas pacientes anoréxicas se auto provocan vómitos, ingieren laxantes y/o diuréticos.
- Rendimiento escolar: las pacientes anoréxicas generalmente tienen un rendimiento escolar promedio o sobre el promedio y generalmente son descritas como alumnas muy motivadas.
- Contacto con sus pares: generalmente los pacientes con anorexia se aíslan de su grupo de pares. Esto les permite evitar la confrontación respecto al peso y alimentación y por otro lado puede ser una manifestación de baja autoestima.
- Apatía: la pérdida de peso progresiva está generalmente acompañada por una apatía sobre el aspecto de su cuerpo.
- Comida como campo de batalla: con la baja de peso persistente, la comida comienza a ser un tema de conversación y discusión central en la familia. Esta situación se hace cada vez más difícil, a medida que la frustración y preocupación de los padres por la baja

de peso de su hija aumenta, asociada a la conducta cada vez más rígida de la adolescente sobre las comidas.

- Los síntomas físicos habituales: están relacionados con la pérdida de peso. Como es el dolor abdominal, estreñimiento, intolerancia al frío. Durante el examen físico se observa atrofia de las mamas y un color amarillento de la piel relacionado con una hipercarotinemia. Lanugo, que se localiza especialmente en las mejillas, el cuello, la espalda, el antebrazo y el muslo. Las manos y los pies están fríos y presentan a veces acrocianosis, probablemente por vasoconstricción. Las uñas se vuelven quebradizas y no es raro que se produzca caída del cabello. La presencia de bradicardia, hipotensión e hipotermia dependen del grado de desnutrición. A veces puede haber hipertrofia de las glándulas salivares, especialmente las glándulas parótidas en pacientes vomitadores y se puede observar edemas periféricos al recuperar peso.

## **b. LA BULIMIA NERVIOSA**

Según la OMS 2007: "Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes o laxantes. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas. A menudo pero no siempre, existen antecedentes de Anorexia Nerviosa unos meses o unos años antes.

La sintomatología puede ser compartida por ambos trastornos y muchos pacientes son difíciles de clasificar dentro de un grupo concreto”.

Como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, al paciente le invaden fuertes sentimientos de autopropulsión y culpa. Ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias.

La prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes y las jóvenes es del 1-3%. Generalmente se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El 90% son mujeres. Se presenta más en personas que viven en países desarrollados y en estratos socioeconómicos altos (Urrejola, P. 2008).

La bulimia nerviosa parece ser producida por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. A diferencia de lo que ocurre en pacientes con anorexia nerviosa las pacientes con bulimia, tienden a ser más impulsivas y a tener inestabilidad en los estados de ánimo, estos rasgos se acentúan con la enfermedad.

## **Tipos De Bulimia Nerviosa**

**Purgativa:** son atracones seguidos de vómitos, uso de laxantes, pastillas u otros métodos para provocar la expulsión de la comida.

**No purgativa:** son atracones seguidos de fuertes dietas, exceso de ejercicio o ayuno.

**Recreativo:** En este tipo las personas suelen provocarse el vómito luego consumir bebidas alcohólicas y así mitigar sus efectos y continuar con la "fiesta".

## **Manifestaciones clínicas y cambios en la conducta alimentaria de la Bulimia Nerviosa**

La presentación típica de la bulimia nerviosa es la presencia de episodios recurrentes de atracones, asociados a una sensación de pérdida del control sobre la ingesta de alimentos. Los episodios de atracones, por lo general, comienzan después de intentos o presiones externas para bajar de peso. Esta conducta alimentaria habitualmente es acompañada por sentimientos de baja autoestima o depresión los que desencadenan nuevos episodios de atracones que por lo general, ocurren cuando la adolescente se encuentra sola. Los atracones aumentan los sentimientos de pérdida de control, vergüenza, y miedo que favorecen la aparición de conductas compensatorias tales como vómitos y abuso de diuréticos o laxantes y/o ejercicio exagerado. Inicialmente, los episodios de atracones y vómitos ocurren en forma esporádica. Sin embargo, con el tiempo aumentan en frecuencia llegando a ser diarios o varias veces en el día. Los atracones ocurren

por lo general, después de un período de ayuno, típicamente por las tardes después de haberse evitado el desayuno y el almuerzo.

Los atracones se caracterizan por:

- Los alimentos son ingeridos rápidamente y sin masticar.
- La cantidad de comida ingerida es grande y de un alto contenido calórico, principalmente carbohidratos.
- Las adolescentes habitualmente se sienten angustiadas, culpables o deprimidas por los atracones, por lo cual pasan largos períodos sin ingerir alimentos.
- Usualmente ocurren a escondidas.

Al igual que en las anoréxicas, las pacientes bulímicas siempre tienen presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal y el pensamiento reiterativo en alimentos.

Las pacientes con bulimia nerviosa pueden tener peso normal, sobrepeso o estar algo enflaquecidas. Los signos y síntomas al examen físico son mínimos y son consecuencia de los vómitos recurrentes. Las pacientes pueden referir dolor faríngeo, diarrea o constipación e irregularidades menstruales. Al examen físico se puede encontrar bradicardia e hipotensión ortostática. Puede haber lesiones en el dorso de la mano (signo de Russell) causadas por la inducción de vómitos, que incluyen erosiones, ulceraciones, hiperpigmentación, o formación de callosidades. Habitualmente hay hipertrofia de las glándulas salivares,

en especial de las glándulas parótidas. Por último, pueden presentar problemas dentales por el contacto de la dentina con el contenido ácido.

- Trastorno somático: dilatación gástrica, dilatación de las glándulas salivales, dolor de estómago, irregularidades menstruales, trastornos renales, problemas hematológicos como anemia, aumento del colesterol, úlceras en la boca encías y labios.
- Trastorno emocional: su ánimo y su carácter cambian, ya que tienen un alto sentimiento de culpabilidad. Experimentan inestabilidad emocional, de alegres pasan fácilmente a la tristeza; También presentan apatía general y depresión.
- Trastorno cognitivo: Estas personas no perciben las sensaciones de hambre y saciedad, y si las sienten las reprimen. Tienen autoestima negativa la mayoría de ellos.
- Trastorno de conducta: Los enfermos en sus relaciones de familia es negativa ya que su carácter es irritable y agresivo, son impulsivos actúan sin medir consecuencias. Algunos llegan a la mentira y a robar, por negar lo ingerido y para conseguir fármacos (Urrejola, P. 2008).

### **C. ETIOPATOGENIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y DE LA BULIMIA NERVIOSA**

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial, de cuya

interacción surge la vulnerabilidad individual; interviene además unos factores desencadenantes y otros derivados de la propia enfermedad que favorecen el mantenimiento y la perpetuación del trastorno. Los mayores avances han venido de la confirmación del hambre e inanición, como factor básico en la perpetuación del cuadro por sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas. También son importantes las influencias culturales con el énfasis de la delgadez como el modelo de éxito social y existente en nuestra sociedad, exacerbado por los medios de comunicación. Todos estos factores pueden concluir en la aparición de uno de estos trastornos en un adolescente vulnerable (Madruga, D. y Col. 2007).

a. **Factores genéticos:**

No se ha identificado un marcador genético específico, los estudios se centran en análisis de polimorfismos de genes, relacionados con el control del peso corporal, con vías serotoninérgicas y dopaminérgicas alteradas en estos pacientes (Ramos, L. 2007).

La regulación de la ingesta (hambre/saciedad) en el organismo se produce a través de la interacción de complejos sistemas y señales que proceden del sistema gastrointestinal, las reservas energéticas y el sistema nervioso central (hipotálamo). Los pacientes con problemas alimentarios, presentan importantes alteraciones en las percepciones del hambre y saciedad y en sus patrones alimentarios. Se han documentado importantes alteraciones en estos pacientes en algunos neurotransmisores que participan activamente en la

regulación de la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y en los sistemas de la colecistoquinina, grelina, leptina, adiponectina, neuropeptido y otros péptidos implicados en el control de la ingesta. Un hallazgo reciente relevante ha consistido en demostrar que el tejido adiposo no es un reservorio pasivo de energía; al contrario, se trata de un auténtico órgano de gran actividad endocrina y metabólica, existiendo una interconexión bidireccional del cerebro y del tejido adiposo sugiriendo que este último desempeña un papel importante en la regulación del balance energético (Ramos, L. 2007).

**b. Factores biológicos:**

**Edad y Sexo:**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido incrementándose en los últimos años, especialmente en la adolescencia, convirtiéndose en una preocupación social y clínica (Sandín, B. y Col. 2008).

La adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida. Una de las principales señales de maduración es el rápido aumento de la estatura y del peso, que en las mujeres empieza entre los 9 años y los 14 años y medio, y en los hombres entre los 10 y los 16 años, prolongándose, aproximadamente, durante 2 años. Durante la pubertad y la adolescencia, aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la

pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Igualmente se incrementan las necesidades nutricionales por su relación con una mayor cantidad de estrógeno y progesterona. En los hombres, el aumento de testosterona y andrógenos produce un incremento significativo de la masa magra, de la masa esquelética y, por ende, de una mayor masa celular (hipertrofia); mientras que en las mujeres, los estrógenos y la progesterona estimulan la creación de un mayor depósito de grasa. Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes. Esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes.

La preferencia actual por la delgadez y por un físico pre-pubescente propicia que las mujeres se muestren muy insatisfechas con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente. Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, a experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, la adolescencia es una etapa muy susceptible de adoptar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (patologías alimentarias), alteración en la relación personal o conductas más dañinas auto destructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Actualmente, los datos epidemiológicos indican que el patrón habitual de la persona que sufre un TCA es el de una mujer adolescente en un 90%-95% de casos, con una relación hombre/mujer de 1:10, siendo más frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia y el promedio de edad entre los 15 y los 17 años (Gandarillas, A. y C. Febrel 2000).

### **Índice de Masa Corporal (IMC)**

Algunas investigaciones han confirmado que la satisfacción corporal está relacionada con el índice de masa corporal (IMC). Las personas más obesas presentan más insatisfacción corporal que las menos obesas (Carta, I. y col. 2008). No obstante, otros estudios confirman parcialmente estos resultados Cruz, S. y C. Maganto (2008), ya que se ha encontrado mayor nivel de insatisfacción en las chicas independientemente del IMC, pero también se corrobora que a mayor IMC, mayor insatisfacción.

Aunque la relación entre distorsión de la imagen corporal e IMC es evidente, difiere el sentido de la relación entre varones y mujeres. Los chicos de bajo índice de masa corporal tienden a verse más gruesos de lo que están, y viceversa, los más obesos tienden a distorsionar su imagen y se perciben con un IMC inferior al que poseen, como respuesta a la deseabilidad social. Sin embargo, las chicas de mayor índice de masa corporal, las chicas con sobrepeso o con obesidad, reconocen su sobrepeso y no todas cambian a una ingesta más adecuada, mientras que las que tienen un índice de

delgadez por debajo de lo normal, son las que más distorsionan su imagen viéndose con un IMC superior al que les corresponde y, por tanto, con deseos de bajar peso. En síntesis, la razón por la que las mujeres no se encuentran satisfechas con su peso es porque quieren estar más delgadas, incluso las de menor IMC, cosa que no ocurre en los chicos. Por consiguiente, de la mano de la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal está el patrón alimentario (Maganto, C. y S. Cruz 2008).

**c. Factores Psicológicos:**

La anorexia y la bulimia nerviosa parece ser una reacción de los adolescentes (edad donde frecuentemente comienza el trastorno) frente a ciertas demandas, como por ejemplo: aumento de sus relaciones sociales y sexuales, independencia, etc.

No aceptarse como persona importante, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener desmedida autoexigencia, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales, perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías (Madruga, D. y col. 2007).

**Autoestima**

Una de las variables más relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es la autoestima. Se suele definir la

autoestima como la valoración que hacemos de nosotros mismos, a la luz de nuestra auto-representación o autoconcepto (Valdés, M. y M. Arroyo 2004).

Tiggemann, M. (2000) han desarrollado estudios en Nueva York donde demuestran patrones muy preocupantes en las mujeres como autoestima baja, inhabilidad para poder controlar su vida, vulnerabilidad a depresión y tendencia a verse así mismas como menos capaces de lo que en realidad son. Estos estudios estuvieron apoyados por las premisas que “la baja autoestima de las mujeres es el resultado de una larga opresión de la cultura de denominación del hombre en la sociedad”, “la baja autoestima es el detonador de muchos de los problemas psicológicos que afectan a la mujer de hoy”, “se ha encontrado que la baja autoestima tiene relación con el aumento de los problemas psicológicos, pues las mujeres se ven menos capaces, menos creativas, gordas, feas e inútiles”.

La autoestima se considera como un factor previo, predisponente, y como síntoma posterior de este tipo de trastornos. Esto significa que la autoestima no sólo actúa como un factor muy conexo con la aparición del TCA, de forma que a menor autoestima, mayores probabilidades de desarrollar el trastorno (Baile, J. y G. Osorio 2009); sino que también se puede considerar como una variable influyente en el transcurso de la enfermedad, es decir, a menor autoestima, mayor gravedad de los síntomas de la anorexia y la bulimia (Cooper, P. y M. Taylor 1987).

Así mismo Toro, J. (2004) cita un modelo explicativo de la influencia de la génesis de los TCA desarrollado por Leung, N. (1999), donde la autoestima baja, es una variable necesaria y mediadora de otras influencias, en la génesis de estos trastornos.

### **Percepción de la imagen corporal en adolescentes.**

El concepto de imagen corporal se fundamenta en la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo. Se puede decir que de manera individual la imagen corporal se compone de dos partes: perceptual y cognitiva.

La parte perceptual de la imagen corporal se refiere a la claridad con que se distingue el cuerpo, ya sea en su totalidad o de diferentes partes corporales. Al ocurrir algún tipo de alteración en la percepción que se tiene del propio cuerpo, se puede dar lugar al menosprecio personal y esto se muestra cuando se llega a percibir al cuerpo ya sea en su totalidad o parcialmente con dimensiones superiores o inferiores a las reales.

La parte cognitiva de la imagen corporal se manifiesta en las actitudes, sentimientos y valoraciones que se tiene del propio cuerpo, en especial el peso, las partes del cuerpo o cualquier otro aspecto que sea parte de la apariencia física.

La imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo en general, por lo cual, el tener una buena o mala percepción de la imagen corporal influye en nuestros pensamientos

y sentimientos, además de influir también en la forma en como nos vean los demás. La imagen corporal es un elemento primordial en la construcción de la personalidad, ya que constituye una parte fundamental de la autoestima y el autoconcepto.

Desde el nacimiento, existen diversas influencias sociales que van ayudando a conformar la personalidad del individuo, como son: la autoestima y la autoconcepción del cuerpo; por tanto, la imagen corporal no es una construcción fija o estática, más bien es una construcción gradual que va variando a lo largo de la vida del individuo, en función de las experiencias y de las influencias sociales que se puedan llegar a tener.

La imagen corporal es importante en todas las edades, sin embargo, durante la etapa adolescente adquiere una mayor relevancia, debido posiblemente a que en la actualidad el adolescente se desarrolla en una sociedad en la que se le da demasiada importancia a los atributos físicos tanto en mujeres como en hombres.

A lo largo de cada etapa del desarrollo humano se viven una serie períodos que incluyen ciertos momentos de incertidumbre y de confusión que conducen a luchas internas, así como luchas con el entorno social en el que se desenvuelve el individuo.

La etapa adolescente es una de las más vulnerables en el desarrollo humano, ya que las influencias que se llegan a recibir del entorno social pueden facilitar o incitar estos momentos de confusión y

desencadenar las nuevas problemáticas que se desarrollan en la sociedad, como son las nuevas “modas juveniles”, las cuales tienen su base principal en la apariencia física, en especial, en la importancia que se le da al cuerpo.

Es dentro de esta exaltación por el cuerpo, en donde aparecen los trastornos en la alimentación como son la anorexia nerviosa y la bulimia.

d. **Factores Sociales**

**Amigos**

La influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos también ocupa un lugar destacado dentro de la influencia sociocultural. Algunos estudios muestran que las mujeres pueden sentirse presionadas por la simple presencia de otra compañera con la cual comparan su figura (Wasilenko, K. y Col. 2007), o bien por la presión directa de amigos y familiares (Wilksch, S. y Col. 2006). En este sentido Pike, K. y J. Rodin (1991) señalan que la influencia del estereotipo de delgadez proviene principalmente de las personas cercanas, y que es aún más aguda cuando proviene de personas o imágenes idealizadas o admiradas, como ciertos familiares y amigos

Los hallazgos empíricos sugieren que los compañeros, amigos y otras influencias sociales contribuyen a través de comentarios y críticas al desarrollo de la percepción de la figura corporal apropiada

y deseable (Meno, C. y Col. 2008) lo que es más común en el caso del sexo femenino. Tales estereotipos de belleza pueden difundirse entre los miembros de la familia desde edades muy tempranas.

### **Ingreso económico:**

Contra lo que muchos suponen, los trastornos alimentarios no están asociados únicamente a las chicas de clase media o alta. En los últimos 10 años se extendió de manera progresiva a las clases más bajas, donde las posibilidades de tratamiento y diagnóstico son escasas. Así tenemos que en año 2008 la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) en Argentina durante una campaña realizada encontraron que, en contra de lo que el imaginario colectivo podría pensar, existe una gran cantidad de niños y adolescentes pobres padecían bulimia y anorexia nerviosa, pero no estaban ni diagnosticados ni en tratamiento. También se destacó el alto grado de desinformación por parte del entorno familiar de los chicos respecto de estos trastornos.

### **Procedencia**

Los trastornos de conducta alimentaria se consideran propias del mundo occidental y de las grandes urbes, aunque en los últimos años se ha comprobado que su incidencia aumenta en países subdesarrollados y afecta a personas de diversos estratos sociales y regiones como las rurales, (Apfeldorfer, G. 2004). A pesar de ello, la

investigación y atención, en su mayor parte, se han centrado únicamente en las grandes urbes.

Algunos estudios muestran que este tipo de trastornos no son exclusivos de las zonas desarrolladas sino que está presente también en las zonas rurales, tal como lo ha señalado Toro, J. (2004), a que no se restringen a cierta raza, género, condición social o geográfica. Gandarillas, A. y C. Febrel (2000) han indicado que la región geográfica no es un predictor de trastorno alimentario, lo cual es constatado por Avilés, D. (2007) al demostrar que 4,5% de adolescentes residentes de una comunidad de la región sur del Estado de México manifestaron síntomas de anorexia, sobresaliendo en ello la motivación para adelgazar y los patrones y estilos alimentarios.

Concluyendo, la anorexia y la bulimia son padecimientos que se han ido extendiendo en todas partes, sin distinguir estado económico o precedencia.

### **Moda**

Margulis, M. (2000) señala que “La moda no se limita a la vestimenta, consiste en una lógica temporal que regula los cambios y los reemplazos en las preferencias de los sujetos sociales”. Es un fenómeno complejo que se manifiesta en muy diversas expresiones de la vida social

Según las estadísticas, 90 % de quienes padecen anorexia y bulimia nerviosa son mujeres de temprana edad entre los 12 y los 25 años dentro del sistema educativo. Olkies, J. (2006) afirma que: "Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones; para los varones esto ocurre en menor medida". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin importar los costos.

En contraposición a la delgadez de los modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en las últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal, así la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación (Polivy, J. y C. Hernán 2002).

### **Medios de comunicación**

En la actualidad, el adolescente convive con una serie de factores culturales comprendidos en gran parte por los medios de comunicación masiva (MCM). En ellos se incluyen a la publicidad comercial, el mercado de bienes de consumo masivo y a las industrias tecnológicas que en muchas ocasiones prometen la adquisición de la tan solicitada felicidad con el fin de generar

conductas consumistas que constantemente encontramos en nuestra sociedad actual.

La difusión que hacen los MCM a través de una serie de imágenes, tiene como fin principal comunicar, acaparar la atención y vender productos. Sin embargo, estas imágenes en muchas ocasiones terminan siendo el modelo a seguir de algunos adolescentes, quienes encuentran en los anuncios y en los productos nuevas formas de expresión que los ayudan a desprenderse de la personalidad infantil, para darle paso a una nueva personalidad.

Margulis, M. (2005) Afirma que “El discurso juvenil actual se constituye en el conjunto: música, imagen y se expresa en forma multimediática. También es evidente que la publicidad no es sólo de objetos, sino también promoción de nuevas placas discográficas, a través de los videoclips.” Es posible que los medios estén generando la fabricación excesiva de novedades que a su vez generan la creación de estereotipos que transforman de manera continua a la sociedad.

Para Alegret, J. (2005) “La imagen corporal derivada de la moda y de los modelos publicitarios forma parte, casi inevitable, de la vida cotidiana, ya que está implícita en la cultura y la forma de vivir de nuestra sociedad, abierta a los medios de comunicación, televisión, publicidad, etc.” La imagen corporal, por lo tanto, está a su vez socialmente determinada a partir del entorno sociocultural en el cual se desenvuelva el individuo. Suele suceder que los individuos que

poseen las características de los ideales de belleza que se presentan en los MCM, algunos de ellos se autovaloran positivamente, mientras los que se apartan de estos ideales de belleza suelen tener una baja autovaloración, sentimiento de inseguridad y de insatisfacción de la propia imagen, esto nace casi siempre de las continuas exigencias y representaciones sociales que los MCM promueven como símbolo de éxito, de belleza y de felicidad, siendo la misma sociedad la que a través de los medios promueve de manera insistente una cierta idealización del cuerpo; se fomenta la creencia de considerar más importante la apariencia física como un elemento fundamental en el desarrollo social del individuo.

Guelar, D. y R. Crispo (2001) describen la influencia que tienen los MCM al mencionar "el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa casi únicamente a través de la imagen corporal". Este enaltecimiento del ideal de cuerpo que ha sido promovido por los MCM y el bombardeo de la publicidad en la sociedad, ha repercutido en mayor medida en los adolescentes, ya que éstos están tratando de responder al prototipo de hombre y mujer 'perfectos'. La constante aprobación o desaprobación del propio cuerpo ha traído, por lo tanto, graves trastornos alimenticios.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo que puede conducirle a un estado de inanición , es decir una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales (Freyre, E. 2003).

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

Hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicas (Freyre, E. 2003).

### **2.2.3 Factores de riesgo**

Son aquellas circunstancias que predisponen a las personas a algunas situaciones de riesgo para su salud e integridad física psicológica o social.

### **2.2.4 Factores biológicos**

Los factores biológicos son los encargados de todas nuestras características y rasgos físicos, tales como IMC, el sexo, la edad, los cuales en algunas circunstancias actúan como factores de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria tales como anorexia y bulimia nerviosa (Guadamarra, R. y S. Mendoza 2011).

### **2.2.5 Factores Psicológicos**

Son aquellas características personales que determinan la personalidad de un individuo, entre estos factores encontramos al autoestima que es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad; y la percepción de la imagen corporal que es la manera como cada persona se ve y acepta sus rasgos físicos (Garner, D. 2000).

### **2.2.6 Factores sociales**

Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren, entre estos factores tenemos a la familia, amigos, ingreso económico, año de estudios, procedencia, los medios de comunicación y la moda (Tomás, R. y A. Millán 2008).

### **2.2.7 Conductas Alimentarias**

Según la definición dada por Osorio y colaboradores, es el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos”, advirtiendo al respecto que en forma general los patrones alimentarios se forman y se aprenden, mas no se heredan (Fernández, L. 2004).

## **2.3 HIPÓTESIS:**

**H<sub>a</sub>:** Los factores biopsicosociales tienen relación significativa con las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla. Cajamarca 2012.

**H<sub>0</sub>:** Los factores biopsicosociales no tienen relación significativa con las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en alumnas de las instituciones educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla. Cajamarca 2012.

## **2.4 VARIABLES**

### **2.4.1 Variable independiente:**

Factores biopsicosociales

### **2.4.2 Variable dependiente:**

Conductas de riesgo frente anorexia nerviosa y bulimia

## 2.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<b>Independiente</b>				
<b>Factores Biopsicosociales</b>	<p>Son aquellas condiciones y características que influyen en los estilos de vida y conductas de un grupo de individuos. Dentro de estos están considerados los aspectos biológicos (edad, IMC) como psicológicos (autoestima, percepción de la imagen corporal) y sociales (amigos, ingreso económico, procedencia, moda, medios de comunicación y educación) (Bobadilla, B. 2006)</p>	<p>a) F. biológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad</li>   <li>▪ Índice de masa corporal (IMC)</li> </ul>	<p>Tiempo de vida que tiene una persona desde su nacimiento hasta la actualidad. (OMS)</p> <p>El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo: <math>P/T^2</math> (OMS).</p> <p>Para la evaluación del IMC en el presente trabajo de investigación se utilizó las tablas según la OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 14a – 16a</li> <li>▪ 17a- mas</li>   <li>▪ Bajo peso</li> <li>▪ Peso normal</li> <li>▪ Sobrepeso</li> <li>▪ Obesidad</li> </ul>

		<p><b>a) F. Psicológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autoestima</b></li>   <li>• <b>Percepción de la imagen corporal</b></li> </ul>	<p>Es el sentimiento valorativo del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. se medirá a través del inventario de Coopersmith (58 ítems)</p> <p>La imagen corporal se fundamenta en la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja: 47 o menos</li> <li>▪ Normal: 48 - 54</li> <li>▪ Alta: 55 o mas</li>   <li>▪ Me siento a gusto con mi cuerpo.</li> <li>▪ No me siento a gusto con mi cuerpo</li> </ul>
--	--	--	--	---

		<p><b>b) F. social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amigos</b></li>   <li>• <b>Ingreso económico</b></li>   <li>• <b>Procedencia</b></li> </ul>	<p>Personas que tienen aproximadamente la misma edad, comparten los mismos intereses, tienen costumbres y una organización. (Tomás R. y A. Millán 2008)</p> <p>Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un período determinando, sin aumentar ni disminuir sus activos netos. (Diccionario de economía, administración y finanzas)</p> <p>Lugar de origen de una persona, es decir el lugar donde nació o el lugar donde se desarrolló.(RAE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación en el grupo de amigos por mi forma de ser</li> <li>• Aceptación en el grupo de amigos por cómo me veo.</li>   <li>• De S/. 500 a S/.1000</li> <li>• De S/.1000 a S/.1500</li> <li>• S/.1500 a mas</li>   <li>• Rural</li> <li>• Urbano</li> </ul>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moda</b></li>   <li>• <b>Medios de comunicación</b></li> </ul>	<p>La moda es una costumbre que está en boga en determinada región durante un cierto periodo de tiempo. Se trata de una tendencia adoptada por una gran parte de la sociedad.</p> <p>Instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional; hace referencia a los medios de comunicación masivos.(Dic. Univ. Metropolitana ciencias de la educación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es importante</li> <li>• No es importante</li>   <li>• Internet</li> <li>• Redes sociales</li> <li>• Televisión</li> <li>• Radio</li> <li>• Periódicos</li> <li>• Revistas</li> </ul>
--	--	--	--	---

<b>Dependiente</b>				
<p><b>Conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa</b></p>	<p>Son todas aquellas actitudes y comportamientos frente a la alimentación que adquieren las personas que presentan riesgos de adquirir anorexia y bulimia nerviosa. (Fernández, L. 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actitudes y comportamientos alimentarios frente a anorexia nerviosa</b></li>   <li>• <b>Actitudes y comportamientos alimentarios frente a bulimia nerviosa</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manera o forma de comportarse frente a las prácticas de alimentación, como: restricción de alimentos, ejercicio exagerado, etc.</li>   <li>▪ Manera o forma de comportarse frente a las prácticas alimentarias como: ingesta de grandes cantidades de alimentos, inducción al vómito, etc.</li> </ul> <p>Esta variable se medirá a través del inventario de trastornos alimentarios (ITA). (Hartley 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riesgo I: de 106 a 306</li> <li>▪ Riesgo II: de 79 a 105</li> <li>▪ Riesgo III: 51 a 78</li> </ul>

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO:**

El tipo de estudio del presente trabajo de investigación es:

#### **DESCRIPTIVO CORRELACIONAL:**

Nos permitirá analizar y describir la correlación que existe entre la variable dependiente (conductas de riesgo frente a anorexia nerviosa y bulimia) y la variable independiente (factores biopsicosociales) frente a la anorexia nerviosa y bulimia.

#### **3.1.1 DE DISEÑO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y TRANSVERSAL:**

**Observacional:** el presente estudio es de diseño observacional ya que la variable independiente no es manipulable, mas solo se va a observar el efectos de los factores biopsicosociales sobre la conducta de las alumnas de la muestra.

**Prospectivo:** es de diseño prospectivo ya que se realizó a través de la aplicación de instrumentos como: un cuestionario para identificar los factores sociales, el test de autoestima de coopersmith y un inventario de trastornos alimentarios, a cada uno de las alumnas incluidas en la muestra de estudio, para identificar los factores de riesgo biopsicosociales, y así también identificar las conductas relacionadas con el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa.

**Transversal:** es de diseño transversal ya que se estuvo en contacto con las alumnas de la muestra una sola vez para la aplicación de los instrumentos.

### 3.2 POBLACIÓN:

En el presente trabajo de investigación la población estudiada está constituida por los alumnos del 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de educación secundaria matriculados en el año 2012 de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, Guillermo Urrelo, Ramón Castilla y María de Nazaret de la ciudad de Cajamarca.

<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA I.E</b>	<b>Nº DE ALUMNAS MATRICULADOS- 2012</b>
<b>PRIVADOS</b>	María de Nazaret	80
	Ramón Castilla	82
<b>PÚBLICOS</b>	Juan XXXIII	815
	Guillermo Urrelo	68
<b>TOTAL (N)</b>		<b>1045</b>

### 3.3 MUESTRA:

#### **TÉCNICA DE MUESTREO**

Para determinar la muestra en el presente estudio se utilizara la técnica del muestreo estratificado, donde cada institución educativa representara un estrato diferente, sin embargo debemos tener en cuenta que dichos

estratos son diferentes entre sí pero presentan características homogéneas.

$$n = \frac{N \sum N_i P_i Q_i}{N^2 \frac{e^2}{z^2} + \sum N_i P_i Q_i} =$$

Donde:

**Z** = Coeficiente de confianza del 95%

**P** = proporción de la población

**Q** = 1 – P

**N** =total de la población

**e** =Error máximo en las estimaciones.

I.E.	Población	P <sub>h</sub>	Q <sub>h</sub>	P <sub>h</sub> Q <sub>h</sub>	P <sub>h</sub> Q <sub>h</sub> N <sub>h</sub>	Muestras
Juan XXIII	815	0,95	0,05	0,0475	38,71	66
María de Nazaret	80	0,8	0,2	0,16	12,80	21
Ramón Castilla	82	0,93	0,07	0,0651	5,34	18
Guillermo Urrelo	68	0,90	0,1	0,09	6,12	16
<b>Total</b>	1045				62,97	121

Se trabajara con 121 alumnas de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de las instituciones educativas de nivel secundario previamente seleccionadas.

### **3.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada una de las alumnas de 4to y 5to año de educación secundaria de las instituciones educativas: María de Nazaret, Ramón Castilla, Guillermo Urrelo y Juan XXIII de la ciudad de Cajamarca los cuales fueron seleccionados dentro de la muestra de estudio.

### **3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la presente investigación la recolección de información se aplicó un cuestionario elaborado y validado por las investigadoras que consta de 16 preguntas abiertas y cerradas con contenido de interés para la investigación, también se utilizó el inventario de trastornos alimentarios (ITA), y el test de autoestima de Coopersmith.

La información será recolectada en las instituciones educativas incluidas dentro de la muestra de estudio para luego ser procesada y analizada correspondientemente.

#### **Cuestionario:**

Elaborada para la presente investigación que pretende obtener información necesaria sobre las características del grupo poblacional con el que se trabajará, así mismo se busca información sobre el entorno familiar y social; dicho instrumento incluye también información sobre el peso y talla la cual nos permitirá obtener el Índice de Masa Corporal (IMC). Este último es un indicador objetivo del peso en relación a la estatura que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros. A partir de estos datos se clasificará a

los adolescentes de acuerdo a los niveles de peso del IMC sugeridos por la OMS (2006).

**Tabla de percentiles del IMC según la OMS (2006)**

<b>Edad (Años:m eses)</b>	<b>Obesidad <math>\geq + 2SD</math> (IMC)</b>	<b>Sobrepeso <math>\geq +1a \leftrightarrow +2SD</math> (IMC)</b>	<b>Normal <math>\geq -1a \leftrightarrow +1SD</math> (IMC)</b>	<b>Desnutrición leve <math>\geq -2a \leftrightarrow -1SD</math> (IMC)</b>	<b>Desnutrición Moderada <math>\geq -3a \leftrightarrow -2SD</math> (IMC)</b>	<b>Desnutrición Severa <math>&lt; -3SD</math> (IMC)</b>
13:0	$\geq 26,2$	21,8-26,1	16,6-21,7	14,9-16,5	13,6-14,8	$< 13,6$
13:6	$\geq 26,8$	22,3-26,7	16,9-22,2	15,2-16,8	13,8-15,1	$< 13,8$
14:0	$\geq 27,3$	22,7-27,2	17,2-22,6	15,4-17,1	14,0-15,3	$< 14,0$
14:6	$\geq 27,8$	23,1-27,7	17,5-23,0	15,7-17,4	14,2-15,6	$< 14,2$
15:0	$\geq 28,2$	23,7-28,1	17,8-23,4	15,9-17,7	14,4-15,8	$< 14,4$
15:6	$\geq 28,6$	23,8-28,5	18,0-23,7	16,0-17,9	14,5-15,9	$< 14,5$
16:0	$\geq 28,9$	24,1-28,8	18,2-24,0	16,2-18,1	14,6-16,1	$< 14,6$
16:6	$\geq 29,1$	24,3-29,0	18,3-24,2	16,3-18,2	14,7-16,2	$< 14,7$
17:0	$\geq 29,3$	24,5-29,2	18,4-24,4	16,4-18,3	14,7-16,3	$< 14,7$
17:6	$\geq 29,4$	24,6-29,3	18,5-24,5	16,4-18,4	14,7-16,3	$< 14,7$
18:0	$\geq 29,5$	24,8-29,4	18,6-24,7	16,4-18,5	14,7-16,3	$< 14,7$

### **Inventario de autoestima de Coopersmith:**

El inventario fue conceptualizado por primera vez por Stanley Coopersmith en 1967. Diseñado específicamente para medir la autoestima en los niños entre las edades de ocho a 15, el inventario ha sido posteriormente adaptado a las poblaciones adultas e incluso es útil para medir otras características importantes, aparte de la autoestima, especialmente en los adultos.

Es un instrumento de auto-reporte de 58 ítems, dentro del mismo el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es "igual que yo" o "distinto a mí". El inventario está referido a la percepción de la persona en cuatro áreas: autoestima general, social, familiar, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems.

- Autoestima General: En este apartado se conoce el nivel de aceptación con el que la persona valora su conducta auto descriptiva.
- Autoestima Social: En este apartado se conoce el nivel de aceptación con el que la persona valora su conducta en relación a sus pares.
- Autoestima Familiar: En este apartado se conoce el nivel de aceptación con el que la persona valora su conducta en relación a su contexto familiar.

- Autoestima Escolar Académica: En este apartado se conoce el nivel de aceptación con el que la persona valora su conducta en relación a su ámbito escolar.

Calificación:

Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos.

Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del Instrumento. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, (T= 67 o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

Por último, se pueden sumar todos los puntajes (menos la escala M) para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo.

## Pauta de Corrección

	Igual que Yo	Distinto a Mi		Igual que Yo	Distinto a Mi
1	G		30		G
2	G		31		G
3		G	32	S	
4	S		33		FH
5	FH		34	M	
6	M		35		E
7		E	36	G	
8		G	37		G
9		G	38		G
10	G		39		S
11	S		40		FH
12		FH	41	M	
13	M		42		E
14	E		43		G
15		G	44		G
16		G	45	G	
17		G	46		S
18	S		47	FH	
19	FH		48	M	
20	M		49		E
21	E		50		G
22		G	51		G
23	G		52		G
24	G		53		S
25		S	54		FH
26		FH	55	M	
27	M		56		E
28	E		57		G
29	G		58		G

T	AUTOESTIMA
47 o menos	BAJA
48 - 54	NORMAL
55 o mas	ALTA

### **Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA):**

Se trata de un instrumento que sirve para determinar el riesgo de padecer trastornos alimentarios, que ha sido construido y adaptado por Hartley (1999) en base a un instrumento previo elaborado por Marcés y Delgado en 1995. A través del inventario se pueden obtener tres niveles de riesgo de presentar trastornos alimentarios. El Riesgo I, está

compuesto por aquellas personas que puntúan entre 106 y 306 (cuarto y último quintil), el Riesgo II se encuentra entre 79 y 105 puntos y el Riesgo I se encuentra entre 51 a 78 en la escala total del inventario.

**Tabla de puntuación del inventario de trastornos alimentarios**

<b>Puntaje total por quintil</b>	<b>Quintil</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
51- 78	Primero	20	20
79- 91	Segundo	20	40
92- 105	Tercero	20	60
106- 130	Cuarto	20	80
131- 306	Quinto	20	100

Tabla obtenida de Perpiña (1995 Hartley 1999)

**3.4.1 MÉTODO DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V19, en el cual se elaboró una base de datos con la información obtenida de los instrumentos aplicados, para posteriormente obtener los resultados mediante tablas de doble entrada; las cuales fueron analizadas y confrontadas con la literatura.

**3.4.2 CRITERIOS ÉTICOS.**

**Autonomía “Libre albedrio”** La participación fue de carácter voluntario, para garantizar que las adolescentes puedan rechazar o aceptar ser parte del trabajo de investigación.

**No maleficencia.** Principio de la bioética que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mayor que el maleficio. En la investigación se

tuvo en cuenta sobre los beneficios, puesto que no hubo riesgo de causar daño a la persona ya que solo se buscó obtener información necesaria para fines netamente de investigación.

**Justicia.** La población de estudio estuvo conformada por todas las adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de las instituciones educativas Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla Cajamarca 2012, donde todas las alumnas tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas.

**Beneficencia.** El presente trabajo de investigación benefició a las instituciones educativas por q sirvió para que tengan conocimiento sobre los riesgos de las adolescentes de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 01. Factores biológicos de las alumnas de las Instituciones Educativas:**

**Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla -  
Cajamarca 2012**

FACTORES BIOLÓGICOS	INSTITUCIONES EDUCATIVAS								TOTAL	
	J XXIII		MN		AGU		RC		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
<b>Edad</b>										
14 -16 a	53	80,3	17	80,9	16	88,9	15	93,7	101	83,5
17 - más	13	19,7	4	19,1	2	11,1	1	6,3	20	16,5
<b>IMC</b>										
Bajo peso	3	4,5	2	9,5	1	5,6	1	6,3	7	5,8
Normal	53	80,4	15	71,4	12	66,6	14	87,4	94	77,7
Sobre peso	9	13,6	3	14,2	5	27,8	1	6,3	18	14,8
Obesidad	1	1,5	1	4,9	0	0	0	0	2	1,8

Fuente: cuestionario elaborado y validado por las autoras

En la presente tabla se observa que el 83,5% corresponde a las alumnas entre 14 a 16 años, y el 16,5% son de 17 a más, dichas edades corresponden a la adolescencia propiamente dicha, en la cual se presentan los cambios físicos, psicológicos y sociales en su mayor plenitud.

Según Fisher, S. (1994) la adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se producen importantes cambios físicos y psicológicos. Así mismo existen cambios en la imagen corporal los cuales llevan consigo una reevaluación del propio cuerpo, muchas veces en esta reevaluación influyen

aspectos culturales marcados por los modelos estéticos predominantes en la sociedad.

Ackard, D. y C. Peterson (2001), reportaron que la interiorización del modelo de imagen corporal predominante comienza en la infancia y se manifiesta con mayor fuerza durante la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos durante esta etapa, el aumento del tejido adiposo es un cambio físico específico muy importante en las adolescentes, muchas veces es causantes de un correspondiente aumento en la insatisfacción corporal.

Urrejola, P. (2008), refiere que la anorexia y bulimia nerviosa pueden aparecer entre los 10 y 25 años tomando como promedio los trece años de edad, sin embargo Baiges, M. (2006) en un estudio realizado en España encontró que la edad de las jóvenes diagnosticadas con anorexia fue entre 15 y 18 años, en tanto los mayores de 18 años tienen menos riesgo de iniciar esta enfermedad debido a que en ellas se alcanza la mayor madurez psicológica y social que permite afrontar la vida con mayor seguridad.

Así mismo la presente tabla muestra que el 77,7% de las alumnas presentan un IMC normal; esto es muy importante considerando que la adolescencia como etapa crucial en el desarrollo de la persona implica múltiples cambios sobre todo anatómo fisiológicos, por lo tanto el cuerpo necesita de distintos nutrientes que se pueden conseguir con adecuados hábitos nutricionales (Romero, M. 2007). Sin embargo cabe resaltar que las alumnas del estudio presentan sobrepeso y obesidad en un 14,9% y 1,7% respectivamente. Si bien

es cierto son porcentajes bajos, es de mucha preocupación porque según Fernández, L. (2004) sufrir sobrepeso u obesidad aumenta el riesgo de presentar trastornos de conductas alimentarias como anorexia y bulimia nerviosa.

Está claro que la adolescencia es una etapa de riesgo para desencadenar trastornos alimentarios, resaltándose que si a este factor se le agrega la presencia de sobrepeso hay un riesgo aún mayor de presentar dichos trastornos psicológicos. Dada esta situación las adolescentes con sobrepeso y obesidad constituyen un verdadero caldo de cultivo para los trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 02. Factores psicológicos de las alumnas de las Instituciones Educativas:  
Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla  
Cajamarca - 2012**

FACTORES PSICOLÓGICOS	INSTITUCIONES EDUCATIVAS									
	J XXIII		MN		AGU		RC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Autoestima</b>										
Baja	44	66,7	10	47,6	12	66,7	9	56,3	75	61,9
Media	19	28,8	8	38,1	6	33,3	7	43,7	40	33,1
Alta	3	4,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0	6	5,0
<b>Percepción de la imagen corporal</b>										
Se siente a gusto con su cuerpo	31	47,0	9	42,9	8	44,4	5	31,3	53	43,8
No se siente a gusto con su cuerpo	35	53,0	12	57,1	10	55,6	11	68,7	68	56,2

Fuente: test de autoestima de coopersmith

En la tabla 02 se observa que más de la mitad (58,7%) de las alumnas de la muestra presentan autoestima baja, mientras que solamente el 25,6% lo tienen normal. Este resultado es preocupante teniendo en cuenta que la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Por lo tanto, tener un nivel de autoestima bajo puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. Lo cual significa que las alumnas del estudio están enfrentadas a situaciones relacionadas con la anorexia y bulimia nerviosa.

Es así que Margulis, M. (2000) en un estudio realizado en Argentina demuestra patrones muy preocupantes en las mujeres con autoestima baja, entre los que resaltan: inhabilidad para poder controlar su vida, vulnerabilidad a la depresión y tendencia a verse así mismas como menos capaces de lo que en realidad son. Este estudio estuvo apoyados por la premisa siguiente: “la baja autoestima de las mujeres es el resultado de una larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad”, “la baja autoestima es el detonador de muchos de los problemas psicológicos que afectan a la mujer de hoy”, “la baja autoestima tiene relación con los problemas psicológicos, pues las mujeres se ven menos capaces, menos creativas, gordas, feas e inútiles”.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal de las alumnas del estudio tenemos que el 56,2% de ellas no se sienten a gusto con su cuerpo, y en su mayoría respondieron que el motivo de la inconformidad es su peso corporal.

Actualmente y sobre todo en la cultura occidental los problemas relacionados con la imagen corporal van en aumento, se ha observado que las alteraciones de esta pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La imagen corporal consiste en las opiniones, creencias y sentimientos de una persona acerca de su propio cuerpo y de su aspecto físico. Tener una imagen corporal positiva significa sentirse bastante satisfecho del propio aspecto físico, valorando el propio cuerpo por sus capacidades y aceptando sus imperfecciones. Si una persona está rodeada de gente que creen que las

mujeres deben tener medidas específicas para ser bellas, sentirá que si no tiene esas medidas no será bella, pero si su entorno cree y ella confía en que la belleza es el buen uso de los atributos que tiene, buscará utilizar bien sus recursos y se sentirá consigo satisfecha.

La imagen corporal forma parte de la auto-imagen global de una persona. Por lo tanto, la forma en que una persona se siente con respecto a su cuerpo puede repercutir sobre la forma en que se siente con respecto a sí mismo y viceversa, esto es clave en la adolescencia, donde la identidad aún no está consolidada y la autoestima puede resentirse por la forma física (Guadarrama, R. y S. Mendoza 2011).

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto físico que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se miran al espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atlético; las niñas quieren ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que atraigan al sexo opuesto. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, cuando no lo tienen trae como consecuencia la aparición de un trastorno biológico y hasta trastornos psicológicos, la aparición de desórdenes como la anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios. Las chicas tienden a ser menos felices con su aspecto físico que los varones de la misma edad, probablemente por la influencia cultural sobre los atributos físicos de las mujeres (Guadarrama, R. y S. Mendoza 2011).

**Tabla 03. Factores sociales de las alumnas de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012**

FACTORES SOCIALES	INSTITUCIONES EDUCATIVAS									
	J XXIII		MN		AGU		RC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Amigos</b>										
Por cómo me veo	10	15,2	9	42,9	5	27,8	5	31,3	29	23,9
Por mi forma de ser	56	84,8	12	57,1	13	72,2	11	68,7	92	76,1
<b>Ingreso económico</b>										
S/. 500 a 1000	46	69,7	0	0,0	8	44,4	0	0,0	54	44,7
S/. 1000 – 1500	11	16,7	8	38,1	7	38,9	7	43,8	33	27,3
S/. 1500 a más.	9	13,6	13	61,9	3	16,7	9	56,3	34	28,0
<b>Procedencia</b>										
Rural	18	27,3	0	0,0	4	22,2	1	6,3	23	19,0
Urbano	48	72,7	21	100,0	14	77,8	15	93,7	98	81,0
<b>Moda</b>										
Es importante	30	45,5	14	66,7	10	55,6	7	43,8	61	50,4
No es importante	36	54,5	7	33,3	8	44,4	9	56,2	60	49,6
<b>Medios de comunicación</b>										
Internet	35	53,0	13	61,9	9	50,0	11	68,7	68	56,2
Televisor	24	36,4	4	19,0	5	27,8	4	25,0	37	30,6
Radio	7	10,6	3	14,3	4	22,2	1	6,3	15	12,4
Rev. / Periódicos	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8

Fuente: cuestionario elaborado y validado por las autoras

En la presente tabla se observa que el 76,1% de las alumnas refieren que sus amigos las aceptan por su forma de ser, mientras que el 23,9% de ellas mencionan sentirse aceptadas por su apariencia física. El grupo de amigos en la adolescencia juega un papel fundamental, es así que wiley, J. (2001) menciona que las adolescentes sufren una serie de transiciones físicas y psicológicas, pues su cuerpo experimenta multitud de cambios, los mismos que combinados con el deseo natural de ser aceptados, hacen que les resulte

tentador compararse físicamente con los demás, siendo muchas veces esto negativo para la aceptación del adolescente.

El grupo de compañeros en los adolescentes es un fenómeno esperable, permite al adolescente sentirse contenidos dentro de una zona intermedia, que ya no es la familia ni la sociedad; sino más bien es el contexto de descubrimiento más favorable del adolescente, y los tranquiliza durante el período de cambio; durante la adolescencia se cuestiona la pertenencia familiar por la necesidad de buscar nuevos núcleos que definan su identidad, el grupo de pares le permite al adolescente la apertura hacia un ambiente fuera del núcleo familiar, lo que le da el espacio para la búsqueda de independencia, es un momento donde el adolescente intenta ser libre, pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos, suele verse a través de los ojos de sus compañeros y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de la conducta. En esta etapa los amigos ejercen una gran influencia ya que se busca sentir que se pertenece al grupo, pero este aspecto también puede influir negativamente ya que se pueden presentar burlas y comentarios negativos sobre el aspecto físico lo cual puede repercutir negativamente sobre su autoimagen corporal y la autoestima de quien los recibe.

Así mismo la tabla muestra que el 55,4% tiene un ingreso económico mensual de 1000 soles a más y el 44,7% tiene un ingreso económico menor a 1000 soles. Para Ravines, P. (2006) el ingreso económico es un factor muy importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentarias (TCA)

pues refiere que a mayor ingreso económico que perciban las familias mensualmente mayor serán las propinas que reciben las adolescentes, por lo tanto estas pueden ser usadas en comprar distintos productos de belleza entre ellos cremas reductoras, matricularse en gimnasios, comprar pastillas adelgazantes entre otros, influenciados por el entorno social ya que todas comparten el mismo ideal "no engordar".

Por otro lado se tiene que el 19% de las alumnas proceden de la zona rural, mientras que el 81% de las alumnas proceden de la zona urbana. En un estudio realizado por Fisher, S. (1994) encontró que son las adolescentes del área urbana quienes presentan mayor deseo de adelgazar, ya que en su mayoría estas presentan una distorsión del autoimagen viéndose y sintiéndose obesas aun siendo delgadas, esto se debe a que las adolescentes que viven en las ciudades tienen mayor influencia de los medios de comunicación, quienes imparten un ideal de belleza basado en la delgadez, por esta razón a los trastornos de conducta alimentaria se consideran propias del mundo occidental y de las grandes urbes, aunque en los últimos años se ha comprobado que su incidencia aumenta en países subdesarrollados y afecta a personas de diversos estratos sociales y regiones como las rurales (Aberastury, A. y M. Knobel 2005).

En cuanto a la moda se tiene que más de la mitad (50,4%) de las adolescentes del estudio consideran que la moda es importante; pues se ven influenciadas por las tendencias de moda, la misma que es difundida a través de los medios de comunicación. En una investigación realizada en Guatemala se encontró

que un considerable porcentaje de los adolescentes manifestaron que les gusta estar a la moda, porque tienen estilos juveniles y modernos, convirtiéndose en un atractivo muy fuerte para ellos, cuando están vestidos a la moda, su autoestima crece, sintiéndose identificados dentro de su grupo social coetáneo. La moda es para muchas personas una expresión cultural, en cambio otros lo consideran una tontería o algo sin importancia. Pero además de la faceta que ocupa en la vida de cada uno, la moda tiene un efecto secundario muy importante en las familias en las que hay adolescentes, lo cual suele ser la principal fuente de conflictos entre padres e hijos, pero lo quieran o no, la moda forma parte de la vida de una gran parte de los adolescentes, además, en la mayoría de los casos, la moda es una forma de comunicación y de desarrollo muy eficaz y también una manera de mostrar su rebeldía (Toro, J. 2004).

Muchos piensan que la moda no incomoda; y es que definitivamente la variedad produce placer. La industria del diseño crea a diario toda clase de accesorios para satisfacer todo tipo de gustos y disgustos. La moda se origina en el deseo de adornar el propio cuerpo para ejercer un mayor atractivo sexual

La elección de modas satisface necesidades sociales genuinas, definidas por la clase social, la edad, los grupos. Un estilo de vestido o peinado satisface la necesidad de los adolescentes de "pertenecer" a un mundo privado no regido por los adultos (Tomas, R. y A. Millan 2008).

Vale aclarar también que nuestro país se caracteriza por ser excesivamente consumista en cuanto a la estética y la apariencia, por lo que dentro de esta aclaración ocupa un lugar destacado la vestimenta, la cual obviamente varía

según el gusto de cada una de las personas; y éste interés por la apariencia comienza a estar a la vista de todos en la etapa de la adolescencia evidenciando que existe la transculturación, porque están adquiriendo rasgos culturales de sociedades de otras latitudes; en este caso las tendencias “de moda” que los personajes famosos, especialmente del ámbito de la farándula suelen usar. Se pudo comprobar que aunque en menor escala, los adolescentes se sienten identificados con estos personajes por su forma de vestir, por la personalidad que poseen, porque siempre están a “la moda”, y admiran sus cualidades artísticas (Morduchowicz, R. 2010).

En cuanto a los medios de comunicación se observa que el 68% y 37% de las alumnas utilizan mayormente el internet y la televisión respectivamente. Actualmente vivimos en una sociedad bombardeada por diferentes medios de comunicación como la televisión, el internet, la radio y los periódicos, siendo los más usados el internet y la televisión ya sea porque brindan información o entretenimiento. Estos medios de comunicación influyen en la conciencia de los adolescentes ya que absorben muchas actitudes poco saludables aprendidas desde estos medios durante la infancia, pero estas pueden ser puestas en acción durante la adolescencia (Garner, D. 2000).

Los medios de comunicación influyen directa e indirectamente en los valores que transmiten los grupos de socialización primarios como son la familia y la escuela, quienes se encargan de generar en primer lugar el espacio en el que se crean los valores de referencia, en general y en particular en relación al cuerpo y sus atributos. Una vez proyectado el mensaje los medios de

comunicación también se encargan de reforzarlo a través de la exposición selectiva y repetida de contenidos e imágenes. Así los medios de comunicación representan el principal vehiculizador de los estándares culturales de belleza asociados al cuerpo, y esta presión por la delgadez para las mujeres se ha intensificado en los últimos años (Garner, D. 2000).

Todos los medios de comunicación suelen ser utilizados con el fin de desarrollar la cultura de la población, y de controlar las reacciones de los receptores, cabe destacar que los medios de comunicación son medios del poder, donde se trata de vender estilos y formas de vida, donde se utiliza la imagen visual para manipular a las personas. En muchos de los casos el material presentado por la televisión no es beneficioso para el público receptor.

Los adolescentes están muy influenciados por los modelos estéticos corporales imperantes en la sociedad actual, en la que tanto los medios de comunicación de masas como los personaje-referencia (cantantes, gimnastas, modelos etc) juegan un papel importantísimo propagando estereotipos. Podría decirse que la difusión de mensajes publicitarios pro-adelgazamiento sigue un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Son las adolescentes las principales víctimas, pues se muestran más insatisfechas con su físico y perciben su imagen corporal menos positiva que sus homólogos masculinos. El poder de esta presión social queda reflejado en el hecho de que esta preocupación por el peso se produce incluso cuando el peso corporal se encuentra dentro de los límites normales.

En las últimas décadas han aumentado exponencialmente los casos de anorexia y bulimia especialmente en las adolescentes. Aunque las causas de estos desordenes son múltiples, la investigación científica ha probado la influencia de los medios de comunicación, según un estudio realizado en México "Influencia de los medios de comunicación en la aparición de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en adolescentes", muestra que a la mayoría de adolescentes les gustaría parecerse a alguna modelo o actriz, los cuales son difundidos precisamente por estos medios. Asimismo, las adolescentes se ven más influenciadas por información de internet acerca de los artistas, modelos, actrices, etc. lo cual la mayoría de veces genera una idea errónea del cuerpo ideal, induciéndolas a perder peso y generando en ella trastornos alimentarios.

En los medios de comunicación: prensa, televisión, revistas, etc; el concepto de delgadez va siempre unido en miles de anuncios a un futuro de riqueza, felicidad y éxito (Díez, I. 2005).

Con respecto a las redes sociales Morduchowicz, R. (2010) afirma que estas juegan un papel importante en el incremento de la anorexia y la bulimia, resaltándose que los adolescentes son más propensos a ser influenciados rápidamente por las cosas que leen o ven, ya que en esta etapa se está formando su personalidad.

Por otro lado los adolescentes suelen tomar muy en cuenta las opiniones de sus amigos y familiares, ya que en las redes sociales se publican comentarios que pueden ser negativos afectando significativamente la autoestima del adolescente.

Las redes sociales como lo dice su nombre son para cumplir finalidades sociales, a pesar de que esta herramienta puede ser usada a cualquier edad las estadísticas indican que más de la mitad de usuarios son jóvenes y adolescentes (el 80 % tiene entre 12 y 30 años). Además en estos lugares se crea algo muy importante, la lista de amigos, para los jóvenes y adolescente amigos en las redes sociales no tiene el mismo significado que en la vida real; En las redes sociales, amigo, es todo aquel que ha sido invitado a visitar el sitio personal en la red” (Morduchowicz, R. 2010).

El ministerio de educación de Argentina explica que en una encuesta que se hizo a 3500 adolescentes sobre qué es lo más importante para ellos la respuesta que tuvo mayoría fue “Tener muchos amigos y ser popular” esto indica que a pesar de que la actual generación vive rodeada de tecnología, sus amistades siguen siendo tan importante como en generaciones pasadas, solo que ahora existen diferentes mecanismos de comunicación entre ellos (Morduchowicz, R. 2010).

**Tabla 04. Riesgo de las alumnas de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012**

RIESGO	INSTITUCIONES EDUCATIVAS									
	J XXIII		MN		AGU		RC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo I	10	15,2	5	23,8	4	22,3	3	18,8	22	18,2
Riesgo II	18	27,3	6	28,6	8	44,4	6	37,5	38	31,4
Riesgo III	38	57,5	10	47,6	6	33,3	7	43,8	61	50,4

Fuente: Inventario de trastornos alimentarios (ITA)

En la presente tabla se observa que el 18,2% de las alumnas del estudio presentan riesgo I, y el 31,4 % de las mismas presentan riesgo II, los cuales corresponden a los puntajes más elevados del inventario, por lo tanto, estas alumnas tienen un mayor riesgo de sufrir anorexia y bulimia nerviosa. Los trastornos de la conducta alimentaria han ido incrementándose en los últimos años, especialmente en la adolescencia, convirtiéndose en una preocupación social y clínica. En las últimas décadas los problemas asociados con la imagen corporal han sido ampliamente documentados como factores de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa); sin embargo, situaciones como: crisis depresivas, estrés, ansiedad, estado nutricional (sobrepeso u obesidad), entorno social, género, edad e incluso ciertas actividades consideradas como "riesgosas" danza, gimnasia, boxeo, físico-culturismo, etc. pueden ser causales de aparición de dichos trastornos, ocasionando alteraciones en el estado físico, nutricional y emocional del que los padece. Frecuentemente diagnosticados en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, quienes son constantemente expuestos a situaciones capaces de desencadenar o aumentar el riesgo de padecer dichas patologías (Acevedo, J. 2008).

**Tabla 05. Relación entre los factores biológicos y las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla - Cajamarca 2012**

FACTORES BIOLÓGICOS	Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria						Total	valor p	
	Riesgo I		Riesgo II		Riesgo III				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Edad</b>									
DE 14 – 16	19	86,4	32	84,2	50	81,9	101	83,5	0.883
DE 17 a más	3	13,6	6	15,8	11	18,1	20	16,5	
<b>IMC</b>									
Bajo peso	1	4,5	0	0,0	6	9,8	7	5,8	0.000
Normal	11	50,0	32	84,2	51	83,6	94	77,7	
Sobre Peso	8	36,4	6	15,8	4	6,6	18	14,8	
Obesidad	2	9,1	0	0,0	0	0	100	1,8	

Fuente: Inventario de trastornos alimentarios (ITA)

La tabla 5 nos muestra que según el chi – cuadrado (Valor p 0,883) no existe relación significativa entre el riesgo y la edad. Este resultado coincide con los hallados por Ravines, P. (2006), donde obtiene que no hay relación significativa entre la edad de las alumnas y las actitudes favorables para desarrollar anorexia y bulimia nerviosa.

No existe edad determinada para el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo se considera a los adolescentes (de 11 a 19 años según la OMS) como un grupo de mayor riesgo; pues las adolescentes debido al momento evolutivo de cambio fisiológico, cognitivo-emocional y psicosocial, constituyen un grupo de mayor probabilidad para que aparezca sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. Probablemente vinculada a la interiorización de estándares culturales sobre la estética y el peso corporal ideal para las mujeres.

La aparición de desórdenes alimentarios durante la adolescencia representa, una adaptación desajustada a las transiciones específicas que se producen durante el desarrollo. Las tareas evolutivas de transición de la infancia a la adolescencia incluyen como tarea primordial la integración de un cuerpo en rápida "transformación" asimilando los cambios para desarrollar una buena imagen corporal. Pero este no representa el único momento vulnerable, el paso de la adolescencia a la vida adulta supone una segunda oportunidad de alto riesgo para la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.

La **OMS** en un estudio mediante encuestas a estudiantes de 72 países muestra que la proporción de mujeres jóvenes que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla; es más elevada que la de los jóvenes aumentando significativamente con la edad. Así tenemos, adolescentes preocupadas por su peso a los 11 años entre el 22 al 44% de las niñas, a los 13 años entre el 30 al 40% de las niñas, a los 15 años el 37 al 61% de las niñas, por lo tanto podríamos decir que la edad no es un factor de riesgo determinante para la anorexia y la bulimia nerviosa.

En cuanto a la relación del IMC con riesgo de TCA, la tabla muestra que si existe relación significativa (Valor  $p < 0,000$ ). Estos resultados tienen similitud con los reportados por Rabines. P (2006) donde también encontró relación significativa entre el IMC y las actitudes favorables frente a anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En un estudio realizado por Samáno, R. y col. (2011), en estudiantes de 12 a 19 años del Distrito Federal de México, se observó que aquellos adolescentes que sobrestimaron su peso, presentaron mayores prevalencias de trastornos

de conducta alimentaria; un fenómeno similar se presentó en sujetos de 13 a 18 años, de ambos sexos, donde se observó que aquellos individuos con sobrepeso y obesidad, determinada a partir del IMC percentilar, presentaron mayores prevalencias de trastornos de conducta alimentaria, concluyéndose que a mayor IMC, mayor influencia de factores socioculturales, principalmente en mujeres, y que a mayor insatisfacción con la imagen corporal mayor impacto generará los mencionados factores.

En España, desde 2005, las modelos con un IMC inferior a 18 ya no están autorizadas a participar en desfiles. Esta medida se tomó para combatir el riesgo de anorexia entre las jóvenes fácilmente influenciables; cabe resaltar que para la **OMS**, en personas normales jóvenes y adultas, un IMC menor de 18,5 indica necesariamente bajo peso, significando que las pasarelas han asumido un IMC que está de todas formas, por debajo de lo normal.

La influencia de estos cánones de delgadez en la moda no es la única razón que puede causar trastornos alimentarios, pero sí un desencadenante, ya que forman parte de lo que en terapia se conoce como influencias culturales (Ruiz, P. 2012).

**Tabla 06. Relación entre los factores psicológicos y las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla Cajamarca – 2012**

-FACTORES PSICOLÓGICOS	Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria								Valor p
	Riesgo I		Riesgo II		Riesgo III		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Autoestima</b>									
Baja	16	72,7	24	63,2	35	57,4	75	61,9	0,0001
Media	4	18,2	14	36,8	22	36,1	40	33,1	
Alta	2	9,1	0	0,0	4	6,5	6	5,0	
<b>Imagen corporal</b>									
Conforme con su cuerpo	5	22,7	13	34,2	35	57,4	53	100	0,040
No conforme con su cuerpo	17	77,3	25	65,8	26	42,6	18	100	

Fuente: Inventario de trastornos alimentarios (ITA)

La presente tabla nos muestra que según el chi- cuadrado si existe relación significativa (Valor  $p < 0,0001$ ) entre el nivel de autoestima y las conductas de riesgo, encontrando similitud con la investigación realizado por Rabines, P. (2006) donde encontró que el 87,5% de las alumnas con autoestima alta presenta una actitud desfavorable frente a la anorexia y bulimia nerviosa, y el 86 % de las alumnas con autoestima baja tiene actitud favorable frente a estos trastornos.

Garner, D. (2000) define al autoestima como una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en la sociedad, de modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que

las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

Martínez, P. (2003), menciona que científicos del desarrollo humano, como Peretz, Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o falta de él. Según algunos estudios citados por García, I. (2010), las personas que presentan una autoestima normal, muestran un mayor control de sus impulsos, con más frecuencia se auto refuerzan, refuerzan a otros más a menudo, se auto afirman, son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas, poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo. Otros autores como Toro, J. (1996) y Rosen, J. y E. Ramírez (1998) destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta la baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones.

En su obra sobre "El cuerpo como delito". Toro refiere que las mujeres, mucho más que la mayoría de los hombres, tienden a construir su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen que piensan las demás

personas acerca del mismo, el auto concepto femenino suele fundarse significativamente en su atractivo corporal.

Al contrario de lo que se pueda pensar, no son sólo las adolescentes con problemas de sobrepeso las que pueden caer en un trastorno alimentario. Jóvenes delgadas y deportistas, perfectamente sanas desde el punto de vista físico, también están en riesgo de padecer la enfermedad. Más que con el aspecto del cuerpo en sí, el trastorno tiene que ver con la autoestima.

La tabla también muestra que de las alumnas con riesgo I el 77,3% refiere no sentirse conforme con su cuerpo, así mismo el 57,4% de las alumnas que presentan riesgo III si se siente conformes con su cuerpo, por lo tanto según el chi- cuadrado si existe relación significativa entre estas dos variables (valor p 0,04).

La adolescencia es un periodo en el que los jóvenes están continuamente evaluándose unos a otros según su aspecto físico. Esto en algunos casos, puede llegar a crear una verdadera obsesión y todo esto es debido a que la adolescencia es un periodo especialmente delicado para la formación y aceptación de la imagen corporal de los jóvenes. Aunque la imagen corporal es cambiante y sensible a los estados de ánimo del adolescente y su ambiente físico, también se forma a partir de las experiencias que el adolescente tiene y de la gente que lo rodea; padres de familia, modelos, los medios de comunicación, y sus compañeros, quienes con sus críticas positivas o negativas le ayudan a formarse una idea de su propio cuerpo.

La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos es especialmente influenciada a esta edad, por ello, disponer de un buen nivel de autoestima será clave para que las opiniones de sus iguales y los medios de comunicación no interfieran de forma negativa en su desarrollo.

Actualmente los adolescentes manifiestan afinidad hacia una determinada estética impuesta por la sociedad contemporánea, esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su apariencia física y lleven a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado; en ambas formas se presenta una distorsión en la percepción de la imagen y el peso corporal.

Es importante destacar que, la percepción que la persona tiene de su propia imagen corporal está considerada entre los principales factores que condicionaría en parte las conductas alimentarias de riesgo (Hernández, M. 2006).

**Tabla 07. Relación entre los factores sociales y las conductas de riesgo frente a anorexia y bulimia nerviosa en las alumnas de las Instituciones Educativas: Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo Y Ramón Castilla - Cajamarca 2012**

FACTORES SOCIALES	Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria								Valor p	
	Riesgo I		Riesgo II		Riesgo III		TOTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Amigos</b>										
Por cómo me veo	20	90,9	7	18,4	2	3,3	29	23,0	0,010	
Por mi forma de ser	2	9,1	31	81,6	59	96,7	92	76,1		
<b>Procedencia</b>										
Rural	3	13,6	4	10,5	16	26,2	23	19,0	0,119	
Urbana	19	86,4	34	89,5	45	73,8	98	81,0		
<b>Ingreso económico</b>										
s/. 500 - 1000	10	45,5	14	36,8	30	49,2	54	44,7	0,693	
s/. 1000 – 1500	5	22,7	10	26,4	18	29,5	33	27,3		
s/. 1500 a más	7	31,8	14	36,8	13	21,3	34	28,0		
<b>Moda</b>										
Importante	18	81,8	24	63,2	19	31,1	61	50,4	0,004	
No Importante	4	18,2	14	36,8	42	68,9	60	49,6		
<b>Medios de comunicación</b>										
TV	8	36,4	3	7,9	26	42,6	37	30,6	0,004	
Radio	3	13,6	7	18,4	5	8,2	15	12,4		
Revistas y Periódicos	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	0,8		
Internet	10	45,5	28	73,7	30	49,2	68	56,2		

Fuente: Inventario de trastornos alimentarios (ITA)

En la tabla se observa que según el chi- cuadrado si existe relación significativa entre el grupo de amigos y el riesgo de padecer (valor p: 0.010).

Según Bermúdez, M. y col. (2010) en una investigación sobre el rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares; los resultados sugieren que la influencia negativa de estos, en interacción con la insatisfacción corporal puede ser un factor importante en el desarrollo natural de los trastornos del comportamiento alimentario.

Se debe tener en cuenta que el grupo de amigos es el contexto de descubrimiento más favorable del adolescente, pues los tranquiliza durante el periodo de cambio, este le permite al adolescente la apertura hacia un ambiente fuera del núcleo familiar, lo que le da el espacio para la búsqueda de su independencia, por lo mismo suele verse a través de los ojos de sus compañeros y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, el código de ropa o de la conducta.

En esta etapa el grupo de amigos ejerce una gran influencia ya que el adolescente busca sentir que pertenece a un grupo, sin embargo este aspecto también puede influir de manera negativa ya que se pueden presentar burlas y comentarios sobre el aspecto físico, lo cual puede repercutir negativamente sobre su autoimagen corporal y el autoestima.

La tabla también muestra que según el chi- cuadrado no existe relación significativa entre la procedencia y el riesgo de padecer TCA (Valor p: 0,119). Tinat, K. (2008), afirma que el terreno fértil para el desarrollo de los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosa se compone esencialmente de tres factores culturales: La evolución del papel femenino, es decir las mujeres intentan encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito y lo que se espera tradicionalmente de ellas; La preocupación por la apariencia y la imagen corporal que corresponde al desarrollo de la moda; La obsesión cultural por la obesidad y el control de peso. Aunque estos tres factores sean propios de las sociedades industrializadas la autora encontró que de las jóvenes que asistían a las instituciones médicas afines no procedían forzosamente de las familias adineradas de la ciudad como se suele creer sino que algunas de ellas vivían

lejos de la capital en zonas semi rurales y rurales del país, por lo tanto concluye que el proceso de modernización y sus efectos económicos, sociales y culturales hacen eco con los procesos de aculturación vividos por la personas de la zona rural, lo cual está afectando a las adolescentes de dicha zona.

Algunos estudios muestran que este tipo de trastornos no son exclusivos de las zonas desarrolladas sino que está presente también en las zonas rurales, tal como lo ha señalado Toro, J. (2004), ya que no se restringen a cierta raza, género, condición social o geográfica. Gandarillas, A. y C. Febrel (2000), han indicado que la región geográfica no es un predictor de trastorno alimentario, lo cual es constatado por Avilés, D. (2007) al demostrar que 4,5% de adolescentes residentes de una comunidad de la región sur del Estado de México manifestaron síntomas de anorexia, sobresaliendo en ello la motivación para adelgazar y los patrones y estilos alimentarios.

En la tabla se observa que no existe relación significativa entre el ingreso económico y el riesgo de TCA (valor P: 0,693). Contra lo que muchos suponen, los trastornos alimentarios no están asociados únicamente a las chicas de clase media o alta. En los últimos 10 años se extendió de manera progresiva a las clases más bajas, donde las posibilidades de tratamiento y diagnóstico son escasas. Así tenemos que en el año 2008 la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) en argentina durante una campaña realizada encontraron que, en contra de lo que el imaginario colectivo podría pensar, encontraron que una gran cantidad de niños y adolescentes pobres padecían bulimia y anorexia nerviosa, pero no estaban ni diagnosticados ni en

tratamiento. También se destacó el alto grado de desinformación por parte del entorno familiar de los chicos respecto de estos trastornos.

Las observaciones de la Asociación Argentina para la Prevención de Trastornos Alimentarios (APTA) coinciden al afirmar que "Cada vez más mujeres de clases económicas más bajas, con necesidades básicas insatisfechas y tanto de mayor como de menor edad padecen trastornos de alimentación". Desde esta entidad consideran que el paciente necesita y debe ser obligado por los padres, amigos u otras personas a asistir a la consulta, pero que el entorno suele negar la existencia de la enfermedad.

En el caso de la asociación de lucha contra la bulimia y anorexia (ALUBA), las consultas aumentaron hasta un 20 por ciento anual durante la última década. En 2009 sólo la sede de la Ciudad de Buenos Aires recibió alrededor de 800 pacientes, mientras que cerca de 300 se atendieron en el resto de las delegaciones. La ONG advirtió que las personas de menores recursos tardan más tiempo en acercarse a consultar y que esto se debe no sólo al desconocimiento total de la enfermedad y de los síntomas, sino que en algunos casos hasta ignoran cómo se llama.

Los estudios internacionales sobre trastornos de alimentación describen a mujeres caucásicas, de clase media a alta como las que muestran mayor tendencia a desarrollar cuadros de bulimia y anorexia, sin embargo en la realidad vemos que estos trastornos no discriminan a las adolescentes según la clase social (Gonda, L. 2010).

La tabla también muestra que si existe relación significativa entre la moda y el riesgo de TCA (valor p: 0.004). En muchos adolescentes debido a los cambios físico y psicológicos que atraviesan; la moda puede producir en ellos una preocupación extrema por su apariencia física: queriendo lucir cuerpos esculturales, ropa de moda, accesorios, todo aquello que sea novedoso, porque les interesa adornar su cuerpo para ejercer un mayor atractivo sexual. Dentro de esta etapa se enmarca la búsqueda de la identidad, que forma parte de un proceso saludable y vital, siendo lento y prolongado influenciado por factores endógenos y exógenos recibidos a través de la familia, escuela, amigos, por medio de principios, valores, costumbres, tradiciones, creencias, que le ha ido transmitiendo una cultura. El adolescente va ensayando una y otra manera de ser; si los logros en sus primeras etapas: confianza, autonomía, iniciativa e industriosisidad están consolidadas, sentará las bases para afrontar las crisis de la vida adulta.

Indiscutiblemente la moda fomenta los trastornos de la conducta alimentaria afirma Navarro, F. (2012), pues la anorexia y la bulimia son consecuencia de una vanidad excesiva de moda entre jóvenes de 15 a 23 años, quienes siguen estereotipos impuestos por artistas o modelos sin pensar en lo que significan esos padecimientos.

Los anunciantes no son personas particularmente malvadas empeñadas en engañarnos y embaucarnos, lo que hacen es proporcionarnos imágenes que ya nos resultan seductoras, dar voz y eco a un sistema de valores que equipara virtud e imagen y exige la delgadez como aspecto correcto. El gran problema

es que la mayoría de las mujeres no tiene la forma corporal que la cultura les impone y son vulnerables a estos mensajes. Es como si la biología apuntara hacia un lado y la presión estética sociocultural hacia otro (Etxebarria, L. 2002).

También la tabla muestra que si existe relación significativa entre los medios de comunicación y el riesgo de TCA (valor p: 0.004). Pues los medios de comunicación nos invaden con imágenes de un ideal de cuerpo delgado para las mujeres, un ideal corporal que ha perdido peso progresivamente desde la década de los 50. El ideal de mujer presentado en la actualidad en los anuncios, de televisión y música normalmente podría calificarse como alta, blanca, con un cuerpo "tubular" (sin curvas) (Polivy, J. Y C. Herman 2002), para muchas adolescentes y mujeres adultas este ideal irreal que retratan los medios es percibido como real. Estas imágenes se centran en el valor del aspecto y la delgadez por lo que tienen un impacto negativo significativo en la satisfacción corporal, preocupación del peso, patrones alimentarios y bienestar emocional de las mujeres.

La influencia que los medios de comunicación ejercen en nuestra sociedad condiciona la necesidad de estudiar el papel que juegan éstos en el inicio y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los estudios desarrollados a tal efecto muestran resultados concluyentes: una clara relación entre la exposición a los medios de comunicación (televisión, internet, revistas) con el inicio y mantenimiento de la insatisfacción corporal, patología alimentaria y en el peor de los casos el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria. Pues observamos que las mujeres que se presentan en la

televisión, las películas y las modelos de moda son excepcionalmente delgadas.

Puede decirse que las mujeres están siendo sometidas a un permanente acoso publicitario a través de la televisión, las revistas femeninas y suplementos correspondientes de diarios que tienen como objetivo principal incitar al consumo masivo de productos y servicios relacionados con la belleza. El término acoso se ha utilizado con toda intención porque se trata de un abuso psicológico letal, sistemático y continuado, que no es tan diferente del acoso moral que propone Bustos, O. (2011) quien sostiene que se trata de atropellos psicológicos que ocurren cada día, que no dejan heridas visibles ni cadáveres, pero que ejercen un profundo daño en quienes lo sufren. Pero todo esto se puede resolver por la vía del consumo. Así, la publicidad se aprovecha de esta situación y se elige como protagonista. En otras palabras, las mujeres han logrado liberarse de ciertas prisiones, pero se han encerrado en la prisión estética; los estereotipos sexistas promovidos y difundidos sobre todo por la publicidad, con énfasis en el culto a la delgadez como un ideal a alcanzar, inciden en la insatisfacción con la imagen corporal, que a su vez se convierte en factor de riesgo para la salud, pudiendo derivar en trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia. Asimismo, sigue persistiendo una tiranía o dictadura sobre los cuerpos de las mujeres, en comparación con el de los hombres. Las formas de someter o castigar el cuerpo en épocas antiguas, ahora se han sofisticado o han tomado nuevas formas, si bien ya no con la misma crueldad, pero sí con serios daños. Ya no existe el corsé o el cinturón de castidad, pero ahora la cultura, específicamente los medios de

comunicación tanto impresos como electrónicos y la publicidad en particular, al promover el culto a la delgadez, imponen otro tipo de castigos como las cirugías, los vendajes, los alimentos "milagrosos" o las dietas restrictivas, lo que ha derivado en trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia, las cuales tienen serias repercusiones en la salud. Hay estudios que muestran que uno de cada cinco anoréxicas fallece y 30% corre el riesgo de quedar con problemas serios de riñones, hígado, estómago o del tracto digestivo.

En medio de ese bombardeo se encuentran las mujeres, especialmente las adolescentes, más influidas que los varones por la presión social y cultural, por los prejuicios contra la gordura, los falsos mitos, exageraciones y estereotipos negativos que se asocian al peso excesivo, a la obesidad.

Cabe recalcar que los púberes son más propensos a ser influenciados rápidamente por las cosas que leen o ven por internet, ya que debido a su edad, son demasiado volubles.

Desde los años 90 los expertos han detectado un nuevo fenómeno en la red, las webs Pro-Ana y Pro-Mia. En realidad, lo que estos nombres "inofensivos" esconden es un diminutivo de Pro Anorexia y Pro Bulimia. Las creadoras normalmente son webs dirigidas y creadas por adolescentes quienes defienden estas enfermedades como forma de vida para llegar a ser "princesas"; el lema de estas páginas es "Nadie dijo que fuera fácil llegar a ser princesa". Estas webs pretenden ser un refugio para las chicas que padecen esta enfermedad

ya que consideran que nadie entiende su forma de vida y que tienen derecho a vivir así ya que ellas lo han elegido.

Es la preocupante conclusión de un informe elaborado por la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) y la Asociación contra la Bulimia y la Anorexia (ACAB). Los autores sostienen que la principal dificultad para evitar la proliferación de contenidos son la falta de decisiones políticas para regularlos y el poco compromiso de los proveedores que les dan cabida. El director de IQUA, Álex Fernández, destacó que actualmente, en un buscador de Internet como Google, aparecen alrededor de 500.00 páginas pro anorexia y pro bulimia en menos de un segundo, que el 75% de personas que consultan estos contenidos de la red son menores de edad" y que Internet está inundada de contenidos altamente perjudiciales para la salud.

El fenómeno de los sitios que justifican y alientan en la Web los trastornos alimentarios preocupa a médicos, psicólogos y autoridades desde hace algunos años, pero son tantas las posibilidades que inaugura a diario Internet que la batalla es cada vez más difícil: a los sitios "pro-ana" (pro anorexia) y "pro-mia" (pro bulimia) se sumaron, en primer lugar, los blogs y fotologs que militan en la misma dirección y promueven entre las adolescentes enfermedades que pueden llevarlas a la muerte. Luego, llegó el momento de las redes sociales, donde este tipo de contenidos se viralizan de manera peligrosa.

Ninguna alarma es exagerada. Lo que uno encuentra en esas páginas es aterrador. En su fotolog, una argentina de 15 años muestra su foto con la mano cortada. Y explica en el epígrafe: es la herida número 50 que me hice. Me la remarco cada vez que como y le fallo a ana. En un mail que llegó a Clarín una chilena convoca a chicas argentinas a sumarse al proyecto de crear un movimiento, grande, masivo, a favor de la anorexia. Basta de censura, basta de esconderse, basta de oscuridad. Defendamos lo que somos.

En España, una ONG orientada a luchar contra peligros para la infancia derivados de Internet trabaja en el tema desde hace años. Ya logró cerrar miles de páginas y está al frente de la Campaña Contra la Anorexia y la Bulimia en Internet. Según sus estadísticas, el 44% de las personas que consultan esos sitios son latinoamericanas, muchas de ellas argentinas, El 75% tenía menos de 18 años y una de cada tres aseguraba no contar con sus padres para afrontar su enfermedad (Elustondo, G. 2012).

La apología de la anorexia y la bulimia también está proliferando considerablemente a través de las redes sociales como Facebook, Twitter, Hi5 o Tuenti, según revela el estudio presentado en España. Explica Fernández, L. (2012) que las personas que comparten estos contenidos son como una comunidad sectaria, como una religión que tiene unos anhelos, unos deseos, un vocabulario, un afán de autoayuda, un estilo de vida y hasta un día de aniversario que tiene como último objetivo la pérdida de peso.

Según el informe, el perfil de los usuarios de estos contenidos revela que el 95% son chicas que quieren adelgazar a cualquier precio y que aprovechan Internet para aprender cómo bajar de peso de manera rápida, o cómo anular lo que comieron a través de distintos métodos, todos muy dañinos para la salud (Elustondo, G. 2012).

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

1. El factor biológico que tiene relación significativa con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria es el IMC (Valor p: 0,000).
2. Los factores psicológicos que tiene influencia significativa con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria son la autoestima (Valor p: 0,0001) y la percepción de la imagen corporal (Valor p: 0,040), teniendo en cuenta que imagen corporal y autoestima están estrechamente relacionados, la alteración negativa de estos genera un mayor riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosa.
3. Los factores sociales que tiene relación significativa con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria son: los amigos (Valor p: 0,010), la moda (Valor p: 0,004) y los medios de comunicación (Valor p: 0,004). Los factores sociales son los que tienen mayor influencia sobre estos trastornos.
4. Aproximadamente la mitad de las alumnas presentan un riesgo considerable de padecer anorexia y/o bulimia nerviosa, resultados preocupantes para nuestra sociedad si tenemos en cuenta las consecuencias que estos problemas traen.

## RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a las a alumnas de la Escuela Académico Profesional de Enfermería continuar una línea de investigación en temas relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, para de esta manera despertar el interés en el personal encargado para que se busque la forma de prevenir este tipo de problemas
2. Se sugiere a los servicios de salud que incluyan en los programas del adolescente medidas preventivas que comprendan los siguientes elementos: educación nutricional correcta y oportuna para buscar una alimentación balanceada sana en los adolescentes, buscando desarrollar en él una conciencia crítica respecto a lo propuesto por los medios de comunicación y modelos culturales en relación al cuidado de la imagen corporal.
3. Las instituciones educativas Juan XXIII, María de Nazaret, Guillermo Urrelo y Ramón Castilla, deben brindar orientación psicológicas dirigidas a mejorar la autoestima personal y el control de emociones, y a través de esto disminuir el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**Aberastury, A. y M. Knobel.** La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico. México Buenos Aires y Barcelona. 2005.

**Aceituno, J.** La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. España. 2004 [acceso 06 de enero del 2012] Disponible en:  
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jas/anorexia.shtml>.

**Acevedo, J.** La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes. [Tesis] Lima - Perú. 2008

**Albornos, P. y L. Matos.** Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa en pacientes atendidos en el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado Noguchi. Rev. de NeuroPsiquiatría. Perú 2001. [Acceso 23 de diciembre del 2011] Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro\\_psiquiatria/v64\\_n2/perfil.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v64_n2/perfil.htm)

**Alegret, J.** Adolescentes: Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Barcelona. 2005

**Apfeldorfer, G.** Anorexia, Bulimia y Obesidad. España. 2004

**Ackard, D. y C. Peterson.** Association Between puberty and disordered Eating, body image, and other psychological variables. Internacional Journal of Eating. 2001

**Asociación americana de psiquiatría.** Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona - España 2003.

**Avilés, D.** Actitud negativa hacia la alimentación (anorexia nerviosa) entre padres e hijos. [Tesis]. México 2007.

**Barriguete, A.** La adicción por la delgadez. Art. Rev. CML. México 2001. [Acceso: 12 de febrero del 2012] Disponible en:  
[www.comoves.unam.mx/articulos/anorex.html](http://www.comoves.unam.mx/articulos/anorex.html).

**Baiges, M.** Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Madrid. España 2006.

**Baile, J. y G. Osorio.** Relación entre la autoestima, imagen corporal y tendencias a sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. 2009.

**Behar, R. y col.** Clinical characteristics and gender identity among eating disordered patients subtypes. Rev. Med. Chile. 2004 [Acceso: 15 de febrero del 2012]. Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.1146/full>

**Bermúdez, M y col.** El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. Rev. Psicol. México 2010. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2009/mip091b.pdf>

**Bobadilla, B.** Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia. Guía para el Profesorado. Madrid - España 2006.

**Bustos, O.** Los medios y la construcción de género: factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. Rev. Cient. México 2011. Disponible en:  
[http://www.derechoacomunicar.amedio.org.mx/pdf/num2/5-olga\\_bustos.pdf](http://www.derechoacomunicar.amedio.org.mx/pdf/num2/5-olga_bustos.pdf)

**Castillo, G.** Los adolescentes y sus problemas. España 1995.

**Carta, I. y col.** Body image: a preliminary study off the administration off the body uneasiness test (but) to investigate specific features off eating disorders, anxiety, depression, and obesity. Toronto 2008.

**Cervera, M.** Riesgo y Prevención de la Anorexia y la Bulimia. Edit. Pirámide. España 2005.

**Chinchilla, N.** Valores y ecología humana. Edit. Navarra. España 2003

**Cooper, P. y M. Taylor.** Body image disturbance en bulimia nerviosa. British journal off psychiatry. New York 1987.

**Cruz, S. y C. Maganto.** Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. Revista de psicología general y aplicada. España 2008. [Acceso: 05 de julio del 2011]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/24a.pdf>.

**Delval, J.** El desarrollo Humano. México 1999.

**Duker, M. y R. Slade.** Anorexia Nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. México 1999.

**Echeburúa, E. y Col.** Trastornos de Personalidad en Pacientes Aquejados de Anorexia y Bulimia Nerviosa. España 2000. [Acceso: 15 de diciembre del 1012] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/48911308/Trastorno-de-Personalidad-y-anorexia>.

**Díez, I.** La anorexia nerviosa y su entorno socio – familiar. España 2005. [Acceso: 05 de agosto del 2013] Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>

**Espido, F.** Cuando comer es un infierno: confesiones de una bulímica. España 2004.

**Etxebarría, L.** Beatriz y los cuerpos celestes. España 2002.

**Fernández, L.** Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. México 2004. [Acceso el 23 de junio del 2012]

Disponible en:

[http://www.scp.com.co/precop\\_files/modulo7vin\\_4/PrecopVol7N45.pdf](http://www.scp.com.co/precop_files/modulo7vin_4/PrecopVol7N45.pdf).

**Fisher, S.** The evolution off psychichological concepts about de body. New york 1994.

**Fize, M.** Crisis de la Adolescencia: ¿pasaje obligado?. Rev. Cultural. México 2007. [Acceso el 21 de febrero del 2013]. Disponible en:

<http://www.internenes.com/index.php?module=recursos&func=jugar&grp>.

**Freyre, E.** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Rev. Diagnóstico. Perú 2003. [Acceso el 26 de mayo del 2012]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/números/2003/mayjun03/17-22.html>.

**Gálvez, G.** Bulimia y anorexia ya son epidemia. España 2010. [Acceso el 12 de noviembre del 20122012]. Disponible en:

<http://www.mpuebla.com/nota.php?id=17239>.

**Gandarillas, A. y C. Febrel.** Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. [Tesis] Madrid. 2000.

**García, I.** Autoestima a través de la relajación. Edit. Grupo universitario. Granada 2010.

**Garner, D.** Sociocultural factors in the development off anorexia nervosa, Psychological medicine. Toronto 2000

**Guadarrama, R. y S. Mendoza.** Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. [Tesis en línea] México 2011 [acceso el 15 de agosto del 2012]. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jspiCve=2921596301>. Consultado.

**Guelar, D. y R. Crispo.** Bulimia un mapa para recorrer un territorio transformado. Edit. Gedisa. Barcelona 2001.

**Guidice, J.** Body image concerns of the adolescent female and the impact on self-esteem and life satisfaction Interdisciplinary - Dissertations & Theses Fairleigh Dickinson University. EEUU 2006.

**Hartley, J.** Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares. Pontificia Universidad Católica. Lima. [Tesis en línea] Perú 1999. [acceso el 22 de diciembre del 2012]. Disponible en:

[http://tesis.pucp.edu.pe/.../634/HERRERA\\_TAPIA\\_TALIA\\_VALIDEZ.pdf?](http://tesis.pucp.edu.pe/.../634/HERRERA_TAPIA_TALIA_VALIDEZ.pdf?)

**Haworth, S.** The critical shape of body image: the role of culture and the family in the production of eating disorders. Toronto 2000

**Herrera, T.** Validez y Confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en una Muestra de Adolescentes Varones Universitarios y Pre Universitarios de Lima Metropolitana. [Tesis en línea] Perú 2008. [Acceso el 22 de diciembre del 2012]. Disponible en:

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/pdf?sequen>.

**Hernández, M.** Tratado de Nutrición. Madrid - España 2006

**Hernández I.** La anorexia nerviosa y su entorno socio - familiar. Perú 2005. pág. 141-147

**Instituto Nacional de Salud Mental: Honorio Delgado Noguchi.** Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. Lima – Perú 2002.

**Jiménez, F.** Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia Y bulimia. [Monografía en línea] Madrid 2008. [Acceso el 15 de setiembre del 2012]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos59/Trastornos-conducta-alimentaria/trastornos-conducta-alimentaria2.shtml>.

**Leung, N.** Core beliefs in anorexic and bulimic women. Journal off nervous and mental disease. New York 1999.

**Lang, J.** Eating disoreders afflicting men, too. Escripps howard newss services 2001. [acceso el 10 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.eatingdis.com/men.htm>.

**Lahortiga, F. y col.** Incidence off eating disorders in Navarra. España 2005.

**Lipovetsky, G.** La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama 2002.

**Loreto, M.** Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Chile 2006. Rev. PCH. [acceso el 18 de febrero del 2012]. Disponible en: [www.Revistachilenadepediatria.com7/trab.bajos59/Metro.mht](http://www.Revistachilenadepediatria.com7/trab.bajos59/Metro.mht).

**Madrugá, D. y col.** Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. España 2007. [Acceso el 15 de diciembre del 2011]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf).

**Makino, M. y col.** Prevalence off eating disorders: A comparison off western a non – western countries. General medicine. España 2004.

**Margulis, M.** La juventud más que una palabra. Argentina 2000. [Acceso el 25 de enero del 2013]. Disponible en: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf)

**Marín, M.** Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Rev. nutr. chile 2002. [Acceso el 2 de enero del 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0715182002000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0715182002000200002&script=sci_arttext)

**Martínez, P. y Col.** Estudio epidemiológica de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Revista de Psicología de la PUCP. Perú 2003.

**Mead, M.** Adolescencia y cultura. Argentina 1998. [Acceso el 1 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-adolescencia-y-cultura-en-samoa/9788475096346/151107>

**Medina, L. y Col.** Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica. México 2003.

**Morduchowicz, R.** Niños y adolescentes presos en las Redes Sociales. Rev. Cient. Argentina 2010. [Acceso el 6 de junio del 2012]. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/escuelaymedios/material/redes.pdf>.

**Meno, C. y Col.** Familial and individual variables as predictor of dieting concerns and binge eathing in college females. Argentina 2008.

**Morales, A. y col.** Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. Rev. PC. Costa Rica 2002.

**Muñoz, A.** La acción deportiva, psicología y psicopatología del deporte. Madrid 1999.

**Muss, R. y E. Helmut.** Teorías de la adolescencia. Biblioteca del hombre contemporáneo. Madrid 1998.

**Mujtaba, T. y A. Furnhan.** A cross-cultural study of parenteral conflicto and eating disorders in a non-clinical simple. Int J Soc Psychiatry. New york 2001.

**Navarro, F.** La moda aumenta el riesgo de anorexia y bulimia. Rev. Med. México 2012. [Acceso el 6 de junio del 2012] Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia//18/924128/riesgo-an-bn.html>

**Olkies, J.** Anorexia y bulimia. Rev ST. Chile 2006 [acceso el 18 de junio del 2012]  
Disponible en: <http://www.digitaltraduc.com/index.html>.

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** Global database on body mass Index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2006. [Acceso el 5 de junio del 2012]. Disponible en:  
<http://www.who.int/bmi/index.jsp>.

**Unidad de Nutrición Clínica.** Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Universidad de Chile.

**Parinango, M.** Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E Parroquial Santa Rosa de Lima. [Tesis en línea] Perú- 2005. [Acceso el 13 de diciembre del 2012]. Disponible en:  
[www.cybertesis.edu.pe/handle/.../11/browse?...Parinango](http://www.cybertesis.edu.pe/handle/.../11/browse?...Parinango).

**Pike, K. y J. Rodin.** Mothers daughters and disordered eating. España 1991.

**Polivy, J. Y C. Herman.** Causes of eating disorders. Annual Review of Psychology, 53 (1), 187-213. Toronto 2002.

**Ramos, L.** Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa. Edit. Laguna Argentina 2007.

**Ravines, P.** Actitudes y factores biopsicosociales frente a la anorexia y bulimia en adolescentes del nivel secundario en las instituciones educativas [Tesis]. Cajamarca 2006.

**Rodríguez, L.** Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. [Tesis]. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2008.

**Rosen, J. y Ramirez E.** A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. Journal of Psychosomatic Res. España 1998. Pág. 441-449.

**Ruíz, A. y col.** Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. [Monografía en línea]. México 2005 [acceso el 05 de abril del 2012]. Disponible en:

[www.defensordelmenor.org](http://www.defensordelmenor.org) Consultado el 25 de marzo del 2012.

**Ruiz, P.** Las modelos de la Fashion Week, entre la normalidad y la malnutrición leve. Rev. Moda. Argentina 2012. [Acceso el 30 de enero del 2012]. Disponible en: [http://www.laopinion.com/anorexia\\_modelos\\_pasarelas\\_fantasma\\_fotos\\_video](http://www.laopinion.com/anorexia_modelos_pasarelas_fantasma_fotos_video)

**Samáno, R. y col.** Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. [Monografía en línea]. México 2011 [acceso el 13 de diciembre del 2012]. Disponible en:

<http://www.alanrevista.org/ediciones/2012/2/?i=art6>

**Saldaña, M.** Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid. 2005

**Sandin, B. y cols.** Manual de psicopatología. Madrid – España 2008

**Servillo, A.** Bulimia y anorexia dos caras de una misma moneda. Rev. VBM Lima 2008. [Acceso el 17 de junio del 2012]. Disponible en: [www.librosenlinea.com.mx/ecommerce](http://www.librosenlinea.com.mx/ecommerce).

**Tiggemann, M.** Effect off gender compisition off school on body concerns in adolesvcent women. New York 2000.

**Tomás, R. y A. Millán.** Libro: del sociólogo y antropólogo. Argentina 2008. [Acceso el 23 de abril del 2012]. Disponible en: <http://mx.answers..com/question/?qid=2008http..>

**Toro, J.** Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona 2004.

**Toro, J. y M. Cervera.** Body shape, publicity and Anorexia nervosa. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology. Barcelona 1988.

**Toro, J.** El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Edit. Ariel. Barcelona 1996.

**Tripp, J. y M. Cockett.** Parents, parenting, and family breakdown. Arch Dis Child. Argentina 1998; pág. 104 – 108.

**Uesu, S.** Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M.” [Tesis]. Lima - Perú 2007.

**Uribe, J.** Los factores socioculturales de riesgo.: Editorial Universidad Antioquia. Colombia 2006.

**Urrejola, P.** Actitudes frente a anorexia y bulimia pediátrica. Magister en nutrición departamento de pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile 2008. [Acceso el 17 de junio del 2012]. Disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/Leccion.html>.

**Valdés, M. y M. Arroyo.** Las creencias irracionales y la autoestima como estrategias de afrontamiento en anorexia y bulimia interpsiquis. Barcelona 2004

**Vera, G.** Trastornos de la conducta alimentaria. [Monografía en línea] México 2008. [Acceso el 25 de marzo del 2012] Disponible en:  
[www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../trastornos_alimentacion.pdf).

**Wasilenko, K. y col.** Effects of social comparisons with peers on women's body satisfaction and exercise behavior. International journal of eating disorders girls and boys. Barcelona 2007.

**Wilksch, S. y Col.** Impact off interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization off media ideals in young adolescent. New York 2

# **ANEXOS**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A ANOREXIA Y  
BULIMIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS: JUAN XXIII,  
MARÍA DE NAZARET, GUILLERMO URRELO Y RAMÓN CASTILLA - CAJAMARCA 2012  
CUESTIONARIO**

Instructivo: El presente cuestionario tiene la finalidad de obtener algunos datos importantes acerca de las actitudes y características de los jóvenes para la realización de un trabajo de investigación, por lo tanto aseguramos la confidencialidad de la información que usted proporcione en ella, agradecemos anticipadamente su colaboración.

---

Encuestador: ..... Fecha:.....

Institución educativa: .....

Año de estudios: .....

**I. DATOS GENERALES**

- Edad: .....
- Lugar donde vives: Rural ( ) urbano ( )

**II. FACTORES BIOPSIICOSOCIALES**

**2.1 Factores biológicos**

- Peso:
- Talla:
- IMC:

**2.2 Factores sociales**

**a) Datos económicos**

1) Cuanto es el ingreso mensual de su familia:

- a. Menos de 500 soles ( )
- b. De 500 a 1000 soles ( )
- c. De 1000 a 1500 soles ( )
- d. 1500 soles a mas ( )

**b) Medios de comunicación**

1) A que medios de comunicación tienes mayor acceso?

- a. Televisión ( )
- b. Radio ( )
- c. Revistas o periódico ( )
- d. Internet ( )

2) Utiliza usted las redes sociales

Si ( ) No ( )

- a. Facebook
- b. Twiter
- c. Hotmail
- d. otros

3) ¿Admira a algún artista? Si ( ) No ( )

¿A Quién?.....

- a. Por las actividades que realiza ( )
- b. Por su apariencia ( )

4) ¿Cree usted que la moda es importante en la vida de las personas?

Si ( ) No ( )

¿Por qué?

.....

5) ¿Cree usted que es importante ser delgado? Si ( ) No( )

¿Por qué?

.....

6) ¿se siente usted a gusto con su cuerpo? Si ( ) No( )

¿Por qué?

.....

**TEST DE AUTOESTIMA  
DE COOPERSMITH**

**INSTRUCTIVO:** Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y contesta con total sinceridad marcando "Si" si la pregunta coincide con un rasgo de tu personalidad, y "No" si es que no lo es, toda la información que usted brinde será usada con fines de investigación y quedara en total reserva

**Datos generales:**

**Edad:** .....

**Institución Educativa:** .....**Año de estudio:** .....

Nº		SI	NO
1	Paso mucho tiempo soñando despierto(a)		
2	Estoy seguro(a) de mi mismo(a)		
3	Deseo frecuentemente ser otra persona		
4	Soy simpático(a)		
5	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos		
6	Nunca me preocupo por nada		
7	Me da vergüenza si tengo que pararme a hablar frente de mis compañeros u otras personas		
8	Desearía ser más joven		
9	Hay muchas cosas acerca de mi mismo(a) que me gustaría cambiar si pudiera		
10	Puedo tomar decisiones fácilmente		
11	Mis amigos disfrutan y la pasan bien cuando están conmigo.		
12	Me siento incómodo en mi casa fácilmente.		
13	Siempre hago lo correcto		
14	Me siento orgulloso de mi trabajo (en el liceo, escuela, cft, instituto o universidad)		
15	Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		
16	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas		
17	Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago		
18	Soy popular entre los compañeros o compañeras de mi misma edad		
19	Usualmente mis padres consideran mis sentimientos		
20	Nunca estoy triste		
21	Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo		
22	Me doy por vencido o vencida fácilmente		
23	Usualmente puedo cuidarme a mi mismo(a)		
24	Me siento suficientemente feliz		
25	Preferiría jugar con personas menores que yo		
26	Mis padres esperan demasiado de mi.		
27	Me gustan todas las personas que conozco		
28	Me gusta que los profesores o profesoras me interroguen en clases		
29	Me entiendo a mi mismo(a).		
30	Me cuesta comportarme como en realidad soy		
31	Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
32	Las demás personas casi siempre siguen mis ideas.		
33	Nadie me presta mucha atención en casa.		
34	Nunca me retan o regañan		
35	No estoy progresando en mis estudios como debiera.		
36	Puedo tomar decisiones y cumplirías		
37	Realmente no me gusta ser muchacho(si Ud., es varón) o muchacha (si Ud., es mujer)		
38	Tengo una mala opinión de mi mismo/a		
39	No me gusta estar con otras personas.		
40	Muchas veces me gustaría irme de la casa.		

41	Nunca soy tímido o tímida		
42	Frecuentemente me siento incómodo o incomoda en la escuela, liceo o universidad.		
43	Frecuentemente me avergüenzo de mi mismo/a		
44	No soy tan bien parecido/a (bonito o bonita, "pintoso" o "pintosa", lindo o linda) como otra gente.		
45	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
46	A los demás les da conmigo (me persiguen, me molestan y no me sueltan).		
47	Mis padres me entienden		
48	Siempre digo la verdad		
49	Mi profesor/a me hace sentir que no soy gran cosa.		
50	A mi no me importa lo que me pasa.		
51	Soy un fracaso		
52	Me incomodo fácilmente cuando me llaman la atención (me regañan)		
53	Las otras personas son más agradables que yo		
54	Usualmente siento que mis padres esperan más de mi		
55	Siempre sé que decir a otras personas		
56	Frecuentemente me siento desilusionado de mi, en el lugar donde estudio		
57	Generalmente las cosas no me importan.		
58	No soy una persona confiable para que otros dependan de mi		

## INVENTARIO SOBRE TRANSTORNO ALIMENTARIO (ITA)

A continuación se te presentan un conjunto de afirmaciones, en cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más. Las

Opciones de respuesta para cada afirmación son:

- NUNCA = 1
- RARAS VECES = 2
- ALGUNAS VECES = 3
- MUCHAS VECES = 4
- FRECUENTEMENTE = 5
- SIEMPRE = 6

En tu Hoja de Respuesta, encierra en un círculo el número que corresponda a tu elección. Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia. Por favor, se lo más sincera posible en tus respuestas y no olvides responder a todas las afirmaciones.

1. Controlo mi peso.
2. Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo.
3. Discuto con mis padres debido a mi alimentación.
4. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso.
5. Siento que me valoro más cuando me veo delgada.
6. Fumo cigarrillos para evitar comer.
7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo.
8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso.
9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido.
10. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir.
11. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.
12. Me siento cansada.
13. Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias.
14. Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.
15. Trato de comer alimentos de pocas calorías.
16. Tomo pastillas para adelgazar.
17. Como en exceso.
18. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo.
20. Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás.
21. Como con desesperación.
22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.
23. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta.
24. Mastico la comida y luego la escupo.

25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido.
26. Se me hace difícil relacionarme con los demás.
27. Pienso en comida.
28. Tengo frío aunque haga calor.
29. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso.
30. Se me suspende la regla.
31. Cuando controlo la comida me siento "dueña del mundo".
32. Pienso que no me acepto a mi misma.
33. Tengo momentos en los que me siento muy triste.
34. Uso laxantes para eliminar peso.
35. Me dan náuseas cuando como.
36. Tengo anemia por mis dietas.
37. Siento mareos.
38. Hago mucho ejercicio para bajar de peso.
39. Sueño que soy flaca.
40. Como a escondidas.
41. Siento temor a no ser aceptada por los demás.
42. Me hago masajes adelgazantes.
43. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.
44. Siento rechazo por las personas gordas.
45. Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día.
46. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo.
47. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo.
48. Se me cae el pelo.
49. Me siento irritable.
50. Siento que los alimentos controlan mi vida.
51. Evito comer cuando tengo hambre.

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!

## Hoja de respuestas

- Encierra en un círculo la respuesta que corresponda

	Nunca	Raras Veces	Algunas Veces	Muchas veces	Frecuentemente	Siempre
1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6
13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raras Veces	Algunas Veces	Muchas veces	Frecuentemente	Siempre
--	-------	-------------	---------------	--------------	----------------	---------

26	1	2	3	4	5	6
27	1	2	3	4	5	6
28	1	2	3	4	5	6
29	1	2	3	4	5	6
30	1	2	3	4	5	6
31	1	2	3	4	5	6
32	1	2	3	4	5	6
33	1	2	3	4	5	6
34	1	2	3	4	5	6
35	1	2	3	4	5	6
36	1	2	3	4	5	6
37	1	2	3	4	5	6
38	1	2	3	4	5	6
39	1	2	3	4	5	6
40	1	2	3	4	5	6
41	1	2	3	4	5	6
42	1	2	3	4	5	6
43	1	2	3	4	5	6
44	1	2	3	4	5	6
45	1	2	3	4	5	6
46	1	2	3	4	5	6
47	1	2	3	4	5	6
48	1	2	3	4	5	6
49	1	2	3	4	5	6
50	1	2	3	4	5	6
51	1	2	3	4	5	6